

ATENCIÓ A LA MORT PERINATAL I EL DOL PATOLÒGIC

REVISIÓ DE LA LITERATURA

María Martín Sánchez
mmartinsa@edu.tecnocampus.cat
Director: Alba Sanvicente Prados
Treball Final de Grau
Curs 2021/2022

ÍNDEX

1.	Resum/Abstract	1
2.	Introducció	3
2.1.	Justificació	7
3.	Objectius	8
4.	Metodologia	9
4.1.	Població/Mostra d'estudi	9
4.2.	Planificació de l'estratègia de cerca	9
4.3.	Criteris de selecció d'articles	10
4.4.	Gestor de referències	10
4.5.	Variables d'estudi	10
4.5.1.	Variables de descripció	10
4.5.2.	Variables de contingut	11
4.6.	Anàlisi de les dades obtingudes	12
4.7.	Limitacions i aspectes ètics en la cerca	12
5.	Resultats i discussió	
5.1.	Resultats quantitatius	13
5.2.	Resultats qualitius	17
6.	Conclusions	29
7.	Implicació a la pràctica professional	30
8.	Cronograma	31
9.	Referències bibliogràfiques	32
10.	Annexes	
10.1.	Annex 1	38
10.2.	Annex 2	41
10.3.	Annex 3	42
10.4.	Annex 4	71

ÍNDEX TAULES I IMATGES

1. Taules

1.1.	Taula 1	4
1.2.	Taula 2	6
1.3.	Taula 3	9
1.4.	Taula 4	38
1.5.	Taula 5	41
1.6.	Taula 6	42
1.7.	Taula 7	71

2. Imatges

2.1.	Imatge 1	3
2.2.	Imatge 2	13
2.3.	Imatge 3	14
2.4.	Imatge 4	14
2.5.	Imatge 5	15
2.6.	Imatge 6	15
2.7.	Imatge 7	16
2.8.	Imatge 8	31

1. RESUM

Introducció: La mort perinatal té lloc entre les 22 setmanes de gestació fins als 7 dies de naixement. El dol patològic succeeix quan els símptomes normals es generalitzen, perduren en el temps o suposen un obstacle en la vida personal. Com a professionals sanitaris, és el nostre deure realitzar una correcta detecció precoç de factors de risc i dur a terme una acció terapèutica efectiva.

Objectiu: Determinar que esmenta la comunitat científica respecte el dol perinatal i les seves complicacions. Identificar els tipus d'actuacions terapèutiques i els seus beneficis, els factors predisponents, els desencadenants de convertir-lo en un dol patològic, determinar si existeixen diferències quant a l'atenció entre països desenvolupats i subdesenvolupats i quin és el paper d'infermeria.

Mètode: Es realitzarà una revisió de la literatura en les bases de dades Medline, Scielo, Dialnet i Cochrane entre els anys 2011-2021, a través de paraules claus, criteris d'inclusió, d'exclusió i operadors Booleans, en funció de les variables d'estudi.

Resultats/discussió: Molts factors influeixen en la gestió del dol, no obstant això, la majoria d'aquest depenen de l'enfocament proporcionat per la persona. Existeixen diverses accions terapèutiques, les quals els pares les descriuen com beneficioses malgrat el possible increment de símptomes psicopatològics. Quant a l'atenció entre països de diferent nivell econòmic, les principals diferències s'identifiquen en l'atenció sanitària i la pressió social per concebre. El paper principal d'infermeria és durant l'acompanyament intrahospitalari, encara que s'hauria de determinar més la seva rellevància en l'acompanyament a la unitat familiar i en l'àmbit comunitari.

Conclusió: Existeix una manca d'estudis amb resultats científics concloents i extrapolables. L'aspecte principal per prevenir els símptomes psicopatològics és l'establiment d'un vincle pare-fill proporcionant identitat real a aquests. El rol autònom d'infermeria s'estableix com una de les millors eines en l'acompanyament de la parella.

Paraules claus: Dol perinatal, mort perinatal, embaràs, posttraumàtic, factor de risc, ingrés baix, intervenció terapèutica.

ABSTRACT

Introduction: Perinatal death takes place between the first 22 weeks of gestation until 7 days after giving birth. Pathological grief occurs when normal symptoms become generalised, persist over time or become an obstacle in personal life. As health professionals, it is our duty to detect risk factors early and to carry out effective therapeutic action.

Objective: To determine what the scientific community says about perinatal bereavement and its complications. To identify the types of therapeutic actions and their benefits, the predisposing factors, the triggers that turn it into pathological bereavement, to determine whether there are differences in care between developed and underdeveloped countries and what the role of nursing is.

