



Afrontament i autocura professional en la mort perinatal: un estudi qualitatiu

Treball de Final de Grau en Psicologia



ALUMNE/A: ARNAU AYATS ESTARRIOLA
ASSIGNATURA: TREBALL DE FINAL DE GRAU
NOM DEL TUTOR: MARC PÉREZ BURRIEL
CURS: 2019 - 2020
DATA DE LLIURAMENT: 1 DE JUNY DE 2020

Contingut

Introducció.....	3
Justificació.....	3
Contextualització	4
La Mort.....	5
Les etapes del dol.....	6
Tipus de dol.....	8
Dol de risc i factors protectors.....	9
La mort perinatal	9
La mort perinatal en xifres.....	9
Què és la mort perinatal?	11
Causes de la mort perinatal	12
El dol perinatal i la història	13
El dol en la Mort Perinatal	14
Simptomatologia del dol perinatal	15
Reaccions del dol i els professionals sanitaris	16
Objectius	19
Metodologia.....	19
Participants	20
Implicacions Ètiques i legals.....	20
Mostreig.....	20
Tècniques de recollida de dades.....	21
Procediment.....	23
Resultats.....	23
Afrontament a la Mort Perinatal	23
Afrontament i Perfil Professional.....	26
Discussions	29
Conclusions	33
Limitacions, implicacions dels resultats i aprenentatges.....	33
Orientacions Futures.....	35
Bibliografia	37
Annexos.....	38

RESUMEN

La muerte perinatal es un tema tabú para nuestra sociedad. Para las familias que lo sufren, un hecho inesperado y potencialmente traumático; para el personal sanitario encararse supone una dificultad técnica y emocional, que provoca conductas de protección personal y el obvio de emociones, hecho que acaba afectando al trato de la paciente y a la calidad asistencial, remitiéndose a la calidad de vida profesional y personal. Este estudio quiere indagar sobre los mecanismos de afrontamiento y estrategias de defensa de los profesionales sanitarios que se enfrentan en esta realidad. Para tal fin se han realizado 7 entrevistas a personal sanitario del área de neonatología del hospital de referencia en la demarcación de Girona. Los resultados se han analizado cualitativamente. Las temáticas relacionadas con las variables de autocura, autoprotección, heterocura, respuesta situacional "in situ", respuesta situacional cognitiva, residuo profesional, factores de autocura, factores de enfrentamiento profesional y factores de atención y cura interaccionan entre ellas, creando diversas maneras de experimentar y sobrevivir profesionalmente a la muerte perinatal. Asimismo, se encontraron diferencias de enfrentamiento entre perfiles profesionales, apartando el perfil CAI a la vulnerabilidad. Los resultados y la discusión nos hacen hablar de la necesidad de elaborar nuevos estudios y de una formación centrada al profesional para entender íntegramente al paciente.

Palabras Clave: Muerte Perinatal · Profesionales sanitarios · Gestión emocional · Afrontamiento profesional · Neonatología

ABSTRACT

Perinatal death is a taboo subject for our Society. For the families who suffer it, it is an unexpected and potentially traumatic event; for the health personnel, dealing with it is a technical and emotional difficulty, which causes personal protection behaviour and the obvious emotions, a fact that ends up affecting the treatment of the patient and the quality of care, referring to the quality of professional and personal life. This study aims to investigate the coping mechanisms and defence strategies of health professionals who are faced with this reality. To this end, 7 interviews were carried out with healthcare personnel from the neonatology area of the reference hospital in the Girona region. The results were analyzed qualitatively. The subjects related to the variables of self-healing, self-protection, Heterocure, situational "in situ" response, situational cognitive response, professional residue, self-healing factors, factors of professional confrontation and factors of care and cure interact with each other, creating diverse ways of experiencing and surviving perinatal death professionally. Likewise, differences of confrontation between professional profiles were found, setting the CAI profile apart from vulnerability. The results and the discussion lead us to talk about the need to elaborate new studies and a training focused on the professional in order to fully understand the patient.

Keywords: Perinatal Death · Healthcare Professionals · Emotional Management · Professional approach · Neonatology

En agraïment als professionals sanitaris i no sanitaris que conformen el servei de Neonatologia i Obstetrícia de l'Hospital Josep Trueta de Girona, i a totes les famílies que, sense elles, aquest treball no tindria sentit.

En record a tots els nounats que no van conèixer la seva família de la mateixa manera que ho hem fem la resta.

“El amor no comienza al nacer ni se acaba con la muerte”

Autor desconegut

Introducció

Justificació

L'arribada d'un nou membre a la família suposa una alegria en la totalitat del seu nucli familiar. Aquest fet sembla que es compleix de manera universal, és a dir, de manera generalitzada en totes les cultures, la felicitat s'instaura notablement (Mendoza, 2014). Durant tot el procés de gestació, els pares es projecten (a si mateixos, a les seves parelles i/o familiars i amics, així com a la mateixa criatura que ha de néixer) en un futur per tal de poder planificar els nous rols, la manera d'educar, etc. Aquests pensaments prenen forma en el moment en què molts progenitors o futurs pares preparen el que esdevindrà l'habitació del nouvingut, o quan comencen a comprar roba o altres estris (joguines, biberons, etc.). En la ment d'aquests pares no hi ha cap cabuda per a alguna tipologia de pensament negatiu envers l'embaràs, o dit d'altra manera, no s'imaginen que el seu embaràs pugui esdevenir amb un final inesperat. Totes aquestes il·lusions s'esvaeixen en qüestió de segons i sota una única construcció semàntica del tipus: "no hi ha batec". Això suposa alguna cosa més que un trencament en l'expectativa d'entrar a un hospital i sortir amb els braços acollint a una nova vida. És aquí on comença un procés de dol.

Per tant, pel personal sanitari, enfrontar-se a una mort perinatal (d'aquí en endavant, M.P.) suposa un dels moments més crítics de la seva experiència com a professionals, ja que no només s'han d'afrontar a un problema de caràcter tècnic, sinó que sobretot han d'atendre i afrontar a la complexitat de demandes emocionals (per si mateixos, en relació a la mare gestant i a la família, a més de la resta de professionals implicats). En aquest la formació d'aquests professionals els capacita per afrontar les primeres experiències, però descuida les competències i habilitats emocionals (d'autocura i cura de l'altre). Aquest fet provoca respostes evitatives o d'autoprotecció que afecten la qualitat assistencial, i que poden arribar a esdevenir iatrogèniques, i per altra banda, fàcilment poden afectar a la seva salut i qualitat de vida.

El motor d'elaboració d'aquest treball sorgeix de la curiositat; el sistema educatiu és construït des de la productivitat i això suposa unes conseqüències, sobretot en

aquells àmbits d'atenció a la persona, que implica un buit educacional i sobretot una mancança en l'àmbit sanitari, i més encara, quan parlem de la mort perinatal; un tema tabú. Una combinació d'elements que m'inciten a explorar les conductes verbals i no verbals dels professionals sanitaris dins la seva praxi diària, un perfil molt valorat socialment, però que no deixen de ser persones.

Contextualització

L'Hospital Universitari Josep Trueta de Girona va ser inaugurat sota el règim franquista l'any 1956 amb el nom de "Residencia Sanitaria del Seguro Obligatorio de Enfermedad de Gerona" amb l'objectiu de proporcionar atenció sanitària a tota aquella població treballadora i sense recursos econòmics. Actualment continua sent un centre sanitari amb titularitat pública gestionat per l'Institut Català de la Salut (ICS) i que forma part de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) i atén a una població de gairebé 800.000 persones de la Regió Sanitària de Girona. A més, és l'hospital de referència a la província de Girona, definit pel Servei Català de la Salut (CatSalut) com un *"recurs d'internament destinat a resoldre la pràctica totalitat dels problemes de salut susceptibles de curació o millora, excepte aquells que requereixen recursos tecnològics de cost molt elevat o una pràctica altament especialitzada"*. Només per sobre d'aquest centre de nivell II queden els hospitals d'alta tecnologia situats en la seva major part a Barcelona.

Actualment, i seguint a la constant revolució que ha estat sotmesa la sanitat en aquests darrers anys, l'hospital ha canviat la manera d'entendre la medicina i per consegüent l'atenció proporcionada al/la gironí/na. Aquest centre compta amb el Servei de Neonatologia i Obstetrícia, diana en aquest Treball de Final de Grau, referent a la demarcació de Girona. Aquesta unitat compta amb onze facultatius, una psicòloga clínica, cinc llevadores i vuit tècnics auxiliars en cures d'infermeria (CAI).

Actualment, l'hospital està elaborant un protocol d'actuació per aquests casos, lluny del document definitiu, els esborranys que s'estan presentant semblen tenir un molt bon acolliment entre els professionals i els progenitors víctimes de la M. P.

La Mort

La pèrdua d'un ésser estimat és un dels esdeveniments més tràgics que una persona pot experimentar. Aquestes situacions encara tabú a la societat, suposen una sèrie de reaccions psicofisiològiques i adaptacions psicosocials per a adaptar-nos a aquesta nova condició; és aquest que el coneixem com a dol.

Philippe Ariès (1999), va argumentar ja a la dècada dels 70 del segle XX, el tabú de la mort substituïa el tabú del sexe, en què a la cultura occidental la mort no existeix, l'evitem, per tal de no vivenciar la por a la cosa desconeguda. Lluny de poder fer una deconstrucció de la temàtica, podem veure que aquesta té un significat variant en funció del context històric i dels coneixements del moment. A tall d'exemple podem trobar que per l'home primitiu la mort s'exercia a través d'un déu venjatiu, mentre que pel cristià de l'Edat Mitjana la mort suposava un càstig de les accions errònies (López, 2013). Era tan sols a Orient on aquesta visió era quelcom positiu, com a inici d'un lloc predicat per la religió (Cowchok, et al. 2010). Podem veure doncs que la Mort té una dimensió cultural i social que determinaran la manera en què ens afrontem. La societat actual proporciona uns mecanismes en forma de rituals que ens faran actuar d'una determinada manera. En el nostre cas, tendim a protegir-nos; la vivenciem com un fracàs, fet que és un error, ja que és l'únic fet segur que tenim a la vida.

Podem definir la mort des de dos punts de vista, des d'un caire biològic que la defineix com un fet biològic que suposa la detenció completa, definitiva i irreversible de les funcions vitals. I per altra banda, des d'un punt de vista social, definida com un assumpte col·lectiu, que s'experimenta de manera individual i s'expressa com un procés en el temps, en què és la culminació d'una vida llarga. Per tant, parlar de mort suposa mencionar el dol, ja que aquests van units de la mà.

La paraula Dol prové del llatí *dolus* que significa dolor, per tant, podem concloure tal com diu Rengel (2010) que “el dolor de la mort és el que es coneix com a dol”.

Una definició acceptada és la següent: el dol és un procés natural en l'ésser humà, i no un estat, entès com una resposta a un esdeveniment inevitable com és la mort. Aquesta resposta es manifesta a través de la presència d'una gran varietat de símptomes de diferent caràcter: afectius, conductuals, cognitius i fisiològics.

Tanmateix, el concepte procés implica una idea de canvi en formes de fases que comporten a la superació del succés. Tal com cita Pérez, Hernangómez i Santiago (2000) *“gráficamente se podría representar por el paso de un huracán o las olas de una gran marea que alternan embates violentos, con periodos de descanso aparente y nuevas embestidas, cada vez, generalmente, de menor intensidad”*(p 1-2).

Aquesta perspectiva del dol és compartida per una gran varietat d'autors considerats clàssics i contemporanis (Freud,1917; Bowlby,1980; Carpenito,1987; Calvet, 1996; Lafuente,1996; Valdés i Blanco,1997; DSM-IV, 1995), tot i que alguns afegeixen algun element més; per exemple Freud, citat a Gómez (2004), compara el dol amb la melancolia i diu, que és un afecte normal que possibilita la comprensió de la melancolia. Tanmateix, Carrasquilla (1998) a la seva guia pel dol, explica que *“en ninguna otra situación salvo en el duelo, el dolor producido es total, es un dolor biológico, psicológico social, familiar y espiritual”*. Atenent a tota aquesta definició, és d'esperar que el dol aparegui en el DSM-V, en el seu apartat; Altres trastorns relacionats amb traumes i factors d'estrès especificats 309.89 (F43.8). Aquest de manera específica contempla el trastorn de dol complex persistent. Aquest trastorn es caracteritza per la pena intensa i persistent i per les reaccions típiques del dol.

Al llarg dels anys s'han proposat diversos repertoris que han permès crear el dol com un constructe. Segon Pérez, et al. (2000) aquest recull són útils pels professionals de la salut però no hem d'oblidar que és un procés i no una identitat. Fernández i Rodríguez (2002) una classificació de la simptomatologia del dol disponible a l'Annex 1.

Les etapes del dol

Existeixen diversos autors que han fet aportacions molt interessants en referència al dol i les seves fases (vegeu Annex 2). En aquest treball ens remetrem en el camp de la salut, àmbit d'investigació d'aquest TFG. En aquest sentit hem de parlar de la psiquiatra i pionera en l'estudi de la mort en persones terminals, Elisabet Kübler-Ross (1969). En el seu llibre *“Sobre la mort i l'agonia”* considerava el dol com una seqüència de reaccions emocionals, que permeten a la persona protegir-se de

l'amenaça d'una pèrdua imminent. Al principi aquesta autora estudiava a les persones que estaven a les portes de la transició i com el seu comportament i pensaments estaven sotmesos a una seqüència fluctuant d'ambivalència. En aquest sentit, aquesta autora proposa cinc fases experimentades de manera seqüencial, amb duracions diferents, i que poden presentar-se de manera individual o conjunta. Més endavant, es va comprovar que aquestes fases també són experimentades pels familiars. Aquestes etapes són les següents:

1. *Negació*: moment en el qual la persona és incapaç d'entendre com un fet real la presència d'una malaltia en el seu cos. Entén el diagnòstic com un error mèdic. En els familiars, podem veure que aquesta es manifesta en un estat de xoc, en què regna un sentiment escèptic de no tornar a veure aquella persona.
2. *Ira*: és una reacció emocional envers una situació interpretada com a injusta. S'expressava a través de ràbia, enveja, ressentiment i hostilitat i va dirigida a tot allò que ens considera responsable de la patologia. També es poden presentar conductes cap a un mateix. En el cas dels familiars la ira no té per què aparèixer sempre, tot i ser molt important per a la curació d'aquest procés de dol.
3. *Negociació*: també denominada fase de pacte. Aquesta és un acord imaginari o real, sorgit del sentiment de culpa que es viu internament i que va dirigit cap a aquelles persones les quals es va dirigir la ira. La persona afectada fa un gir en la visió del metge culpable i el veu com un compromís per a la seva recuperació. La persona se centra a recuperar-se. En el cas dels familiars, tal com diuen Guash i Novell (2017) la negociació consisteix a imaginar-se tractes, promeses, fantasies, etc., que permetin evitar la mort o bé retornar a la vida a la persona difunta. Aquesta fase sol ser la més breu de totes.
4. *Depressió*: aquesta fase trasllada al malalt a la situació real. És un sentiment de buit profund i dolor. La persona perd l'esperança i l'optimisme i opta per l'abandó dels tractaments pactats i no es presencia a les cites mèdiques. També se sol detectar un esgotament mental i físic. En familiars es destaca la irritabilitat i la impotència,

ja que en aquesta etapa apareix un enfrontament a la irreversibilitat de la mort.

5. *Acceptació*: és el reconeixement de la malaltia, la situació de dolor i tot el que comporta aquesta condició. No es busquen culpables. El pacient no assumeix una conducta de derrota, sinó que es decanta cap a la lluita per a sobreviure. Arribar aquesta fase significa realitzar un balanç de la pèrdua i aplicar nous significats a la situació que es viu. En familiars aquesta fase és l'assumpció de la pèrdua de la persona estimada de manera permanent.

En el seu llibre, Kübler- Ross remarca les diferències per a cada persona, ja que els sentiments de dolor són individualitzats, per tant tothom les pot viure de diferent intensitat i direcció. A més, afegeix que no tothom passa per les cinc fases o hi avança en un ordre definit. Per aquest motiu és important conèixer-les, ja que segons Cuadrado (2010) aquestes fases *“si las conocemos nos ayudarán a ayudar. Nos proporcionan un modelo, una guía de referencia sobre la que construir ideas y soluciones para facilitar mejor el tránsito de un proceso a otro”* (p.56). Més endavant Newman, Smith, Griffith, Maloney, Dambrot, Sterns, i Daubney (1983) i Worden (1997) assenyalen que les fases del procés de dol poden ser experimentades no sols en situacions de malalties terminals, sinó davant qualsevol mena de pèrdua significativa per a la persona.

Així doncs el dol és un mecanisme natural d'adaptació, a través del qual canalitzem el patiment i la pena que sentim, però cada cultura ho expressa de forma diferent, sent per totes elles, el dol necessari per al procés de superació d'una pèrdua.

Tipus de dol

Existeixen un ventall molt ampli de classificacions en funció de la tipologia de dol, en aquest sentit mencionaré la classificació que realitza Meza, García, Torres, Castillo, Suari i Martínez, B. (2008), ja que realitzen una classificació basada en funció del malestar o deteriorament personal associat.

- *Dol normal*: aquest comprèn un ampli conjunt de sentiments i conductes que es consideren normals després d'una pèrdua. Per estranyes que puguin ser certes verbalitzacions del pacient es consideren normal en un dol. Ens

plantejem un dol patològic en el moment en què la simptomatologia s'allarga en el temps o bé es deriven a altres patologies psiquiàtriques.

- *Dol patològic*: denominat diferent per diversos autors, però que conflueixen en la idea en què la persona se sent desbordada, presenta conductes desadaptatives i es mostra bloquejat, sense avançament. Es considera dol patològic quan suposa una tanca en la vida diària, i va més enllà que la rememoració del mort.

Dol de risc i factors protectors

Segons Cunill (2019) cal atendre a les circumstàncies en què el difunt ha mort, ja que poden suposar el desenvolupament de problemes amb relació al dol que es viurà. En aquest sentit els professionals hauran d'oferir una especial atenció a aquests familiars. Aquestes situacions són les següents: Mort sobtada i/o traumàtica (per accident, aturada cardiorespiratòria, fallada orgànica), per suïcidi, mort d'un nen o adolescent, pèrdues múltiples i/o en una freqüència breu de temps (nou mesos posteriors a la primera mort) i una mort sense recuperació del cadàver.

Per altra banda també cal atendre la relació establida entre el familiar i el difunt per determinar si aquest dol té més accentuació a la patologia, en què caldrà determinar: (i) mort en edat jove, (ii) relació dependent, ambivalent o conflictiva, (iii) relació amb sentiments de culpa, (iiii) relacions ocultes públicament.

Finalment cal comptar amb els factors de protecció esmentats per Cañizares (2016) que tenen importància per poder pronosticar l'evolució i dissenyar un pla d'intervenció. Tal com diu l'autora són "*factors que modulen els efectes del dol i factors amb efectes específics de dol*". Aquests són; el suport i la xarxa social, els econòmics, les creences religioses i la personalitat.

La mort perinatal

La mort perinatal en xifres

Segons dades de l'Institut Nacional de Estadística, la taxa de mortalitat infantil al *territori espanyol* és d'un 2,69% a Catalunya. Si ens centrem en la mort perinatal, l'any 2018 reporta una prevalença d'un 4.37%, sent més freqüent en homes (4,44%) que en dones (4,30%). En aquest sentit la Figura 1 de comunitats autònomes, en

ordre creixent, l'encapçalen Melilla amb un 11,12% i La Rioja amb un 8,52%. Les regions amb una taxa més baixa va ser la capital espanyola, amb un 2,98% i Catalunya, que es posicionava com la segona comunitat amb una taxa del 3,98%. Cal remarcar la tendència al descens d'aquestes dades en els últims cinc anys de 0,11 % (Figura 2). Una manera més entenedora per entendre aquestes dades és la següent: les morts perinatals a Espanya suposen 5 de cada 1.000 naixements a l'Estat Espanyol.

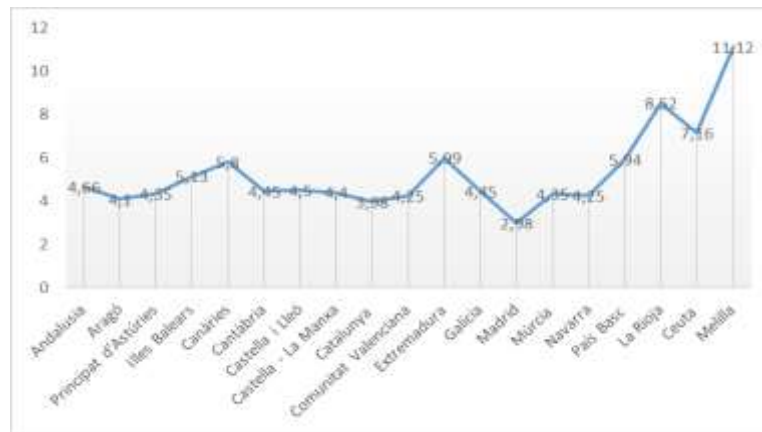


Figura 1. Taxa de Mortalitat Perinatal per Comunitats Autònomes any 2018.

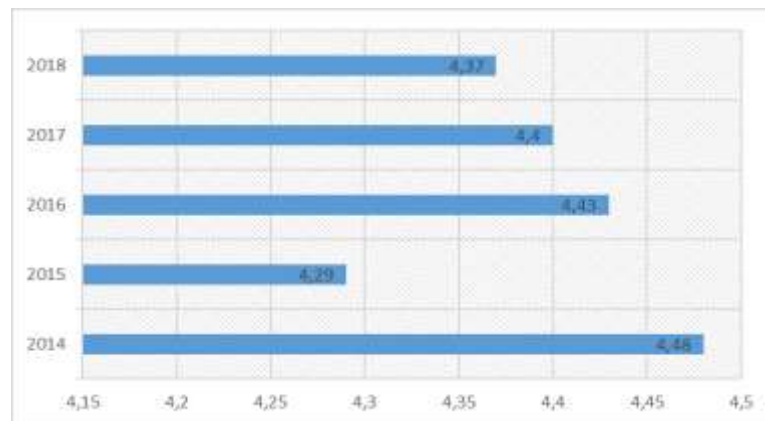


Figura 2. Taxa de Mortalitat Perinatal Nacional en els últims cinc anys.

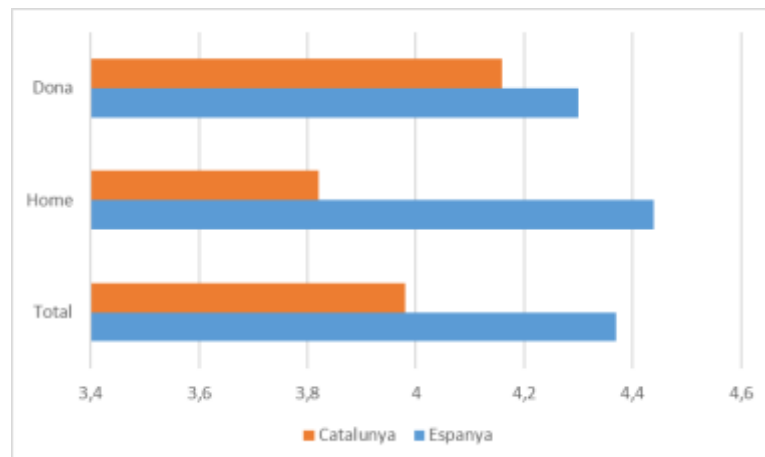


Figura 3. Gràfic comparatiu de la taxa de Mort Perinatal per sexe any 2018

Si en centrem en *Catalunya* (Taula 4 i 5) veurem que la taxa de mortalitat infantil se situa en un 2,42%, mentre que en la mort perinatal està situada en un 4,06%. En aquest sentit la taxa de mort perinatal sempre ha estat més alta que la infantil. Si analitzem entre sexes podem veure que la taxa en homes és de 3,82% i en dones 4,6%. No hi ha dades referents per província de M.P. A Girona, segons l'Hospital parlem de 16 morts l'any 2018.

	Perinatal	Infantil		Perinatal	Infantil
2018	4,06%	2,42%	2018	4,37%	2,69%
2017	4,70%	2,43%	2017	4,40%	2,72%
2016	4,64%	2,47%	2016	4,43%	2,68%

Taula 4. Taxa mortalitat Perinatal i Infantil Catalunya Taula 5. Taxa mortalitat Perinatal i Infantil a Espanya.

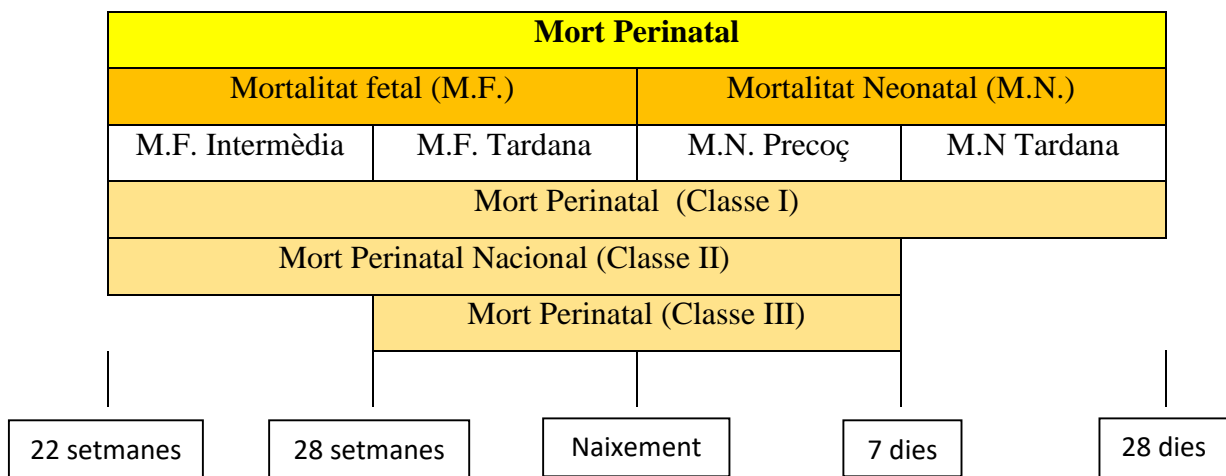
Aquestes dades ens poden dur a concloure, en línia amb les propostes de l'associació més significativa a Espanya en aquest tema, *Umamanita, Apoyo para la muerte perinatal y neonatal* (<https://www.umamanita.es/>), que donada la prevalença de la mort perinatal és més elevada del que s'espera en la població general, la societat hauria de dedicar més recursos per a la seva atenció. Aquesta associació afegeix, a més, que cal posar en dubte la transparència de les dades, ja que en moltes pàgines oficials les dades numèriques es contradiuen.

Què és la mort perinatal?

El naixement d'un fill té un significat social, emocional, psicològic i polític a la vida dels pares. És una experiència viscuda amb felicitat de manera transversal a qualsevol cultura i que desemboquen a uns rituals. Tot i això, quan es presenta una situació fora de la "norma" l'esquema d'actuació cau i no existeixen rituals, paraules, fets que puguem acompanyar els afectats, i això és el que succeeix amb la mort perinatal. Una mort freqüent i poc coneguda que està molt condicionada per l'entorn sociocultural.

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix la mort perinatal com aquella que es produeix des de la setmana 22 de gestació fins a la primera setmana

posterior de vida independent (classe II). Cal comentar que existeix certa controvèrsia entre els autors pel que fa al període que engloba el concepte, per exemple, Kowalski (1987) l'entén des de la concepció del fill fins al primer any de vida (classe I). També trobem autors que la definició es basa en funció del pes del nen una vegada nascut o bé des dels dies de vida posteriors al part. En aquest sentit i segons *Umamanita* a Espanya la mort perinatal s'entén com aquella que es produeix a partir de la setmana 28 de gestació i fins als primers set dies de vida (Classe III).



Taula 6. Conceptualització del terme mort perinatal.

Cal esmentar que aquestes morts solen ocórrer en qualsevol tipologia de servei sanitari, és a dir, no són casos que es trobin exclusivament a urgències, sinó que poden presentar-se dins d'un control rutinari d'embaràs a consultes externes. Tot i això, el seu tractament i acompanyament poden ser prestats per altres professionals no habituals en el procés d'embaràs i la gran majoria de vegades acaben passant per les mans dels professionals de la planta d'hospitalització.

Causes de la mort perinatal

Per poder definir les causes d'aquesta mortalitat ens cal poder diferenciar dos moments en què pot ocórrer. Prenatalment, és a dir abans de néixer i postnatal, posterior al part. Aquesta classificació intervinguda pel paritori, ens permetrà poder diferenciar les possibles causes d'aquesta. Actualment es parla d'un origen multicausal que impedeix arribar a un únic culpable de manera clara a causa d'una complexa interacció entre diversos factors, i per tant és complicat definir el perquè d'aquesta. Així i tot, a grans trets, podem dir que les causes d'aquestes són:

- *Prenatals*, trobem que les causes més freqüents són: les anomalies genètiques, malformacions greus i que en molts casos són incompatibles amb la vida, preeclàmpsia i la restricció del creixement.
- Per altra banda, trobem les causes *postnatsals*, que aquestes poden ser conseqüències dels primers factors o bé poden ser problemàtiques relacionades amb la prematuritat del nadó o per infeccions.

El dol perinatal i la història

La mort perinatal és un tema d'investigació pràcticament inexplorat fins a finals del segle passat i tot i que, en els últims anys s'han incrementat les aportacions teòriques i s'ha desenvolupat protocols d'actuació encara són molt pocs els estudis que posin el focus en els aspectes psicològics i/o emocionals d'aquesta temàtica.

Al principi el tractament rebut en aquests casos era “assistencialista”, en què la mare amb un diagnòstic de mort perinatal era sedada i es retirava el nen de la sala. Per altra banda, els pares eren exclosos de tot el procés del part. Aquesta actuació dels professionals mèdics i sanitaris d'aleshores es basava en el supòsit que si la mare no tenia cap signe de l'existència o contacte físic del seu fill o filla, no es creaven vincles, i per tant s'evitava o minimitzava el dolor. La recomanació mèdica del moment era pensar en un nou embaràs per a substituir el fill perdut. A principis del segle XVIII segons Gèrvas (2014) el 40-50% dels parts presentaven problemes que acabaven en mort, sobretot en mares d'entre 20 i 35 anys, i en molts casos per falta d'higiene. Un de cada catorze parts presentava una complicació.

Amb l'arribada del segle XX, es va demostrar amb diverses investigacions que aquestes actuacions no aconseguien els propòsits que es pretenien, i molt menys a una recuperació dels pares. Va ser posteriorment i degut a diverses conseqüències negatives tant a llarg termini com a curt termini que la comunitat científica i els responsables sanitaris s'han anat acceptant canvis en aquests procediments. Per exemple, progressivament es té més en compte a la mare gestant en totes les parts del procés, i no es menystenen les emocions o els possibles sentiments davant la pèrdua. Progressivament també s'inclou el pare o altres familiars significatius en el procés, amb l'objectiu que aquest dol pugui fer-se de manera natural i pugui, en definitiva, tenir una evolució positiva.

El dol en la Mort Perinatal

Segons Brier (2008) el dol perinatal és una pèrdua d'una relació més simbòlica que real, és a dir, basada en les necessitats i desitjos de la mare projectats en el menor. És per aquest motiu que parlem d'una de les pèrdues més impactants a la vida de les persones, i que a més, aquest dolor moltes vegades no és reconegut ni validat socialment, i que ni tan sols és expressada de manera oberta per la persona que la pateix. Normalment aquest succés va acompanyat a un entorn de soledat, ja que destaca l'absència de suport familiar, social i fins i tot sanitari.

En aquest sentit i tal com diu Cala, Luz, Hernández i Fernanda (2019) la naturalesa del dol s'associa a la manera de morir i, per tant el dolor serà diferent. És diferent un dol per mort sobtada que posterior a un diagnòstic, ja que hi ha el factor comiat en joc.

Ewton (1993) explica que la mort perinatal es caracteritza per dos punts: el primer, per l'increment de la sensació d'irrealitat pel fet que la seva relació amb la persona que ha mort no es basa en experiències ni records d'una persona real, sinó en els vincles efectius que es desenvolupen abans d'establir un contacte físic. I la segona, la disminució notable de l'autoestima materna, deguda a la incapacitat de la dona per poder gestar i donar llum a un nen de manera satisfactòria, sobretot en aquells casos en què la causa rau en anomalies fetals o problemes genètics. En aquests segons casos es verbalitza sempre un sentiment molt fort de culpa.

En aquest apartat cal destacar a Bowlby (1980) que citat a Montouri (s.d) va determinar a partir d'una sèrie d'estudis empírics relacionats amb la pèrdua d'un cònjuge, que el transcurs del dol normal podia ser comprès en quatre fases diferenciades, que no impliquen un estricte desenvolupament seqüencial i es poden superposar.

- *Shock i incredulitat*: La parella presenta atordiment que els protegeix de l'impacte de la pèrdua. Hi ha una incapacitat per la presa de decisió i requereixen ajut extern en totes les tasques, per molt simples que siguin. És una fase que pot ser d'hores a dues setmanes.

- *Nostàlgia i recerca:* Hi ha la presència d'episodis aguts de dolor intens, ira i culpa. Aquest fet es detecta en la cerca del fill mort, ja que algunes mares refereixen sentit el seu plor o sentir moviment dins del ventre. Els progenitors es mostren autocrítics per tot allò que han realitzat durant l'embaràs i poder expressar sentiment de ràbia cap al personal sanitari tot culpant-los del succés.
- *Desorganització:* és l'etapa on els presenta la tristesa, baixa autoestima, falta d'atenció, aïllament social, falta d'atenció i manca d'una projecció en un futur pròxim. El sentit de culpa canvia cap al fet de no poder-se recuperar i poden optar per un rol de malalt per evitar la crítica. És un període que pot durar entre sis mesos i un any.
- *Reorganització:* Es produeix un ajust gradual entre la realitat i l'acceptació de la mort del fill. Es comença a fer una vida normal i a projectar-se en el futur.

El pilar clau d'aquest model és que els pares incorporin la pèrdua, és a dir, són capaços de parlar sobre aquest fill/a de manera coherent i serena, sense rebutjar o menystenir les emocions negatives que estan associades a la penosa i traumàtica situació, i recuperen les ganes de continuar vivint. A més són diversos els teòrics que utilitzen aquest autor per treballar amb la M.P.

Simptomatologia del dol perinatal

Les manifestacions clíniques del dol perinatal impliquen d'igual que en el dol normal, presenten aspectes biològics, físics, emocionals, cognitius i conductuals. Aquestes manifestacions es poden donar amb més o menys intensitat i complexitat. En funció de la durada i la intensitat, es poden considerar normals i coherents amb la situació que viuen.

Nivell físic	Estómac buit, opressió, dificultat per respirar, debilitat, fatiga.
Nivell emocional	Xoc, sensació de buit, ràbia, fracàs, culpabilitat, incredulitat, confusió, despersonalització.

Nivell cognitiu	Dificultats per concentrar-se i prendre decisions, fenòmens perceptius com sentir el plor o els seus moviments.
Nivell conductual	Insomni, malsons, falta de gana, aïllament social, conductes d'evitació cap a embarassades i nens.

Taula 7. Simptomatologia i signes del dol perinatal (OMS, 2006)

A més aquests podem presentar diverses formes segons el sexe tal com diu Santos, Yañez i Al-Adib (2015). Per exemple les dones, solen voler parlar reiteradament sobre la pèrdua, busquen més suport social i ajuda professional, mentre que els homes hi ha més dificultat en expressar els sentiments i no s'acostuma a buscar suport. També han d'adaptar-se més ràpidament al treball i solen rebre més preguntes sobre l'estat de la seva dona. El dol individual de cada membre també ha de ser afrontat com a parella i a nivell familiar, on cal reajustar-se a la nova situació i modificar els projectes comuns. També poden aparèixer temors davant de pròxims embarassos i conflictes en la relació. En aquest nivell es viu de manera molt traumàtica la tornada a la llar familiar amb “les mans buides”.

Per tots aquests motius hi ha una ruptura del nucli familiar, on la incomprensió, la falta de comunicació o de recursos és la tònica. Malgrat tot, en els últims anys, i en aquelles parelles que han estat en teràpia, hi ha hagut una disminució significativa dels divorcis (Entrevista Artigas, 2020).

Reaccions del dol i els professionals sanitaris

Benito, Arranz, i Cancio (2011) en el seu article sobre “Herramientas para el autocuidado del profesional que atiende a personas que sufren” expressen que els professionals sanitaris estan exposats al contagi emocional. Aquest fet pot aportar a patir una saturació que es manifesta a través del que anomenen “fatiga de compassió”, un fenomen definit per primera vegada per Myezyentseva (2014) on s'emmarca com a una tipologia d'estrès resultant de la relació d'ajuda i d'empatia, fruit del compromís emocional amb el pacient que pateix. Aquest és un molt present en l'àmbit sanitari i ve acompanyat d'actituds de protecció personal i conductes evitatives. A més, els autors inicials, afegeixen que en funció de com es gestioni

aquest impacte emocional pot haver-hi una repercussió en el benestar de la persona que actua com a professional i l'atenció que ofereix. Tot això acaba repercutint físicament i en la qualitat de vida d'aquests perfils professionals.

Aquest conjunt de fenòmens a ulls del pacient i del seu entorn més proper es tradueix com una falta d'interès cap al malalt. Les queixes en relació amb l'atenció i l'actuació assistencial són notables.

Bourne (1968) parla de l'existència d'un *angle cec* per referir-se a la recomanació mèdica de fer veure que no havia passat res i instaurar la importància de què els progenitors tinguessin un altre embaràs. En un article realitzat per Martos, Sanchez i Chaxiraxi (2016) conclou que la família rep la notícia de manera confusa i moltes vegades són acollits a urgències per personal que no està disposat a donar un suport. De fet, aquests familiars descriuen el lloc d'atenció com espais no preparats per a l'atenció de la pèrdua perinatal, ja que tot està dissenyat per una benvinguda i no un comiat. Per exemple, no s'ha pensat a habilitar espais d'intimitat per la família, que estiguin separats de les imatges i sons (p.ex. plors) del nadó que accentuen la seva pèrdua. Moltes famílies que han passat per aquesta penosa situació remarquen la sensació desagradable quan s'adonen que han posat algun senyal indicativa de la seva condició a la porta per alertar els sanitaris de la situació.

Brier (1999) va estudiar la satisfacció de les famílies envers l'assistència sanitària, en què com a resultat va sorgir la ràbia i la insatisfacció en aquells casos que no rebien una atenció professional, a diferència d'aquells que eren atesos majoritàriament per treballadores socials o infermeres, que puntuaven en satisfacció. A favor, Nuzum, Meaney i O'Donoghue (2014) en estudiar l'impacte de la mort fetal en professionals van concloure la falta de formació especialitzada en l'atenció del dol perinatal, essent la seva font d'aprenentatge els altres companys de feina amb més experiència.

Actualment podem afirmar que gràcies a la neurociència, s'han descobert les anomenades "*neurones mirall*", Rizzollatti i Sinigaglia (2006). Aquestes actuen de manera involuntària, activant el cervell que realitza un traspàs d'aquella emoció expressada pel pacient, i permet a l'altra persona vivenciar-la i sentir-la pròpia. Aquest mecanisme podria explicar fenòmens com l'empatia. Ara bé, el contingut i

el significat de les emocions compartides no són els mateixos, ja que amb aquests primers s'activa l'autobiografia personal de cadascú, i en aquest punt és on tots diferim. Aquest marc teòric facilita la comprensió de les propostes a fer conscient i millorar la gestió emocional dels professionals sanitaris que han d'afrontar les situacions en què han de comunicar i acompanyar a les famílies en el dol i explica que en els casos que no hi ha una bona gestió i control emocional, serà molt difícil o impossible ajudar a una altra persona a canalitzar degudament les seves pròpies emocions. En aquest sentit Cholí (2005) refereix a Darwin per explicar les emocions i les entén com una eina d'adaptació a l'entorn amb unes funcions molt determinades per la filogènesi. Per exemple l'activació de la por davant d'un soroll desconegut com un mecanisme de preparació de resposta davant el perill.

Els estudis neurobiològics assenyalen la importància del *sistema límbic-hipotalàmic* que en la seva activació marca aquelles coses que són rellevants per a la persona mitjançant la preparació d'una resposta de defensa i/o fugida o bé centrant-li més atenció. Aquesta segona opció segons Benito et al. (2011) l'explica a través d'un procés que succeeix inconscientment i que ens arriba en forma de senyal física. Un senyal que en molts casos per la seva intensitat ens pot bloquejar corticalment donant lloc a una resposta automàtica amb una resposta correcta o no. D'aquí la necessitat de poder escoltar aquests senyals per tal de poder regular la seva intensitat i no desviar-nos dels nostres objectius. A més, aquests autors afegixen que l'única manera de poder treballar aquests fenòmens a través de la reacció impulsiva i de l'autoconsciència amb la respiració. Aquesta visió ens aporta a parlar dels mecanismes d'afrontament amb una visió cognitiva-conductual.

En conclusió l'afrontament és un procés dinàmic, que depèn de les característiques de la persona però també de la situació i les seves demandes, normalment crítiques o estressants. Les conductes d'afrontament són processos bàsics com la parla, les manifestacions afectives o la socialització, i són apreses des d'etapes primerenques. A més, tal com diu Schmidt (2007) *“La competencia de afrontamiento ante la muerte es un constructo que representa un amplio rango de habilidades y capacidades humanas para afrontar la muerte y también nuestras creencias y actitudes respecto a dichas capacidades”*.

Objectius

Aquest treball ha sorgit a partir de la lectura de diversos estudis que qüestionen la formació del personal sanitari i la seva actuació davant un cas de mort perinatal viscut com un “fracàs professional”. En aquest sentit, es van intentar respondre a les següents preguntes: com afronten els/les professionals una mort perinatal? Amb quins recursos compten? Quines mancances presenten?

L’objectiu general d’aquest treball és indagar i explorar sobre les formes d’afrontament psicològic i de gestió emocional del personal sanitari d’una unitat de neonatologia en les situacions de mort perinatal de l’Hospital Josep Trueta, i els objectius específics són:

1. Indagar sobre els mecanismes i pràctiques d’afrontament i d’autocura dels i les professionals davant la mort perinatal.
2. Indagar sobre els recursos disponibles i utilitzats pels treballadors sanitaris que atenen de manera directa la mort perinatal.
3. Indagar sobre les debilitats del personal sanitari durant l’acompanyament de la mort perinatal.

Metodologia

Parra (2005) explica que l’epistemologia en investigació qualitativa intenta construir un coneixement, des del punt de vista dels protagonistes. Aquest coneixement transcorre en allò subjectiu, allò intersubjectiu i allò social que es comparteix entre tots els subjectes implicats.

En aquest treball s’adopta, per tant, un punt de vista constructivista que ens permetrà comprendre el món del subjecte des del seu propi punt de vista (diferent de l’investigador, per exemple), així com indagar sobre els significats dels seus coneixements i fets.

En concordança amb el marc epistemològic, els interessos i objectius d’aquest treball, s’escollí un tipus d’aproximació qualitativa, que pren el nom de “mètode descripció interpretativa”, i es van seguir les directrius proposades per Teodoro, Rebouças, Throne, Souza, Brito i Alencar (2018). Un mètode amb origen

fenomenològic, etnogràfic i teoria basada en dades que es considera analític-inductiu, i que permet explorar les experiències professionals per obtenir coneixements aplicables a la pràctica real. Els científics la ponderen com a fiable i significativa per a la construcció de coneixement. És un mètode molt utilitzat en l'àmbit sanitari. Pel tractament de les dades s'ha utilitzat el software QDA Minder® 5.0.34. by Provalis Research en la seva versió gratuïta i oberta la seva descàrrega en línia.

Participants

Aquest estudi s'ha centrat en el personal del servei de neonatologia i obstetrícia de l'Hospital Josep Trueta, adscrit a la unitat de pediatria. El total de professionals adscrits en aquesta àrea és de 24, i està conformat pels següents perfils: infermeria, medicina, psicologia i auxiliar d'infermeria.

Inicialment es varen poder entrevistar a 9 professionals d'aquest servei, tot i que dues d'aquestes entrevistes s'han descartat de l'estudi per l'incompliment dels criteris d'inclusió (vegeu Taula 8), de manera que el recull de dades ha quedat conformat per 7 entrevistes: 6 dones (85,7%) i un home (14,3%).

Implicacions Ètiques i legals

Per tal de poder dur a terme aquesta investigació, s'ha tingut en compte les següents lleis i declaracions. (i) La Llei 41/2002 del 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i dels drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica, (ii) Llei orgànica 15/1999 de 13 de desembre de protecció de dades de caràcter personal, (iii) els principis fonamentals dels Drets Humans reunits a la Declaració de Hèlsinki. I finalment, (iiii) quatre principis de bioètica descrits a l'informe de Belmont de protecció de drets humans en la investigació: respecte, beneficència i justícia.

Mostreig

El col·lectiu diana han estat els professionals del servei de pediatria, gestor de la unitat de neonatologia, que va facilitar els correus electrònics dels professionals, que posteriorment van rebre un correu electrònic conformant un mostreig de conveniència. En aquest s'explicava el TFG i es mencionaven els criteris d'inclusió per a respondre'l. La participació va ser a través d'una crida voluntària i,

posteriorment, es van seleccionar aquelles respostes d'acord amb els criteris d'inclusió i d'exclusió.

Criteris d'Inclusió	Criteris d'Exclusió
<ul style="list-style-type: none"> • Treballar al servei de neonatologia i obstetrícia de l'Hospital Josep Trueta • Antiguitat al servei de dos anys. • Haver experimentat un cas de MP en l'últim any. 	<ul style="list-style-type: none"> • Haver patit una MP d'un propi fill. • No haver viscut cap experiència de MP. • Ser un personal de pràctiques. • No complir alguns dels criteris d'Inclusió.

Taula 8. Taula de criteris d'inclusió i exclusió

Els criteris d'homogeneïtat i heterogeneïtat d'aquest treball, per una banda, s'han focalitzat en un únic grup de població molt ben delimitada per persones que treballen a la mateixa unitat assistencial i per altra banda, en aquest mateix grup homogeni podem trobar persones de diverses edats, experiències professionals i titulació acadèmica. A més, cal tenir en compte com a criteris d'homogeneïtat aquelles persones que queden excloses pels criteris d'inclusió i exclusió anteriorment esmentats. El criteri d'accessibilitat en aquest estudi fa referència als contactes proporcionats per la psicòloga del servei i el personal administratiu de la unitat de pediatria. La mostra idònia és aquella representativa amb relació al total de persones que treballen a la unitat d'obstetrícia i neonatologia i que compleixi tots els criteris d'inclusió.

Degut al grau de coneixement de la professional de la psicologia en aquest servei la seva entrevista es va excloure, convertint-se aquesta en una eina introductòria a la temàtica, ja que podria suposar un biaix en els resultats finals d'acord als objectius establerts.

Tècniques de recollida de dades

L'entrevista ha estat la principal eina utilitzada en aquest estudi. Aquesta tècnica s'entén com un context formal d'interacció entre l'investigador/a i les persones investigades que s'utilitza per obtenir informació sobre el punt de vista i l'experiència de les persones i els grups que s'analitzen. A més, aquest estri fa

participa a l'entrevistador en relació amb el tema que s'està tractant. Aquest instrument es pot classificar en funció de la seva aplicació individual o grupal; estructurada, semiestructurada o oberta. En aquest treball s'ha aplicat una entrevista individual i estructurada (en línia) o semiestructurada (presencial).

El recull de dades està compost per set entrevistes. La primera entrevista (Annex 13) va ser presencial i semiestructurada a la psicòloga de la unitat, amb la finalitat d'exploració al camp de treball dins de l'Hospital Trueta. Aquesta entrevista va ser enregistrada en format àudio, previ les explicacions i la signatura del consentiment i es va entregar, juntament amb el consentiment, la informació rellevant d'aquest TFG (Annex 11) i un document que certificava l'autor com alumne de la UdG (Annex 10).

Posteriorment es van dur a terme les altres sis entrevistes a personal sanitari (Annex 12). La declaració de l'Estat d'Alerta per les autoritats governamentals de l'Estat Espanyol justificades per la pandèmia de la malaltia causada per la COVID-19 el 14 de març de 2020, va provocar que l'estratègia de recollida de dades amb entrevistes presencials (amb la riquesa de detalls i les possibilitats que les entrevistes semi-estructurades et permeten per tal d'aprofundir en els temes clau d'interès de l'investigador) fóra transformada i substituïda per una entrevista individual estructurada i en format en línia a través de la plataforma Google forms. Aquesta es va enviar via correu electrònic amb un missatge informatiu sobre el TFG (Annex 14) i amb el document d'acreditació d'alumne de l'UdG en format PDF (Annex 10).

L'entrevista en-línia està dividida en tres parts (Annex 15): la primera, fa recull de dades sobre el perfil professional i la relació amb l'hospital; la segona, planteja preguntes de situació i en relació amb la MP, i la tercera, es focalitza més amb temes relacionats amb conductes posteriors a la MP a la vida. Finalment es donava un espai per a suggeriments i observacions. L'enviament de les dades suposava l'acceptació de formar part de la investigació, tal com s'informava en la capçalera.

En aquest treball i per preservar l'anonimat no s'adjunta la transcripció de cap de les entrevistes. En cas de voler consultar-les cal demanar permís a l'autor.

Procediment

Primerament es van introduir totes dades de les entrevistes en línia en el programa informàtic QDA Minder® en la seva versió 5.0.34., i posteriorment es va procedir a la seva codificació. L'elecció dels codis per a categoritzar les dades recollides van ser elaborats a priori en funció del marc teòric explicat en la introducció i dels objectius de la recerca. En una segona fase, aquest sistema de codificació va ser modificat i ampliat per tal de captar alguns temes que apareixen en les dades recollides però que no s'havien tingut en compte. La versió final del sistema de codificació es pot consultar en l'Annex 3 i 4.

Es van analitzar els conglomerats de les categories mitjançant la funció “co-ocurrència de còdigos” en què ens permet veure la relació entre els codis. Per fer-ho el programa crea conglomerats a partir de l'opció “n-pàrrafos” que indica que es marcaran aquells codis que apareguin dues vegades amb una distància mínima de 5 paràgrafs. A més el programari calcula l'índex de similitud a través del coeficient de Jaccard (CJ), amb puntuacions d'1 a 0. Com més pròxim a 1 més similitud hi ha. Aquestes dades es basen en una taula de doble entrada disponible a l'Annex 6. També es va sol·licitar el programa que fes una conglomeració de 10 clústers, seguint la mateixa classificació manual. Per aquesta elaboració s'utilitza el mètode de classificació jeràrquica enllaç-mitjà (average-linkage hierarchical clustering method) per a crear conglomerats (clústers) obtenint un dendrograma disponible a l'annex 7 compost per 38 categories.

Resultats

Afrontament a la Mort Perinatal

El dendrograma (Annex 7) obtingut a partir de la matriu resultant disponible a l'Annex 5 (co-ocurrència) i Annex 6 (similitud), va mostrar quatre clústers amb la mateixa alta relació entre ells (*CJ*: 1); la relació irritabilitat-soledat; marxar-tremolor i escalfred-temps. Finalment es trobà un conglomerat superior els valors preestablerts del *CJ* que està conformada per les categories culpa i indagació de competències professionals alienes (*CJ*: 1,5).

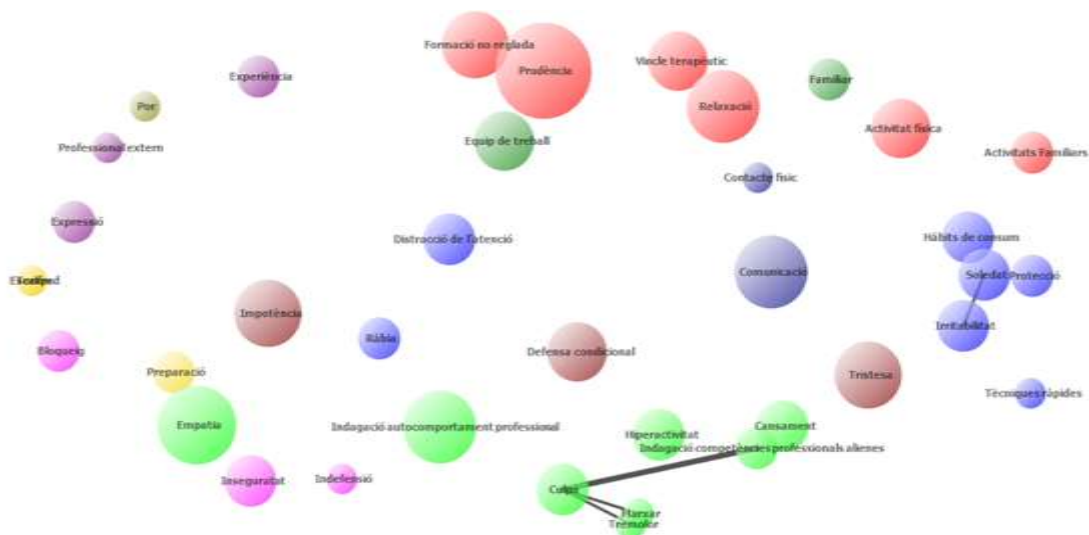


Figura 9: Figura 2D de la co-ocurrència dels conglomerats

A través del dendrograma i de la Figura 9, s'aprecia un total de nou conglomerats o clústers que influeixen en l'experiència professional de la M.P.

- El clúster vermell amb altra importància per la prudència i la relaxació està conformat per activitat física, familiars i vincle terapèutic. Per les seves característiques es va anomenar autocura. És aquell en què conté les tècniques racionals de relaxació i marquen una diferència entre un cas anterior i un altre de nou. *“Recordes tots els pacients que t'han passat per les mans i sobretot al principi de la teva carrera professional, i això fa que el motiu de consulta d'aquells pacients siguin el primer diagnòstic diferencial que realitzis”* (NEON47), o bé, *“En la manera d'enfocar la meua feina i l'atenció al pacient i familiar”* (AUI59).
- El clúster blau format conté com a categories rellevants: la distracció de l'atenció, hàbits de consum, irritabilitat i la soledat, però també conté la protecció de la ràbia i les tècniques ràpides. Per les categories del grup s'anomenà autoprotecció, ja que engloba aspectes psicològics més relacionats en respostes davant el dolor *“Mires de no pensar-hi gaire i acabes la feina”*(LLEV29).
- El conglomerat verd fosc està format per l'equip de treball i del suport familiar (sempre del mateix àmbit laboral) i es va anomenar heterocura. Aquesta fa referència a les eines informals de suport que utilitzen els i les professionals en un primer moment. *“A vegades també ho comento amb*

algun company, però és poc freqüent després d'una M.P., comentem més casos per definir tractament o bé per fer seguiment” (NEON47). Cal comentar que en les entrevistes, en cap moment es va fer menció dels recursos que tenen a disposició i que no han utilitzat mai.

- El clúster rosa té una predominança de la inseguretat, i està conformat per indefensió i bloqueig, totes respostes emocionals pel qual s'anomenà resposta situacional “in situ”. Aquesta engloba la primera resposta emocional davant el cas de M.P. “*No et surten les paraules*” (NEON47).
- El cinquè conglomerat verd clar predominat per l'empatia i la indagació de l'autocomportament professional, està conformat pel cansament, hiperactivitat, culpa, indagació de competències professional alienes, marxa i tremolor. Aquest clúster es va anomenar resposta situacional cognitiva. Aquest conglomerat, el més present en aquest estudi, fa referència a aquells aspectes posteriors al clúster anterior que es donen després de l'actuació davant de la M.P. Aquests provoquen canvis en la nostra conducta i manera d'entendre la situació “*algun cop també he buscat culpables entre els altres actants, si més no penses que potser algú ha entès malament la teva prescripció*” (NEON47), o bé, “*En definitiva, penso que és millor donar la notícia i marxar de la sala és el més censat*” (NEON55).

El clúster resposta situacional “in situ” i resposta situacional cognitiva conformarien un únic clúster amb un conglomerat total de 9 i en 11 s'uniria amb el següent clúster.

- El clúster marró ens mostra un pes important de la impotència i la tristesa, però també hi ha la defensa condicional on s'anomenà residu professional, entesa com el fruit final de tot un procés vivenciat. “*Penso que el dolor que puc arribar a sentir no és ni la meitat del que ells senten, al cap i a la fi jo sortiré de l'hospital i tindrè les meves coses personals*” (NEON 47).
- El conglomerat groc ens mostra un gran pes per la preparació, malgrat estar compost, també per temps i escalfred. Aquest clúster es denominà factors d'autocura, ja ens alerten d'un possible final “infeliç” però també ens

permet un breu espai per indagar amb relació la post tasca a desenvolupar en tots els sentits “*Què he fet malament? Què dic?*” (LLEV29).

- El vuitè clúster, de color lila, mostra una tendència de pes cap a l'experiència i expressió però també hi ha el professional extern. Aquest conglomerat s'etiqueta com factors d'afrontament professional. És un clúster merament professional on modela l'activitat laboral futura “(...) a excepció de l'experiència personal. Que això em fa ser més empàtica amb els casos que m'he trobat” (LLEV29).
- L'últim clúster blau fosc, predominat per la comunicació enfront del contacte físic. Aquest conglomerat es va anomenar com a factors d'atenció i cura a la maternitat, que fa referència a l'estil i maneres de comunicar en aquestes situacions de M.P. per tal de no ocasionar més danys a la mare, és un estil protector. “No fer cap comentari, gest que pugui empitjorar la vivència”, o bé “(...), abraçar, donar la mà (...)” (LLEV44).

Finalment es va trobar la por com a únic factor individual, ja que no es troba enllaçada amb cap altre clúster.

Per tant, tal com es veu a l'Annex 7, ens trobem davant de múltiples categories o dimensions que poden conformar diversos estils d'afrontament, ja que tal com es presenta en el dendrograma, la seva relació total no arriba a 0 i, per tant demostra una múltiple relació entre tots els clústers analitzats. Tanmateix es va poder apreciar que les relacions més estretes (CJ: 1 i 1,5) podrien ser les percussores de certes categories recollides en tot el dendrograma, sobretot del seu mateix clúster. Finalment, a l'Annex 8, l'anàlisi d'enllaç, es va poder veure una les principals relacions establertes i comentades anteriorment i on s'aprecià que la categoria activitat física és el punt que rep més interaccions amb les altres categories.

Afrontament i Perfil Professional

Per altra banda, i a causa de les respostes obtingudes, sobretot pel personal facultatiu, com per exemple “és una situació molt incòmoda. Intentes fer tot el que pots i està a les teves mans (...) notes un entorn de silenci i que tothom treballa sense mirar-se, però atents el que puc arribar a decidir” (NEON55), es va optar

per la incorporació de la variable “perfil”, on es tenia en compte la variable titulació acadèmica dels subjectes. Les dues gràfiques de l’Annex 9, tenint en compte l’ocurrència de casos (Gràfica 9.1), ens permet observar l’aparició de cada categoria. En complementació, podem observar la Gràfica 9.2, del mateix annex, que ens mostra la freqüència de cada categoria dins dels perfils professionals, fet que ens va permetre parlar de diferències entre els diversos perfils sanitaris. Podem veure que la manera de viure la situació sembla no ser tan transversal pel fet de treballar en un mateix espai (Figura 10).

En una primera visió es va apreciar a la tristesa com l’emoció més verbalitzada, a diferència de la por que només es va presentar en el perfil de CAI i viceversa en relació amb la ràbia, més present en llevadores i neonatologia.

El perfil CAI va expressar, en especial, la por i per norma general són més emocionals que les llevadores i els neonatòlegs, ja que aquests van mostrar ràbia. El contrari en la categoria reaccions fisiològiques, en què els neonatòlegs reconeixen més tremolors i les llevadores escalfreds. Aquest últim patró se seguí mostrant present en la categoria percepcions, on cal destacar que els neonatòlegs expressaven l’experimentació de la inseguretad, mentre que en llevadores mostraren més prevalença de la impotència. Aquestes conductes demostren el seguiment d’uns pensaments competencials predominats en personal facultatiu amb relació a la M.P. acabada de presenciar, com per exemple; la culpa, l’empatia cap a la situació, indagació de l’autocomportament professional, la indagació de les competències professionals alienes i la defensa condicional. A diferència de les llevadores i el perfil CAI que es posicionen en una mateixa puntuació total. *“Notes com tot depèn de tu, de la teva decisió, i tot a vegades, en una UCI va lligat al temps. Prendre una decisió no és fàcil i menys amb la vida d’un nounat.”* (NEON47).

Les conductes fruit de tots els processos psicològics anteriors ofereix una explicació a aquestes conductes de cansament, hiperactivitat (mental) i irritabilitat que verbalitzen els facultatius conjuntament amb altres conductes no tan habituals com el plor o bé amb la protecció dels afectats.

Si parlem en moments posteriors a la M.P. s’observà que les llevadores no informen sobre la seva estratègia d’afrontament en els moments posteriors i immediats al

succés i passaven a parlar directament de l'atenció a hospitalització. Veiem que la conducta general en el perfil CAI i neonatòlegs es basa a marxar del context on es troben i a consumir alguna infusió o hàbits tòxics per tal de poder continuar. Alguns ho complementen amb tècniques de respiració. *“Normalment surto de l'UCI i em faig una infusió. Em relaxo amb la soledat i inspiro. Intento fer com un “reset”, ja que entres de nou i et toca un altre pacient, no hi ha temps de descompressió”* (NEON47).

Cal comentar que el/la metge de neonatologia opta per parlar amb el seu cap o companys d'equip (metges) i en algun cas amb la família si comparteixen professió. El que sí que es va detectar amb les dades analitzades és la tendència a estar amb l'equip malgrat els dubtes i indagacions inicials que s'han detectat al principi. Aquest punt ve marcat pel suport, referint-se a l'ajuda que es busca en aquelles situacions que el professional creu que la situació de M.P. l'ha sobrepassat. S'observa que no hi ha cap cas que demani ajuda a la psicòloga de l'hospital i que el perfil de llevadora és l'única que contempla l'ajuda per part d'un professional extern *“O bé ho parles amb algun membre de l'equip que ho hagi presenciat com tu i us feu costat, o bé busques ajuda externa amb algun professional”* (LLEV29).

Aquesta situació suposa una nova manera d'afrontament professional en nous casos en què el perfil facultatiu va reconèixer més prudència en els casos a tractar, inclòs sobreprotegint la pacient, més distància en el vincle terapèutic i que finalment amb el temps ho defineixen com un aprenentatge. Aquest fet pot anar molt lligat amb la formació rebuda en M.P. en què es detectà una formació basada en xerrades i/o cursos específics de curta durada, ja siguin oferides per l'hospital i/o externes. Molt d'ells fora de l'horari laboral i de les etapes acadèmiques formals *“Un curs puntual i l'experiència viscuda”*(LLEV44) o *“Jo per exemple he realitzat dos cursos a distància, però no té res a veure amb el que hi ha a la realitat. Aquesta formació, mèdicament parlant està molt desenvolupada, en canvi psicològicament (comunicació, tracte, actuació i cura) no tant”* (NEON47).

Pel que fa a les tècniques de desconnexió, es va observar que les més utilitzades pels/ professionals entrevistats, ens remeten a parlar dels seus hobbies com una manera de poder esvaire-se de la situació viscuda, i un cop a casa. Només el perfil

CAI és el que referí el desig de compartir temps amb els fills mentre que de manera transversal tots els perfils comentaren la pràctica de l'activitat física com una font molt bona de desconexió, sense concretar si van sols o acompanyats "(..)estar a casa amb els que més estimo" (AUI58) o "Escolto música, gaudeixo dels meus fills i faig esport" (AUI59).

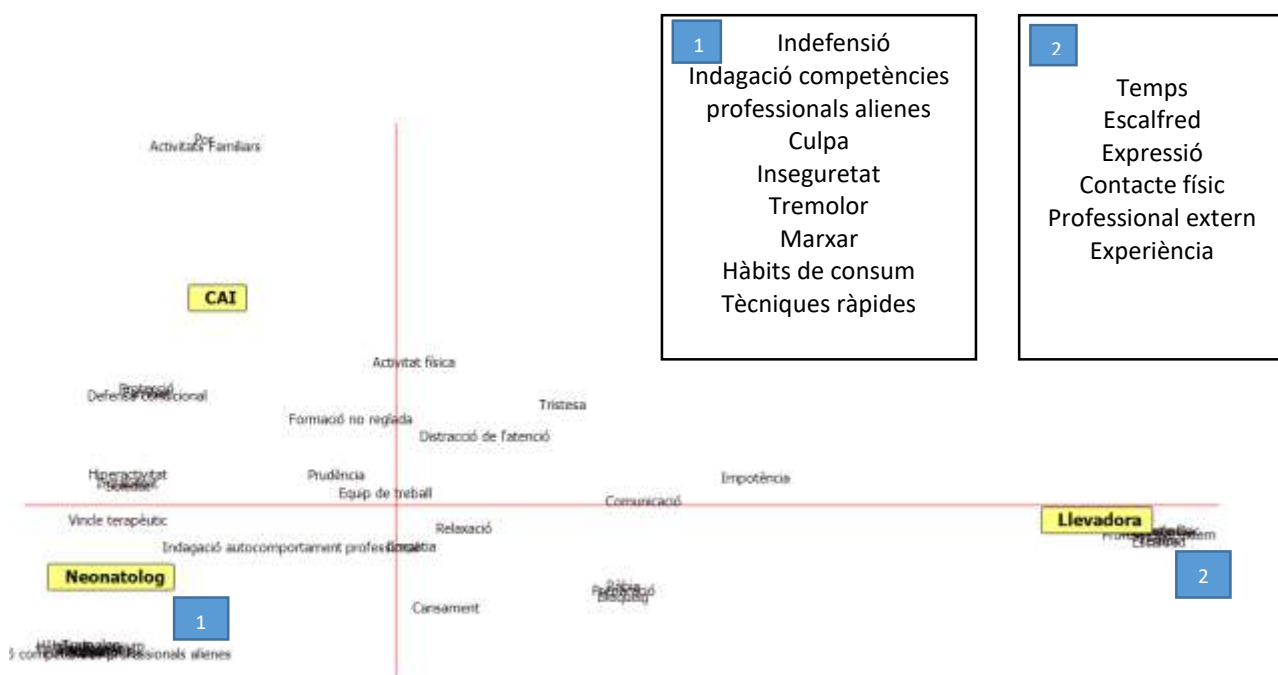


Figura 10: Gràfica variable "perfil professional" i categories.

Discussions

Malgrat l'emergent importància en els últims anys sobre la M.P. no es dediquen estudis en aquesta i molts d'ells són centrats en la família. De manera que de retruc en sorgeixen els professionals sanitaris. Els resultats obtinguts mostren unes relacions entre conglomerats en funció de dos grans grups; respostes davant l'actuació i la cura professional, dues categories fonamentals que conviuen amb altres factors que les modulen i que ens fan entendre que les accions mèdiques davant la M.P. no són exactes entre elles, i en aquest cas, l'estat emocional hi pot tenir un paper molt important. D'aquesta manera no podem parlar de mecanismes d'afrontament, tal com m'ho proposava en els objectius, però sí de variables que determinen l'experiència i que conformen una seqüència susceptible a la modificació.

Uns resultats que demostren un pes important, però no exclusiu, en el camp de les emocions i que ens remet i en l'èmfasi dels predicats de Benito, et al. (2011) en què afirmen que la gestió emocional acaba influint en el benestar de la persona, i a la vegada en la qualitat de l'atenció mèdica. En reforç d'aquesta idea l'entrevista amb la psicòloga del servei comentava que:

“(...) el moment, evidentment, estan emocionats i poden veure's afectats, poden plorar, i penso que de vegades, després d'una pèrdua, hi ha aquella sensació de revisar el què has fet o allò que podies haver deixat de fer. També pot pensar en com has acompanyat, com has fet la teva feina, si hi ha alguna cosa que haguessis pogut fer diferent. I tot això és una de les coses que parlem moltes vegades a les sessions que preparem, i això t'ajuda a col·locar l'experiència laboral”.

Per tant, veiem que davant la M.P. hi ha una reacció emocional que condueix a una resposta corporal i/o percepció que acaba afectant en els pensaments i consegüentment queda plasmada en la conducta. A més, podem veure que el factor formació té un paper clar en aquestes categories. En aquest sentit podem trobar relacions lògiques entre les categories dels clústers. Per exemple, seguint una actuació en aquesta àrea, en el moment que s'està actuant en M.P. (Figura 11) trobem les respostes “in situ” que fomenten la vulnerabilitat de la persona en una situació que no controlen i per aquest motiu hi ha l'activació dels factors d'autocura que aporten una energia extra per actuar i que comporten a l'operativitat dels mecanismes d'autoprotecció. Un cop en funcionament aquests últims, es proposa l'entrada de la resposta cognitiva, que d'una manera més racional intenta posar ordre a la situació vivenciada, influïda pels factors d'autocura; el professional farà un ús dels recursos d'heterocura d'una manera més exhaustiva. Podem observar que totes aquelles activitats formatives i de desconnexió ens permeten la posterior disponibilitat per una correcta actuació professional, el mateix passa en autoprotecció, en què suposen un conjunt de conductes d'afrontament a la situació i que estan en interacció amb els factors d'autocura. Finalment entren en funcionament els “residu professional” on intenta suavitzar l'impacte emocional de la situació i acaben creant una interacció amb els factors d'afrontament professional dels quals acaba afectant en els factors d'atenció i cura que pateix la pacient tot

proporcionant afirmacions com les que fa Brier (1999) “ *el equipo no preparado puede reaccionar con ansiedad y falta de ayuda, haciéndose difícil ayudar a las familias (...)*” (p. 303), també pot suposar de manera inconscient la continuïtat del concepte d’angle cec (Bourne, 1968) amb l’objectiu d’esborrar del record dels pares el succés viscut i fomentar la cerca d’un nou embaràs. Des d’aquest punt s’expliquen les afirmacions posteriors de pares sobre ràbia i insatisfacció i “*se da la noticia sin que el sanitario mire a los ojos de los padres*” (Martos, et al., 2016).

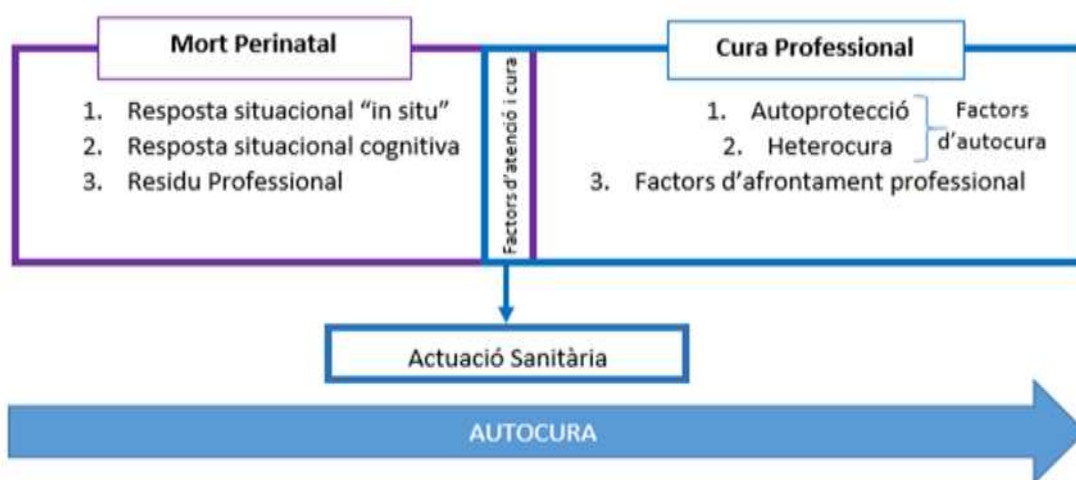


Figura 11: Implicació de les variable en el procés de M.P.

Tot i que Thorne, et al. (2018) apunta que les mostres de conveniència poden crear una base sòlida per a la descripció, però afegeix que “*este tipo de muestreo tiende a crear mayores dificultades para justificar la interpretación*” (p.5), per aquest motiu cal interpretar aquestes dades amb cautela. Més encara en aquest primer bloc, ja que suposem que les interaccions establertes entre categories poden arribar a definir els diversos perfils d’afrontament davant la M.P., fet que en aquest treball no hem pogut investigar.

L’explicació d’aquestes conductes sembla ser molt evident per a Benito, E. (2011) en què apunta a les neurones mirall com a responsables del contagi emocional, tot i això els resultats obtinguts en el present no engloben aquesta perspectiva biològica, però sí a afirmar que les conseqüències d’aquesta activació pot alterar a la qualitat de vida i físicament. A més, s’ha demostrat una tendència estàndard segons el perfil professional.

La variable “perfil professional” analitzada és important, i es conclou que les competències professionals per perfils laborals davant la M.P tenen un pes important en els comportaments. El perfil mèdic fa una recerca de la pròpia actuació i de l’equip. Utilitza estratègies més aviat individuals, mentre verbalitza una falta de formació en M.P. centrada en el camp psicològic. El perfil d’infermeria (llevadora) demostra uns sentiments més relacionats amb la cura i el tracte de la pacient/família, fet que relaciono la seqüència l’actuació-ingrés com un acte molt seguit, i no hi ha un espai de descompressió emocional dins del mateix centre sanitari, sigui d’ús extern o intern.

Tots els perfils expressen unes tècniques de desconexió semblant a les facultatives però verbalitzen que són d’un caire més social. Hem de tenir en compte que ambdós perfils tenen emocions molt relacionades amb la praxi; la ràbia i la tristesa. Finalment trobem el perfil CAI, que presenten tristesa i por, aquesta última l’entendem per la falta de control en la situació, ja que són personal de suport. A més, són unes professionals que indiquen la necessitat de soledat i es remet en pensaments sobre la família, així com la seva posterior manera de desconnectar que procedeixen a tècniques més variades (individuals i socials). No podem concloure diferències entre gènere, ja que la mostra està composta per un sol home, tot i que semblaria un factor també determinant. Podem veure doncs que la manera d’afrontar té a veure amb la funció laboral; mentre el neonatòleg se centra en l’actuació, la llevadora es preocupa amb tot el relacionat amb l’atenció a la pacient i el perfil CAI se centren en qüestions de caràcter més familiar. Malgrat que la poca evidència entre perfils sanitaris es confirma l’afirmació de Martos, et al. (2016) “*la información y ayuda fueron ofrecidos principalmente por enfermeras o trabajadores sociales, nunca por médicos*” (p.306).

Per altra banda els recursos més utilitzats per afrontar-se a la M.P. són en un primer moment la soledat i el suport de l’equip de treball. Mentre que posteriorment a l’horari laboral predominen el “hobbies”. En molt poques ocasions s’ha mencionat els mecanismes que tenen disponibles dins l’hospital com la psicologia o bé els grups de suport professionals, optant per un professional extern. L’evidència de la falta de formació és clara i sobretot en aquell camp relacionat amb la gestió emocional i comunicació amb el pacient.

Per tant podem definir que el metge presenta un perfil clínic d'afrontament centrat en la pràctica mèdica realitzada, les llevadores tendeixen a un patró de cura i atenció i el perfil CAI presenten un perfil d'afrontament familiar.

Tal com menciona Theodore, et al. (2018), cal tenir en compte que els programes informàtics d'anàlisi qualitatiu “no conducen a un anàlisi inductivo (...) en su uso deben de utilizar estas características con precaución” (p.7) i més encara en aquells casos que no hi ha una àmplia experiència en l'ús del programa informàtic.

Conclusions

Amb la realització d'aquest estudi s'arriba a les següents conclusions:

- No podem parlar de mecanismes d'afrontament sinó de variables que interactuen entre elles per proporcionar una resposta a la M.P.
- La por és una emoció no acomodada a la realitat dels professionals sanitaris que treballen davant la M.P.
- Existeixen diferències d'afrontament entre perfils professionals segons a la seva funció establerta, així com en les estratègies d'afrontament. El perfil CAI és el més vulnerable.
- El personal sanitari es mostra sensibilitzat davant la necessitat de formació però no contempla completament els recursos de suport per a la seva atenció.

Limitacions, implicacions dels resultats i aprenentatges

Els resultats obtinguts projecten la necessitat d'un disseny de formació centrada en el professional. Una metodologia que ofereix l'oportunitat que la formació s'adeqüi a la persona actuant i no al pacient. És a dir, treballar des de la individualitat, entesa com la no estandardització personal per tal de poder donar una atenció adequada en els pacients que s'atén. Aquesta metodologia ha d'anar centrada amb les capacitats i habilitats de la persona per poder fomentar la seva autonomia i apoderament, passant per la indagació del propi comportament professional.

Una altra implicació d'aquests resultats rau en la gran necessitat de transformar els espais de comunicació en l'entorn hospitalari. Cal fer-los humans i entendre'ls com

una continuïtat a l'atenció sanitària. Evitar el concepte "locutoris", com espais de comunicació i abandonar les parets blanques amb estris mèdics per donar lloc a un espai "llar" que ens permeti un comiat íntim, confidencial i familiar. Una adaptació d'un espai d'hospitalització que es pugui adequar a la circumstància i a la necessitat dels afectats.

Aquest estudi ha permès la visibilització de la M.P. dins la nostra província, a la vegada que m'he pogut sensibilitzar amb el tema i el seu tractament de manera professional des de tots els àmbits.

Finalment, els professionals ens han mostrat la seva cara més humana i el patiment que suposa per a ells; en l'àmbit personal i professional afrontar-se a la M.P. Una mort que de mica en mica es va convertint amb més real per a tots aquells que se n'informen.

La principal limitació d'aquest treball es basa en la realització de les entrevistes en horari laboral d'aquests professionals, principalment en una Unitat de Cures Intensives (UCI) que està sotmesa a uns nivells de feina impredecible i contínua. Tanmateix les respostes virtuals suposen una barrera per a la comunicació no verbal i en molts casos la no profundització dels temes tractats, un fet que em limita en la posterior anàlisi de resultats i la seva interpretació.

Una altra limitació són les preguntes realitzades. Segurament hauria estat necessari canviar el plantejament de les preguntes, la manera en què es presentaven o bé elaborar-les de nou. Posterior a l'anàlisi s'il·lustra que l'ordre d'aquestes també és important i que pot afectar a les respostes. En aquest punt penso també que hagués estat interessant afegir alguna tipologia de test per contemplar altres factors implicats. Aquest últim punt va relacionat amb els criteris de validesa.

Malgrat tenir una bona validesa a causa de les diferències de perfils professionals, la fiabilitat està debilitada, ja que hagués faltat un segon codificador per poder fer una comparació intercodificador i assegurar així unes dades més objectives a la realitat investigada. Cal tenir en compte que l'opció de poder modificar les respostes, en les entrevistes virtuals, permet una major reflexió i comprensió de les dades, fet que augmenta la fiabilitat. Per tant, també hi ha hagut manca de les

tècniques de recull de dades i poder seguir les orientacions de Teodoro, et al. (2018) que aconsella la realització d'una triangulació de les dades recollies amb diversos mètodes.

Finalment el context històric, cultural i sanitari en què es realitza aquest treball ha estat molt marcat per les vagues estudiantils, el judici del procés, la tempesta del Glòria i la crisi sanitària de l'epidèmia del coronavirus. Uns fets que han danyat el disseny proposat inicialment i que s'ha modificat en diverses ocasions.

Amb la realització d'aquest treball, m'enduc el coneixement d'una nova àrea de treball en psicologia clínica. Em considero molt privilegiat haver descobert el món sobre un concepte que desconeixia totalment; he tingut l'oportunitat de veure l'espai, el treball directe, la gestió i l'acompanyament que brinden els professionals del Trueta als seus pacients de l'àrea de maternitat. Un treball plenament d'equip. Per altra banda, i no menys important, m'he arriscat a aprendre i aplicar, per primera vegada, la metodologia de treball qualitatiu, que no hagués estat possible sense el suport brindat pel Dr. Pérez Burriel, Marc i la Dra. Cabruja Ubach, Teresa. Una metodologia que no m'ha estat gens fàcil, però que com un repte m'ha aportat uns resultats que me'ls sento propis i m'omplen d'orgull. Finalment el tractament de dades a través d'un programa informàtic qualitatiu, i que de manera autodidàctica, m'ha suposat la major part del temps d'aquest treball. Un aprenentatge mot enriquidor i positiu, que no només m'ha servit per veure aplicades les teories i materials treballats a la carrera, sinó que també m'ha impulsat la curiositat i fer un pas més enllà i aprofundir amb el tema tractat. Malgrat tot, molt probablement si comencés de nou el TFG, canviaria molts punts i plantejaments realitzats.

Orientacions Futures

Animo que en un futur es pugui realitzar una rèplica d'aquest treball amb la correcció de les limitacions presentades anteriorment, així com la repetició de l'estudi per descriure amb detall els diversos perfils d'afrontament en M.P. A la mateixa línia encoratjo que, una vegada en vigor del protocol d'actuació en M.P., es podria utilitzar aquest estudi com un previ per a poder analitzar la utilitat i l'efecte d'aquest.

Seguint les directives de Teodoro, et al. (2018) recomano que s'utilitzin més mètodes de recollida de dades per crear una triangulació d'aquestes i guanyar en validesa. Aquest pot ser un factor clau per determinar amb més precisió quines variables psicològiques intervenen en una actuació professional en M.P. Seria interessant crear un grup de discussió amb els temes sorgits en les entrevistes individuals, i acompanyar-ho d'observacions obres l'espai de desenvolupament. Aquest últim punt s'hauria de tenir en compte l'elaboració d'una cronologia de tasques a realitzar i el temps.

Crec convenient contemplar la possibilitat d'introduir test de personalitat i d'ansietat per a determinar el grau d'intrusió en aquests resultats i la seva afectació en la praxi diària.

Finalment crec escaient comptar amb el suport oficial de la direcció del servei o de l'hospital pel recull de dades, i que permeti una flexibilitat horària dels professionals en poder participar en l'estudi.

Bibliografía

- ARIES, P. (1999). *El hombre ante la muerte*. (2ed.) Madrid: Taurus.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013) Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales (5ª ed.). Washington: Editorial Panamericana.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1994). Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales (4ªed.), Washington: Masson.
- Asociación Médica Mundial. (2017). Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Recuperat de <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Asociación Umamita i Asociación El Parto es nuestro. (2009). Guía Para La Atención a La Muerte Perinatal y Neonatal. Umamanita. Apoyo para la muerte perinatal i neonatal, 1-71. Recuperat de [https://doi.org/10.1016/S0304-5013\(02\)75814-7](https://doi.org/10.1016/S0304-5013(02)75814-7)
- Benito, E., Arraz, P. I Cancio H. (2011). Herramientas para el autocuidado del profesional que atiende a personas que sufren. *Formación Médica Continuada*, 18(2), 59-65. Recuperat de https://www.researchgate.net/publication/292575637_Herramientas_para_el_autocuidado_del_profesional_que_atiende_a_personas_que_sufren_Tools_for_professional_self-care_who_cares_suffering_people
- Boletín del Estado.(1999). Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (BOE-A-1999-23750). Recuperat de 2020 de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-23750>
- Boletín del Estado.(2002). Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE-A-2002-22188). Recuperat de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-22188>
- Bourne S. (1968). The psychological effects of stillbirths on women and their doctors. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 16(2), 103–112. Recuperat de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2236635/pdf/jroyalcgprac00375-0027.pdf>
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss. Loss sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1984). *Attachement et perte. Volume 3 la perte* (3ra ed.). Collection Le file rouge. Paris: Puf.

- Brier, N. (1999). Understanding and managing the emotional reactions to a miscarriage, clinical commentary. *Obstetrics and Gynecology*, 93(1), 151-155. Doi: 10.1016/S0029-7844(98)00294-4
- Brier, N. (2008). Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *Journal of Women's Health*, 17 (3), 451-464. Doi: 10.1089/jwh.2007.0505.
- Cala, P., Luz, M., Herndández, A. i Ferndanda, L. (2019). Duelo por muerte perinatal. Necesidad de una atención diferencial e integral. *Archivos de Medicina* 19(1), 1-17. Recuperat de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273859249003>
- Calvet R. (1996). Una tristeza que no engaña. *Revista Freudiana. Escola Europea DE Psicoanalistes - Catalunya* (16), 57-68. Recuperat de <https://www.freudiana.com/una-tristeza-que-no-engan%cc%83a/>
- Cañizares, V. (s.d.). *Factors de risc i de protecció: dol complicat*. Recuperat de <https://www.uv.es/master-psicologia-general-sanitaria-pgs/ca/master-psicologia-general-sanitaria-1285957292922/GasetaRecerca.html?id=1285978874872>
- Carpenito J.L. (1987). Nursing diagnosis: application to clinical practice. Recuperat de <https://nm.mui.ac.ir/sites/nm.mui.ac.ir/files/pdf/nursing%20diagnosis%20lynda%20carpenito%202013.pdf>
- Carrasquilla, J. (s.d.). Biblioteca bàsica de tanatologia. *El duelo: sobre cómo ayudamos y ayudar a otros a enfrentar la muerte de un ser querido*. Recuperat el 15 de gener de <http://montedeoya.homestead.com/duelos.htm>
- Carver, C., Scheier, M., i Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. Doi: 10.1037//0022-3514.56.2.267
- Cowchock, F., Lasker, J., Toedter, L., Skumanich, A., Koenig, H. (2010). Religious beliefs affect grieving after pregnancy loss. *J. Relig. Health*, 49(4), 485–97. Doi: 10.1007/s10943-009-9277-3
- Cuadrado, D. (2010). Las cinco etapas del cambio. *Capital Humano*, (241), 54-58. Recuperat de https://factorhuma.org/attachments_secure/article/420/c303_cincoetapas.pdf
- Cunill, M. (2019). Intervenció psicològica en processos de pèrdua i dol, UdG [Apunts Acadèmics]. UdGMoodle.
- Ewton, D.S. (1993). A perinatal loss follow-up guide for primary care. *The Journal for Nurse Practitioners*, 18 (12), 30-32. doi: 10.1097/00006205-199312000-00012

- Fernández, A. i Rodríguez, B. (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): el proceso de duelo. *Revista de Medicina familiar y comunitaria* 12 (3), 218-225. Recuperat de <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n4/dinamica.pdf>
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa* (3ra. Ed.). Madrid: Morata.
- Freud S. (1917). Mourning and melancholia. En: Strachey, J. (edit.) *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (P.243- 258) London: Hogar Press.
- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (s.d.). Hospital Trueta. Història. Recuperat el 20 de Gener de 2020 de <http://icsgirona.cat/ca/contingut/hospital/80>
- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. (s.d.). Pediatria. Recuperat el 20 de Gener de 2020 de <http://www.icsgirona.cat/ca/contingut/hospital/219>
- Gómez, M. (2004). La pérdida de un ser querido. El duelo y el luto. Madrid Aran. Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=248711>
- Guasch, M. i Novell, G. (2017). Abordatge psicosocial dels infermers/es en situacions de mort fetal tardana a l'Hospital Sant Joan de Déu de Manresa (Treball de fi de grau, Fundació Universitària del Bages, Catalunya). Recuperat de http://repositori.umanresa.cat/bitstream/handle/1/105/2017-5-19_TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Iñiguez, L. (1999). Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Atención Primaria*, 23(8), 496-502. Recuperat de <http://www.unidaddocentemfyclaspalmas.org.es/resources/1+Aten+Primaria+1999.+IC+Bases+Teoricas+y+Conceptos.pdf>
- Institut d'Estadística de Catalunya. (2020). Taxa de mortalitat infantil i perinatal: Catalunya i Espanya. Recuperat el 15 de Gener de 2020 de <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=anuals&n=10345>
- Instituto Nacional de Estadística. (s.d.) Indicadores de Mortalidad Infantil. Resultados nacionales. Tasa de Mortalidad Perinatal según sexo. Recuperat el 15 de Gener de 2020 de <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1698#!tabs-tabla>
- Instituto Nacional de Estadística. (s.d.) Indicadores de Mortalidad Infantil. Resultados por comunidades autónomas. Tasa de Mortalidad Perinatal por comunidad autónoma según sexo. Recuperat el 15 de Gener de 2020 de <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1699#!tabs-tabla>

- Kowalski, K. (1987). Perinatal loss and bereavement. En: Sonstegard, L., Kowalski, K., Jennings, B. Crisis and illness in childbearing. *Women's Health*, 3, (25-42). doi: 10.1002/tera.1420400115
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. NCal York: MacMillan.
- Lafuente, M. (1996). Familia y muerte. En: Millan, M. (dir.). *Psicología de la familia. Un enfoque evolutivo y sistémico* (p. 259-288). Valencia: Promolibro.
- Lazarus, R. (1986). Coping Strategies. En: Mc Hugh, S. i Vallis, TM (eds.). *Illness behavior. A multidisciplinary model* (p.303-308). New York: Plenum Press. Recuperat de <https://psycnet.apa.org/record/1987-97499-000>
- Lazarus, R. i Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- López-García-de Madinabeitia A. (2013). Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 31(109), 53–70.
- Martos I, Sanchez M, Chaxiraxi A. Atención a la pérdida perinatal, una asignatura pendiente para enfermería. *Rev Paraninfo Digit*. [Internet]. 2015 [citad 2 novembre 2016];22(1):1-6. Recuperat de <http://www.index-f.com/para/n22/082.php>
- Martos-López, I. M., Sánchez-Guisado, M., i Guedes-Arbelo, C. (2016). Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado. *Revista Espanyola de Comunicación en Salud*, 7(2), 300-309. Doi: 10.20318/recs.2016.3454
- Mendoza-Luján, J. (2014). Impacto social de la muerte perinatal: aspectos antropológicos. *Perinatología y reproducción humana*, 28(2), 108-113.
- Meza, E., García, S., Torres, A., Castillo, L., Suari, S., i Martínez, B. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1), (28.31). Recuperat de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47316103007>
- Montouri, M. (s.d). *El duelo visto desde la Teoría del Apego*. Recuperat de: <https://apra.org.ar/pdf/mayo/montouri.pdf>
- Moos, R., Moos, B. (2002). The Family Relationships Index (FRI). En: Kissane, D., Bloch S, (edit.) *Family Focused Grief Therapy* (p 202-203). Buckingham: Open University Press .
- Newman, I., Smith, P., Griffith, D., Maloney, P., Dambrot, F., Sterns, H., Daubney, J. (1983). The alpha-omega scale: the measurement of stress situation coping styles. *The Ohio Journal of Science*, 83(5), (241-246). Recuperat de

<https://www.researchgate.net/publication/237748398> The Alpha-Omega Scale The Measurement of Stress Situation Coping Styles

- Nuzum, D., Meaney, S., O'Donoghue, K. (2014). The impact of stillbirth on consultant obstetrician gynaecologists: a qualitative study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 121(8), 1020–1028. Doi: 10.1111/1471-0528.12695
- O'Brien, B., Harris, I., Beckman, T., Reed, D., i Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), 1245-1251. Doi 10.1097/ACM.0000000000000388
- Observatori de Bioètica i Dret. (s.d.). El Informe Belmont: Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. Recuperat de <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- Páez, D. (1993). Introducción: Salud, Expresión y Represión Social de las Emociones. En: D. Páez (Editor) *Salud, Expresión y Represión Social de las Emociones* (p.9-56). Valencia: Promolibro. Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=471051>
- Pérez P., Hernangómez L i Santiago C. (2000).Terapia de grupo en duelo complicado: un enfoque desde los factores de cambio positivo. *Psiquiatría Pública*, 12(3), 273-284. Recuperat de <http://www.pauperez.cat/wp-content/uploads/2017/11/terapia-de-grupo-en-duelo-complicado.pdf>
- Perona-Garcelán, S. i Galán-Rodríguez, A. (2001). Estrategias de afrontamiento en psicóticos: concepción y resultados de la investigación. *Clínica y Salud*, 12(2), 145-178. Recuperat de <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180618308001.pdf>
- Ramírez, M., i León, E. (2012). Relación de los mecanismos de defensa y los trastornos de la personalidad. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 11(3), 73-81. Recuperat de <http://www.medigraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2012/rp123e.pdf>
- Rengel Díaz, C. (2010). Plan de cuidados de enfermería para la pérdida perinatal y el aborto. *Enfermería Docente*, 91, 37-43. Recuperat de <http://www.index-f.com/edocente/91pdf/91-037.pdf>
- Rizzollatti, G. i Sinigaglia, C. (2006). *Las neuronas espejo. Los mecanismos de la empatía emocional*. Barcelona: Paidós.
- Samper, P., Mestre, V., i Tur, A. (2012). Los mecanismos de afrontamiento como predictores de la disposición prosocial Coping mechanisms like predictors of prosocial disposition. *Revista de Psicología y Educación*, 7(2), 31-47. Recuperat de <http://www.revistadepsicologiayeducacion.es/pdf/77.pdf>

- Santos, P., Yáñez, A. i Al-Adib, M. (2015). Atención especial a la pérdida y el duelo durante la maternidad. Madrid: Servicio Extremeño de Salud. Recuperat de https://www.elpartoestrueno.es/sites/default/files/recursos/documents/libro_duelo_ses.pdf
- Schmidt, J. (2007). Validación de la versión española de la escala Bugen de afrontamiento de la muerte y del perfil revisado de actitudes hacia la muerte. Estudio comparativo y transcultural. Puesta en marcha de un programa de intervención. (Tesis doctoral). Universidad de Granada.
- Teodoro, I., Rebouças, V., Throne, S., Souza, N., Brito, L. i Alencar, A. (2018). Interpretive description: a viable methodological approach for nursing research. *Escola Anna Nery*, 22(3), 1-8. Doi: 10.1590/2177-9465-ean-2017-0287
- Thorne, S., Kirkham, S. R., i O'Flynn-Magee, K. (2004). The Analytic Challenge in Interpretive Description. *International Journal of Qualitative Methods*, 3(1), 1-11. Doi: 10.1177/160940690400300101
- Treball auto publicat (PDF). Aguilá, A. (s.d.). Duelo y Depresión. Recuperat de <https://www.suicidologia.com.mx/wp-content/uploads/2014/04/duelo-y-depresion.pdf>
- Treball auto publicats a internet (PDF). Chóliz, M. (2005). Psicología de la emoción: el proceso emocional Recuperat el 3 de Gener de 2020 de <https://www.uv.es/choliz/Proceso%20emocional.pdf>
- Valdés M. i Blanco A. (1997). Reacciones de la familia después de la muerte de un ser querido: duelo, aflicción y luto. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines*, 25(3), 190-196.
- Verdú, C., i Mateo, M. (2006). Tècniques qualitatives d'investigació. Departament de Sociologia II, Psicologia, Comunicació i Didàctica. Universitat d'Alacant. Recuperat de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/2466/1/Num77_Tecnicas_qualitatives.pdf
- Worden, W. (1997). El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona. Ed. Paidós.
- World Health Organization. (2006). Neonatal and perinatal mortality : country, regional and global estimates. World Health Organization. Recuperat de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43444>



Annexos

Annex 1: Taula de simptomatologia i signes típics del dol

Sentiments	Tristesa, ràbia, irritabilitat, culpa, ansietat, remordiments, soledat, cansament, indefensió, xoc, anhel, anestèsia emocional, alleugeriments, etc.
Sensacions físiques	Molèsties gàstriques, dificultats per deglutir o articular, opressió precordial, hipersensibilitat al soroll, despersonalització, sensació de falta d'aire, debilitat muscular, pèrdua d'energia, sequedat de boca, trastorns del son.
Cognicions	Incredulitat, confusió, dificultats de memòria, atenció i concentració, preocupacions, rumiacions, pensaments obsessius, pensaments intrusius amb imatges del mort.
Alteracions perceptives	Il·lusions, al·lucinacions auditives i visuals i fenòmens de presència.
Conductes	Hiperfàgia o anorèxia, alteracions del son, somnis amb el difunt o la situació, distraccions, abandó de les relacions socials, evitació de llocs i situacions, conducta de recerca o trucada del difunt, sospirs, inquietud, hiperalerta, plor, visita de lloc significatiu, hipoteca amb objectes del difunt.

Taula extreta de: Fernández i Rodríguez (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): el proceso de duelo.

Annex 2: Taula resum d'aportacions de diversos autors i les fases del dol











Autor	Fases del dol
Liderman (1944)	<ul style="list-style-type: none"> • Shock/Incredulitat • Aflicció aguda • Represa de la vida diària. • Disminució de la imatge d'estar mort.
Engel (1954)	<ul style="list-style-type: none"> • Negació • Acceptació creixent • Restitució
Kübler-Ross (1969)	<ul style="list-style-type: none"> • Negació • Depressió • Còlera • Reajustament • Acceptació
Horowitz (1976)	<ul style="list-style-type: none"> • Protesta/Negació • Intrusió • Obtenció • Conclusió
Shuls (1978)	<ul style="list-style-type: none"> • Inicial • Intermedi • Recuperació
Davidson (1979)	<ul style="list-style-type: none"> • Shock i inestabilitat • Recerca i ansietat • Desorientació • Reorganització
Bowlby (1980)	<ul style="list-style-type: none"> • Embotiment • Anhel i recerca • Desorganització i desesperança • Reorganització
Baker (1982)	<ul style="list-style-type: none"> • Ansietat • Ira i culpabilitat • Desorientació
Martochino (1985)	<ul style="list-style-type: none"> • Shock i incredulitat • Anhel i protesta • Angoixa, desorganització i desesperació • Identificació • Reorganització i restitució
Deslisle-Lapierre (1984)	<ul style="list-style-type: none"> • Crítica • Crucial • Creadora
Clarck (1984)	<ul style="list-style-type: none"> • Negació i incredulitat • Acceptació creixent de la pèrdua • Restitució i recuperació
Dángelico (1990)	<ul style="list-style-type: none"> • Shock/negació • Ira/depressió • Comprensió/acceptació

Taula extreta de: Aguila, A. (s.d.). Duelo y Depressión.

Annex 3: Taula de significants de categories

Categoria	Código	Descripción
Emocions	Ràbia	
Emocions	Tristesa	
Emocions	Por	
Pensaments	Bloqueig	Fenòmen que no permet avançar cognitivament.
Pensaments	Distracció de l'atenció	Verbalització d'intentar pensar en coses que et treuen de la situació
Pensaments	Indagació autocomportament professional	Pensaments reflexius o bé dubtes en quan a la pràctica realitzada envers al malalt.
Pensaments	Defensa condicional	Pensaments que ens aparten del dolor real tant fort que es viu en un cas de M.P.. Comparació amb la vida de la personal.
Pensaments	Indefensió	Impossibilitat d'actuar o poder fer més coses
Pensaments	Indagació competències professionals alienes	Pensaments en relació a l'actuació dels altres companys d'equip. Poden ser bons o dolents.
Pensaments	Culpa	Sentiments de culpa envers a la situació.
Pensaments	Empatia	Comprensió de les emocions i sentiments
Pensaments	Preparació	Acció previa a l'actuació. Indagació per a l'actuació posterior.
Percepció	Impotència	
Percepció	Inseguratat	
Percepció	Temps	Descripció del pas del temps en la situació.
Corporal	Escalfred	
Corporal	Tremolor	
Conducta	Hiperactivitat	Activitats intencionades i amb finalitat ràpides. En poc temps molta activitat.
Conducta	Comunicació	Com comuniquen en el moment de la M.P.
Conducta	Expressió	Expressió posterior de les emocions que anteriorment no s'han expressat. L'expressió ha de ser degudament canalitzada.
Conducta	Cansament	
Conducta	Contacte físic	Hi ha contacte físic amb la família.
Conducta	Irritabilitat	Conducta irritable envers els altres.
Conducta	Marxar	Canvi de context. Sortim del lloc dels fets.
Conducta	Protecció	Conductes de sobreatenció, prioritat envers la família sense presència de risc vital imminent de les persones en vida.
Suport	Professional extern	Ajuda professional externa
Suport	Equip de treball	Suport entre el companys d'equip.
Suport	Familiar	Suport amb la pròpia família
Atenció posterior	Prudència	Actuació professional amb cautela per poder evitar novament els errors comesos amb anterioritat.
Atenció posterior	Víncle terapèutic	Relació professional-pacient.
Formació	Formació no reglada	Formació específica puntual: xerrades, cursos, seminaris, etc.
Formació	Experiència	
Afrontament "in situ"	Hàbits de consum	Consum de substàncies tòxiques i no tòxiques. Poden substàncies líquides o sòlides.
Afrontament "in situ"	Soledat	Necessitat d'estar sol.
Afrontament "in situ"	Tècniques ràpides	Tècniques de relaxació ràpides com la respiració, tancar el puny, contra fins a 10, etc.
Tècniques de desconexió	Activitats Familiars	Gaudir de la família a través d'activitats físiques o no físiques. Parlem de relacions intrafamiliars.
Tècniques de desconexió	Activitat física	Activitats que suposin un esforç físic. Individuals o amb amics, però mai amb família.
Tècniques de desconexió	Relaxació	Activitats de relaxació, dissenyades amb aquesta finalitat i que no suposin una esforç físic i sense la implicació de la família.

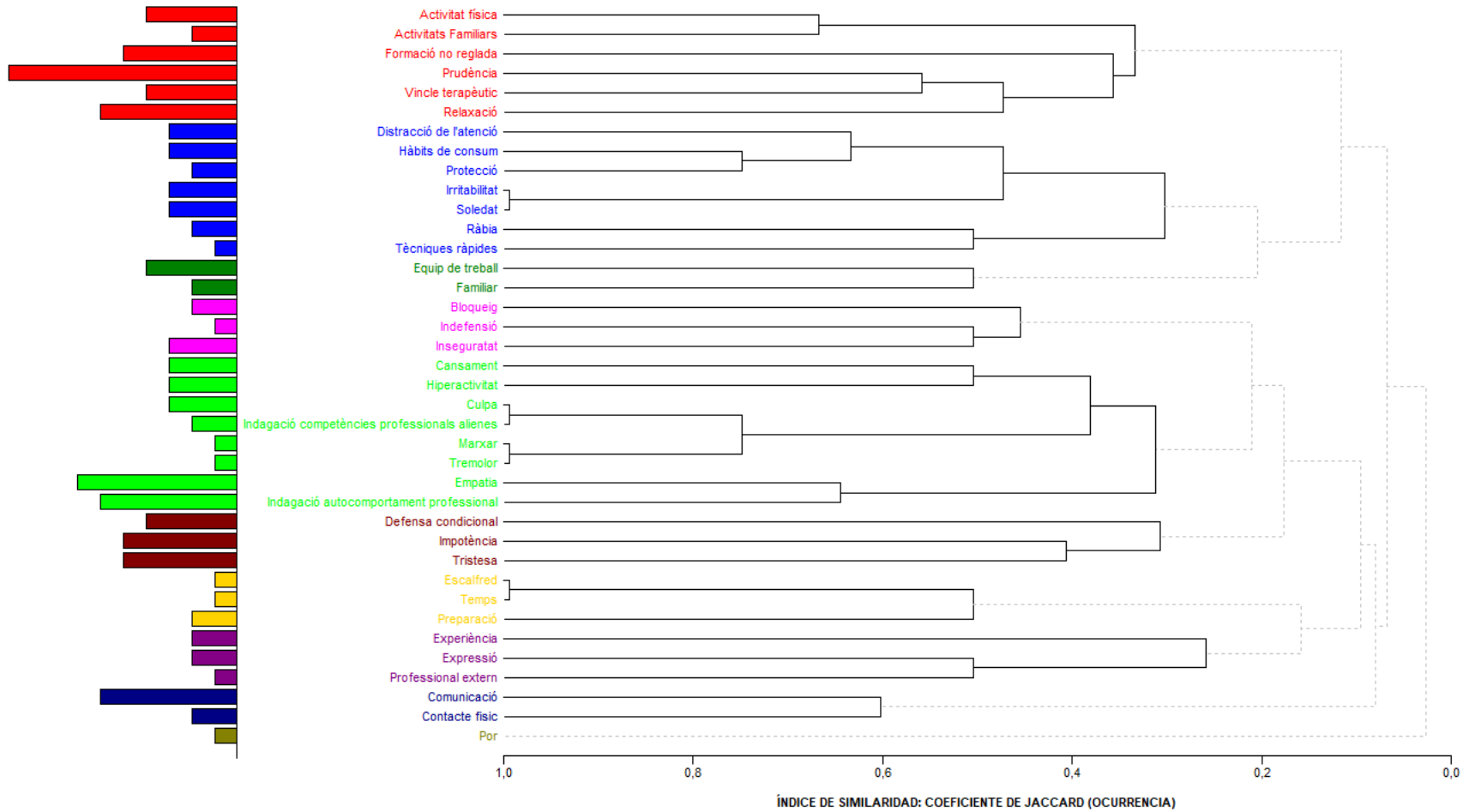
Annex 4: Taula de categories i freqüències

	Cuenta	% Códigos	Casos	% CASOS
 Emocions				
• Ràbia	2	1,7%	2	33,3%
• Tristesa	5	4,2%	4	66,7%
• Por	1	0,8%	1	16,7%
 Pensaments				
• Bloqueig	2	1,7%	2	33,3%
• Distracció de l'atenció	3	2,5%	3	50,0%
• Indagació autocomportament professional	6	5,1%	4	66,7%
• Defensa condicional	4	3,4%	4	66,7%
• Indefensió	1	0,8%	1	16,7%
• Indagació competències professionals alienes	2	1,7%	2	33,3%
• Culpa	3	2,5%	2	33,3%
• Empatia	7	5,9%	4	66,7%
• Preparació	2	1,7%	2	33,3%
 Percepció				
• Impotència	5	4,2%	4	66,7%
• Inseguratat	3	2,5%	2	33,3%
• Temps	1	0,8%	1	16,7%
 Corporal				
• Escalfred	1	0,8%	1	16,7%
• Tremolor	1	0,8%	1	16,7%
 Conducta				
• Hiperactivitat	3	2,5%	3	50,0%
• Comunicació	6	5,1%	4	66,7%
• Expressió	2	1,7%	2	33,3%
• Cansament	3	2,5%	3	50,0%
• Contacte físic	2	1,7%	1	16,7%
• Irritabilitat	3	2,5%	3	50,0%
• Marxar	1	0,8%	1	16,7%
• Protecció	2	1,7%	2	33,3%
 Suport				
• Professional extern	1	0,8%	1	16,7%
• Equip de treball	4	3,4%	4	66,7%
• Familiar	2	1,7%	2	33,3%
 Atenció posterior				
• Prudència	10	8,5%	5	83,3%
• Vinde terapèutic	4	3,4%	2	33,3%
 Formació				
• Formació no reglada	5	4,2%	5	83,3%
• Experiència	2	1,7%	2	33,3%
 Afrontament "in situ"				
• Hàbits de consum	3	2,5%	1	16,7%
• Soledat	3	2,5%	2	33,3%
• Tècniques ràpides	1	0,8%	1	16,7%
 Tècniques de desconnexió				
• Activitats Familiars	2	1,7%	1	16,7%
• Activitat física	4	3,4%	3	50,0%
• Relaxació	6	5,1%	4	66,7%

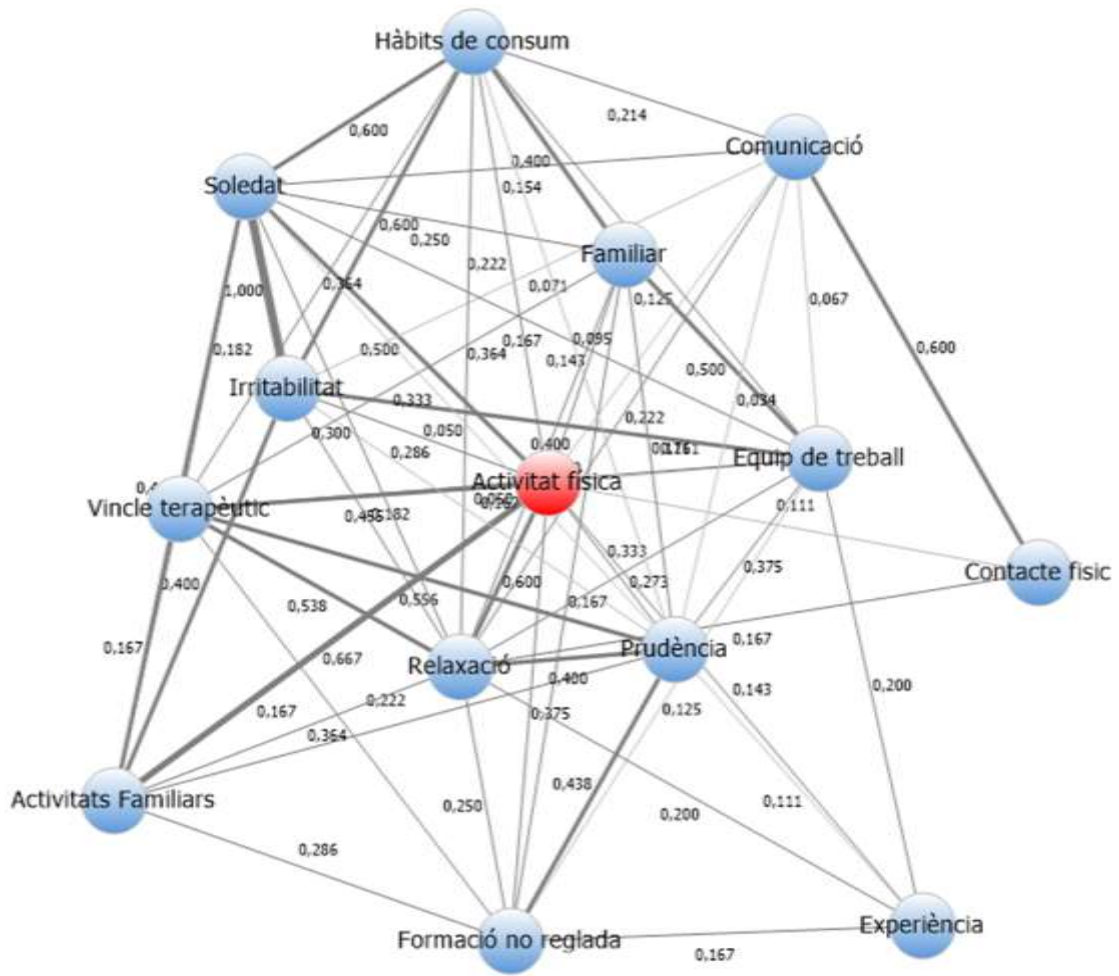
Annex 5: Matriu de dades per co-ocurrència de categories

	Activitat física	Activitats Familiars	Bloqueig	Cansament	Comunicació	Contacte físic	Culpa	Defensa condicional	Distracció de l'atenció	Empatia	Equip de treball	Escalfred	Experiència	Expressió	Familiar	Formació no reglada	Hàbits de consum	Hiperactivitat	Impotència	Indagació autocomportament professional	Indagació competències professionals alienes	Indefensió	Inseguratat	Irritabilitat	Marxar	Por	Preparació	Professional extern	Protecció	Prudència	Ràbia	Relaxació	Soledat	Tècniques ràpides	Temps	Tremolor	Tristesia	Vincle terapèutic		
Activitat física	6	4	0	0	2	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	3	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	6	0	6	3	0	0	0	0	0	5	
Activitats Familiars	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	4	0	2	2	0	0	0	0	0	2	
Bloqueig	0	0	2	0	0	0	1	1	1	4	0	1	0	1	0	0	0	2	2	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
Cansament	0	0	0	3	4	1	2	1	0	2	0	0	0	1	0	0	1	2	2	4	2	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	3	0	0		
Comunicació	2	0	0	4	12	3	1	1	1	2	1	0	0	1	0	0	3	1	1	2	2	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	4	2	1	0	0	5	0		
Contacte físic	1	0	0	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
Culpa	0	0	1	2	1	0	3	2	0	4	1	0	0	0	0	0	0	2	1	4	3	1	3	1	2	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	2	1	0		
Defensa condicional	0	0	1	1	1	0	2	4	1	3	1	0	0	0	0	0	2	2	3	1	1	2	2	0	1	0	0	1	2	1	1	1	0	0	0	3	0	0		
Distracció de l'atenció	0	0	1	0	1	0	0	1	3	3	2	1	0	1	0	0	3	1	1	2	1	0	0	1	0	1	1	2	1	0	2	1	1	0	0	1	0	1	0	
Empatia	0	0	4	2	2	0	4	3	3	13	1	2	0	2	0	0	3	3	9	2	2	6	0	2	0	4	1	0	1	0	0	0	0	2	2	1	0	2	1	0
Equip de treball	1	0	0	0	1	0	1	1	2	1	4	0	1	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	2	6	0	3	1	0	0	0	0	2	0	
Escalfred	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	
Experiència	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Expressió	0	0	1	1	1	0	0	0	1	2	1	1	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	2	0	0	
Familiar	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	2	1	0	0	0	0	3	0	
Formació no reglada	3	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	3	0	0	0	0	0	0	4	
Hàbits de consum	2	0	0	1	3	0	0	0	3	0	2	0	0	0	2	0	5	1	1	1	1	0	0	3	0	0	0	0	3	2	1	4	3	1	0	0	0	1	4	
Hiperactivitat	0	0	0	2	1	0	2	2	1	3	0	0	0	0	0	0	1	3	2	5	2	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	2	0	0	
Impotència	0	0	2	2	1	0	1	2	1	3	0	2	0	1	0	0	1	2	7	5	1	1	0	1	0	0	2	0	1	0	3	0	1	1	2	0	4	0	0	
Indagació autocomportament professional	0	0	2	4	2	0	4	3	2	9	0	1	0	1	0	0	1	5	5	10	4	2	4	1	2	0	3	0	1	0	3	0	1	1	1	2	3	0	1	0
Indagació competències professionals alienes	0	0	0	2	2	0	3	1	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2	1	4	2	1	1	2	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	
Indefensió	0	0	1	1	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	1	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
Inseguratat	0	0	2	1	1	0	3	2	0	6	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	1	2	5	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Irritabilitat	2	2	0	1	1	0	1	2	1	0	2	0	0	0	0	0	3	1	1	1	2	0	0	3	1	0	0	0	1	1	1	2	3	1	0	1	2	0	0	
Marxar	0	0	0	1	1	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
Por	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Preparació	0	0	1	1	1	0	1	0	1	4	0	1	0	1	0	0	0	1	2	3	1	0	1	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	
Professional extern	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Protecció	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	2	0	0	0	1	0	3	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	2	1	1	0	2	1	0	0	1	0		
Prudència	6	4	0	0	1	0	2	2	1	6	0	2	1	3	7	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	1	18	0	8	1	0	0	0	0	10	0	
Ràbia	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	3	3	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	2	0	1	1	1	0	0	0	1	0	
Relaxació	6	2	0	0	4	2	1	0	0	3	0	2	0	2	3	4	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	8	0	10	3	0	0	0	0	7	0	
Soledat	3	2	0	1	2	0	0	1	2	0	1	0	0	0	1	0	3	1	1	1	1	0	0	3	0	0	0	2	1	1	3	3	1	0	0	0	2	2	0	
Tècniques ràpides	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0		
Temps	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	1	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
Tremolor	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
Tristesia	0	0	0	3	5	1	1	3	1	1	0	0	0	2	0	0	1	2	4	3	1	1	0	2	0	1	0	0	1	0	1	0	2	1	0	0	7	0	0	
Vincle terapèutic	5	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	3	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	7	2	0	0	0	0	0	10	0	

Annex 7: Dendrograma per ocurrencia de categories

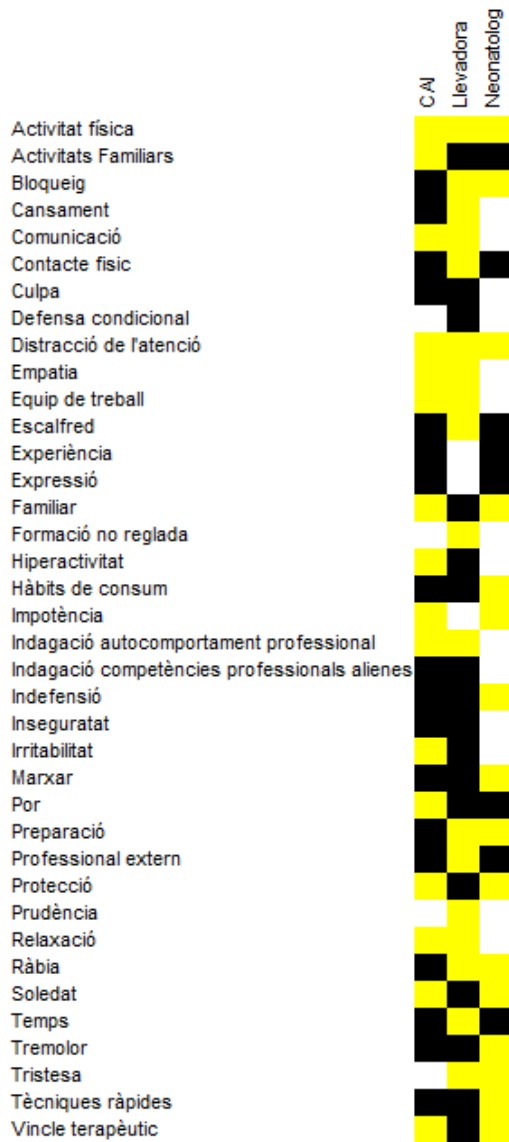


Annex 8: Gràfic d'anàlisi de l'enllaç per categories

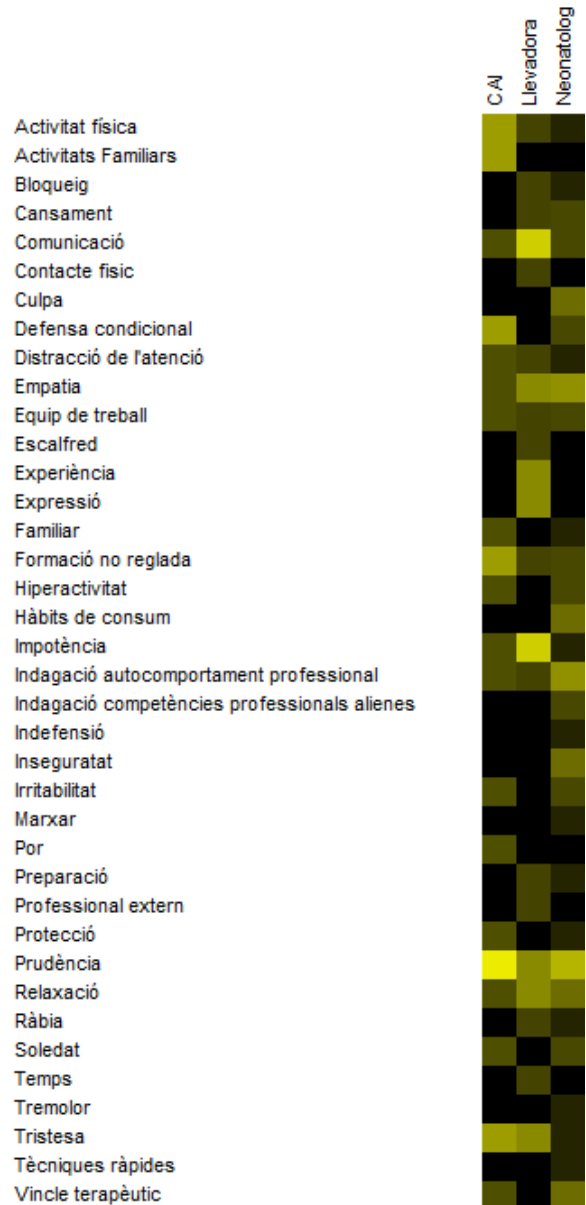


Annex 9: Gràfic categòric amb la variable “perfil professional”

Gràfica 9.1: Per ocurrència



Gràfica 9.2: Per freqüència



Annex 10: Full identificació estudiant

Universitat de Girona
Facultat d'Educació i Psicologia

SARA MALO CERRATO, coordinadora dels estudis de Psicologia de la Facultat d'Educació i Psicologia de la Universitat de Girona

FAIG CONSTAR:

Que Arnau Ayats Estarriola, amb DNI núm. 41589572Y, estudiant del Grau en psicologia d'aquesta universitat, té previst realitzar el Treball Final de Grau d'aquesta titulació al Hospital Universitari Josep Trueta sobre mort perinatal tutoritzat pel professor Marc Pérez.


Universitat de Girona
Facultat d'Educació i Psicologia
Girona, 6 de febrer de 2020

Plaça Sant Domènec, 9
17004 Girona
tel. +34 972 41 83 00
www.udg.edu/fep
@UdGEducacioPsic

Annex 11: Full informatiu i consentiment Participatiu



Vostè entra dins els criteris per participar en el meu estudi qualitatiu pel **Treball de Final de Grau de Psicologia a la Universitat de Girona**, el qual porta per títol: **“Afrontament i autocura professional en la mort perinatal: un estudi qualitatiu”**. Per un tema d’acotació i planificació de l’assignatura, aquest es delimita exclusivament a la planta de ginecologia i obstetrícia de l’Hospital Universitari Josep Trueta de Girona.

LLEGEIXI la següent informació per comprendre perfectament l’objectiu d’aquest estudi i signar en cas que estigui completament d’acord en participar-hi.

L’objectiu principal d’aquest treball es indagar i explorar sobre les formes d’afrontament psicològic i de gestió emocional del personal sanitari davant la mort perinatal de l’Hospital Josep Trueta, que a la vegada es defineix en tres sub-objectius: (i) indagar sobre els mecanismes i pràctiques d’afrontament i d’autocura dels professionals sanitaris davant la mort perinatal, (ii) indagar sobre els recursos disponibles i utilitzats pels professionals sanitaris que atenen de manera directa la mort perinatal, i (iii) indagar les debilitats dels professionals durant l’acompanyament d’aquest.

Seguint amb la dinàmica de l’estudi, es presentaran una sèrie de preguntes; per aquest motiu és necessari saber que aquestes es realitzaran sustentades amb els següents principis:

- La col·laboració amb aquest Treball de Final de Grau és **completament voluntària** i, per tant, **no tindrà remuneració econòmica**.
- Si en un futur canvia d’opinió, hi haurà el dret a **deixar l’estudi** sense cap penalització, així com **sol·licitar la destrucció** de la informació generada durant el procés.
- Aquest treball va adreçat a tots aquells professionals que decideixin comunicar-se en català o castellà, treballin a la planta de ginecologia i obstetrícia de l’Hospital Universitari Josep Trueta de Girona i hagin viscut amb anterioritat alguna experiència de mort perinatal **específicament a l’àmbit professional i en aquesta mateixa unitat**.
- Durant la recollida de dades, la tècnica emprada serà **l’entrevista enregistrada en suport auditiu**. Posteriorment, i pel tractament de les dades, es procedirà a la seva transcripció.
- Es garanteix la **confidencialitat**, preservant sempre l’**anonimat** de les dades, tal i com diu la legislació vigent: Ley Orgánica de Protección de

Datos (LOPD) 15/ 1999, de 13 de diciembre i Ley 41/ 2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

El període total de realització d'aquest treball és de 5 mesos.

Si necessita més informació sobre aquest estudi, pot contactar amb: Arnau Ayats Estarriola a través del 606817725 o bé a.ayats@hotmail.com.

Jo , _____ amb DNI _____
_____ **accepto:**

- He llegit i comprès la informació anterior i no hi ha cabuda al dubte.**
- He rebut prou informació sobre l'estudi.**
- He pogut fer preguntes sobre l'estudi.**
- Comprenc que la meva participació és voluntària.**
- Accepto participar en aquest estudi d'investigació i rebre una còpia firmada i datada d'aquest consentiment.**
- Accepto l'enregistrament amb suport auditiu de l'entrevista i, posteriorment, la seva transcripció.**
- Comprenc que puc retirar-me de l'estudi i sol·licitar la destrucció de la meva mostra sense donar explicacions i quan vulgui.**
- Dono la meva conformitat per participar en l'estudi i també per a l'accés i la utilització de les meves dades en les condicions que es detallen en el full d'informació al participant.**

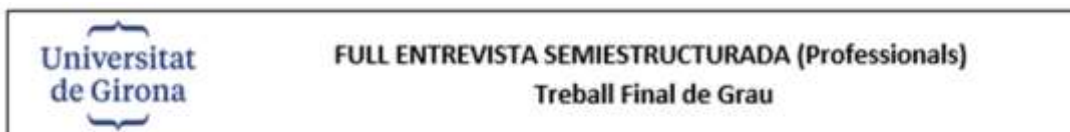
Data i signatura

Nom de l'estudiant: Arnau Ayats Estarriola

Data:

Signatura:

Annex 12: Entrevista Semiestructurada



Introducció i Benvinguda

Bon dia, primer de tot donar-te les gràcies per poder trobar un espai a l'agenda per dedicar-me un temps i poder col·laborar en el meu Treball de Final de Grau. Vull remarcar que acabeu de firmar un document on em doneu la vostre conformitat en la gravació d'aquesta entrevista i el seu posterior tractament de les dades. Arribats en aquest punt us explico que realitzarem en aquesta sessió. A continuació us presentaré una sèrie de preguntes, totes són obertes i podeu decidir si respondre o no. La idea es que pugueu expressar tot allò que vulgueu i de la manera que preferiu.

Preguntes Introductòries

- Quina titulació acadèmica tens?
- Quants anys portes treballant en aquest lloc de treball? I al Trueta?
- Quines funcions desenvolupes en relació al part o en tot el procés de gestació?
- Quines funcions tens en relació a la mort perinatal?

Preguntes de profundització

- Quan va ser l'últim cas de mort perinatal que vas atendre?
- Com et sents davant de casos de mort perinatal?
 - Quins pensaments et venen al cap quan et trobes davant aquests casos?
 - Quins sentiments i emocions notes en el teu cos?
 - Quines conductes podries dir-me que desenvolupes en aquests casos?
- Com afrontes aquestes situacions? (Amb quins recursos comptes, quins utilitzes, coses que realitzis habitualment per desconnectar, etc...).
- Com creus que t'afecta en la praxis diària posterior.

Preguntes de tancament

- Creus que comptes amb els suficients recursos per afrontar, personalment i professionalment, aquestes situacions?

- Creus que en la formació acadèmica presenta mancances formatives a nivell de comunicació amb el pacient?
 - Què necessita aquest sistema de formació professional per crear un professional amb més competències de tracte humà?

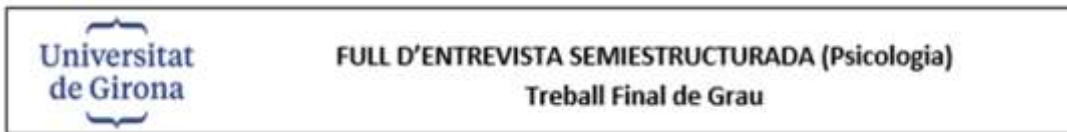
Tancament

Amb aquestes preguntes acabaria la meva entrevista, no se si tens alguna cosa a dir-me o que creguis interessant que sàpiga.

Si no és així, moltes gràcies per la teva col·laboració, ha estat una aportació molt bona per la labor que estic fent.

Moltes gràcies per la seva col·laboració.

Annex 13: Entrevista semiestructurada Psicòloga



Introducció i Benvinguda

Bon dia, primer de tot donar-te les gràcies per poder trobar un espai a l'agenda per dedicar-me un temps i poder col·laborar en el meu Treball de Final de Grau. Vull remarcar que acabeu de firmar un document on em doneu la vostra conformitat en la gravació d'aquesta entrevista i el seu posterior tractament de les dades. Arribats en aquest punt us explico que realitzarem en aquesta sessió. A continuació us presentaré una sèrie de preguntes, totes són obertes i podeu decidir si respondre o no. La idea es que pugueu expressar tot allò que vulgueu i de la manera que preferiu.

Preguntes Introductòries

- Quina titulació acadèmica tens?
- Quants anys portes treballant en aquest tema?
- Em podries presentar el servei?
 - Amb quins professionals compte?
 - Quants professionals atenen a casos de mort perinatal?
 - Existeix un protocol d'actuació en aquests casos?
 - Aquest protocol contempla la psicologia? De quina manera?
- Amb quins recursos compte el trueta per atendre aquests casos?
- Tenim xifres a de mort perinatal al Trueta?

Preguntes de profundització

- Quines funcions tens en relació a la mort perinatal? ,és a dir, quines tasques elabores en aquells casos confirmats de mort perinatal? O en quin moment entres a actuar.
- Com afecta aquesta mort en la família nuclear? I en l'extensa?
- Quines tècniques psicològiques utilitzes o són més utilitzades?
- Com treballes amb les famílies que han passat o estan passant per aquest moment?

I amb els professionals.....

- Com creus afecta aquesta mort en els sanitaris? Hi ha diferències?

- Treballes amb ells?
- De quina manera?
- Quins recursos s'ofereixen en els professionals davant aquests casos?

I a vostè....

- Com t'afecta en el dia a dia aquests casos?
- Quins recursos utilitzes?
- Penses que com a psicòloga tens un paper important en aquest tema?

Altres preguntar per a valorar

- Com et sents davant de casos de mort perinatal?
 - Quins pensaments et venen al cap quan et trobes davant aquests casos?
 - Quins sentiments i emocions notes en el teu cos?
 - Quines conductes podries dir-me que desenvolupes en aquests casos?
- Com afrontes aquestes situacions? (Amb quins recursos comptes, quins utilitzes, coses que realitzis habitualment per desconnectar, etc...)
- Com creus que t'afecta en la praxi diària posterior?

Preguntes de tancament

Altres preguntar per a valorar

- Creus que comptes amb els suficients recursos per afrontar, personalment i professionalment, aquestes situacions?
- Creus que en la formació acadèmica presenta mancances formatives a nivell de comunicació amb el pacient?
 - Què necessita aquest sistema de formació professional per crear un professional amb més competències de tracte humà?

Tancament

Amb aquestes preguntes acabaria la meva entrevista, no se si tens alguna cosa a dir-me o que creguis interessant que sàpiga.

Si no és així, moltes gràcies per la teva col·laboració, ha estat una aportació molt bona per la labor que estic fent.

Moltes gràcies per la seva col·laboració!

Annex 14: Missatge del correu electrònic

Bon dia,

Em dic Arnau Ayats Estarriola estic al quart curs de Psicologia a la Universitat de Girona i aquest any em toca el Treball de Final de Grau. Per aquest motiu em poso amb contacte amb vostè. Li explico. El tema que he decidit treballar és: “Afrontament i autocura professional en la mort perinatal: un estudi qualitatiu”.

El seu objectiu principal és indagar i explorar sobre les formes d'afrontament psicològic i de gestió emocional del personal sanitari davant la mort perinatal de l'Hospital Josep Trueta, que a la vegada, aquest es defineix en tres objectius específics: (i) indagar sobre els mecanismes i pràctiques d'afrontament i d'autocura dels professionals davant el dol perinatal, (ii) indagar els recursos disponibles i utilitzats pels professionals sanitaris que atenen de manera directa la mort perinatal, i (iii) indagar les debilitats dels professionals durant l'acompanyament d'aquest.

Per aquest motiu i a causa de la importància del pes d'aquest treball, m'agradaria comptar amb la seva participació tot cedint-me un cert temps en la seva agenda a través de les respostes de les preguntes que trobarà fent clic en el següent enllaç: <https://forms.gle/jWZ6iHPAxWnevBqB6>

En aquest mateix correu adjunto un document facilitat per la Facultat d'Educació i Psicologia en què m'acredita com estudiant. Tanmateix i per a qualsevol dubte resto a la seva disposició al correu a.ayats@hotmail.com o bé al telèfon 606817725.

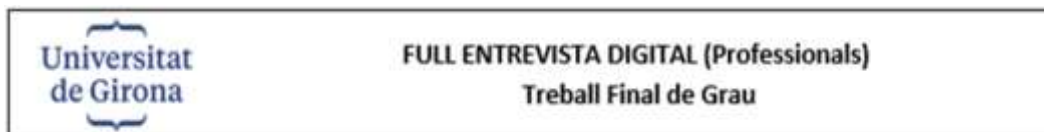
Per endavant i esperant la seva participació, us agraixo aquest temps que em dediqueu.

Moltes gràcies.

Atentament,

Arnau Ayats Estarriola

Annex 15: Entrevista digital



Introducció i Benvinguda

Benvolgut/da, primer de tot donar-li les gràcies per poder trobar-me un espai a l'agenda per dedicar-me un temps i poder col·laborar en el meu Treball de Final de Grau.

Vostè entra dins els criteris per participar en el meu estudi qualitatiu pel **Treball de Final de Grau de Psicologia a la Universitat de Girona**, el qual porta per títol: **“Afrontament i autocura professional en la mort perinatal: un estudi qualitatiu”**. Per un tema d'acotació i planificació de l'assignatura, aquest es delimita exclusivament a la planta de ginecologia i obstetrícia de l'Hospital Universitari Josep Trueta de Girona. Aquest treball va adreçat a tots aquells professionals que decideixin comunicar-se en català o castellà, treballin a la unitat de prematurs de l'Hospital Universitari Josep Trueta de Girona i hagin viscut amb anterioritat alguna experiència de mort perinatal específicament a l'àmbit professional i en aquesta mateixa unitat.

A continuació li presento vuit qüestions relacionades amb la seva praxis diària en relació a la mort perinatal. Desitjaria que em respongués amb total sinceritat possible. A més li recordo que aquest document és totalment anònim i, per tant, li agrairia que em desenvolupés la seva resposta per obtenir la millor informació possible. Tanmateix les seves respostes estan subjectes a la confidencialitat, tal i com diu la legislació vigent: Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD) 15/ 1999, de 13 de diciembre i Ley 41/ 2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Amb la seva resposta i posterior enviament d'aquest document i accepta participar en aquest estudi d'investigació. Si en un futur canvia d'opinió, hi haurà el dret a deixar l'estudi sense cap penalització, així com sol·licitar la destrucció de la informació generada durant el procés.

Perfil Professional – Per començar defineixi'm qui és vostè.

Gènere:

Edat:

- Quina titulació acadèmica compta?
- Quines funcions desenvolupa en relació a un part?
- Quants anys porta treballant al trueta?

La Mort Perinatal (M.P.) – La relació professional i la mort perinatal.

- Com es sent davant de casos de mort perinatal? (Quines emocions, sentiments, sensacions corporals té en el cos davant la M.P.)

- Quins pensaments li venen al cap quan es trobes davant aquests casos?
- Quins sentiments i emocions nota en el seu cos?
- Quines conductes sol realitzar davant aquests casos?

Posterior a la Mort Perinatal – Després d’haver vivenciat aquesta situació...

- Com afronta aquestes situacions? (Amb quins recursos compta, quins utilitza, coses que realitzi habitualment per desconnectar, etc.)
- Com creu que li afecta en la praxi diària posterior la M.P?
- Té alguna formació en mort perinatal?

Per acabar...

Observacions i suggeriments

Moltes gràcies per la seva col·laboració!

Versió original del formulari de Google utilitzat en aquest estudi disponible a:

<https://forms.gle/HTApR8jPsSZTB9267>



Sense batec. Culpa. Mans buides.