Method: A review of the literature will be carried out in Medline, Scielo, Dialnet and Cochrane databases between 2011-2021, using keywords, inclusion and exclusion criteria and Boolean operators, based on the study variables.

Results: Many factors influence the management of bereavement, however, most bereavement depends on the approach provided by the individuals. There are several therapeutic actions, which parents rate as beneficial despite the possible increase of psychopathological symptoms. In terms of care between countries of different economic status, the main differences are identified in the care provided and social pressure to conceive. The main role of nursing is during in-hospital accompaniment, although its relevance in support in the family unit and in the community should be further determined.

Conclusion: There is a lack of studies with conclusive and extrapolable scientific results. The main thing to prevent psychopathological symptoms is to establish a parent-child bond by providing real identity to them. The independent role of nursing is established as one of the best tools in accompanying the couple.

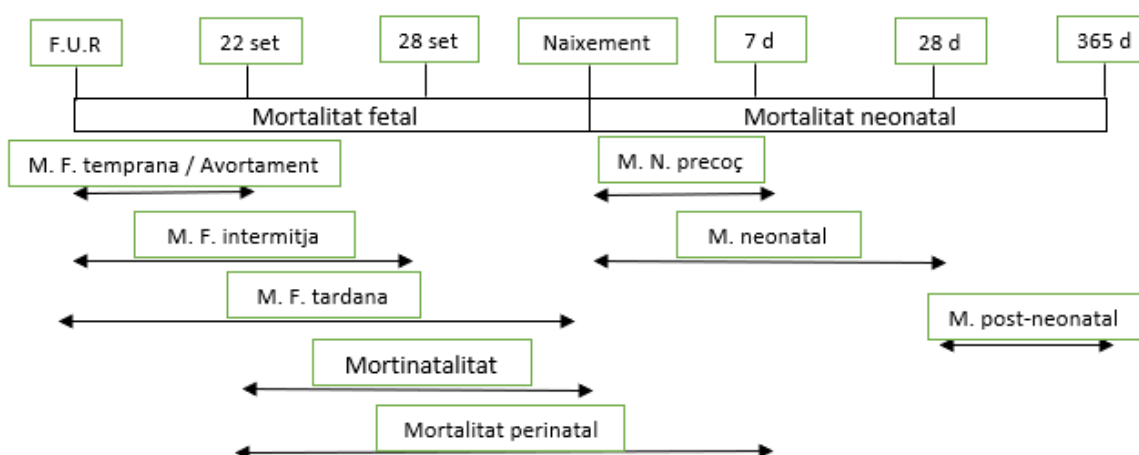
Keywords: Perinatal grief, perinatal death, pregnancy, post-traumatic, risk factor, low income, therapeutic intervention.

2. INTRODUCCIÓ

Segons indica l'Organització Mundial de la Salut (OMS), el període perinatal és aquell comprès entre les 22 setmanes de gestació, o amb un pes superior a 500 grams, fins als 7 dies posteriors al naixement, amb una longitud mínima de 25 centímetres. Quan es produeix una mort fetal i no hi ha constància de les setmanes de gestació, del pes ni de l'alçada, aquesta s'hi ha d'incloure igualment en el registre de morts perinatals^[1].

En funció de l'edat gestacional en la qual es produeix la pèrdua, podem classificar aquesta en diferents conceptes.

Imatge 1: Mortalitat fetal/neonatal segons setmanes de gestació



Segons les estadístiques obtingudes de l'Institut d'Estadística Català (Idescat), les xifres de morts perinatals certificades durant l'any 2020 en el territori d'Espanya van ser de 4,17 morts perinatals per cada 1.000 naixements en comparació amb 4.74 morts perinatals en Catalunya. Si comparem aquestes dades amb xifres d'anys anteriors (any 2000), en el territori espanyol s'ha produït un descens de la mortalitat perinatal d'1,43 punts i en Catalunya un augment de 0,14 punts^[2].

La mortalitat perinatal es pot percebre com un trauma i pot desencadenar en el desenvolupament d'un dol, el qual es defineix com un sentiment dolorós i de llàstima arran de la pèrdua no desitjada ni esperada d'un ésser estimat^[3] i com a una resposta fisiològica manifestada a través de reaccions psicosocials i psicològiques a partir d'una pèrdua real (persona) o subjectiva (estatus, funció, rol...). El dol és una representació subjectiva, no predictable ni generalitzable que cada individu manifesta i afronta d'una manera diferent en funció dels recursos presents^[4].

Treball final de grau
Curs 2021/2022

Aquestes respostes fisiològiques es poden manifestar a través de diferents vies, les quals poden alterar el transcurs de l'exercici d'activitats quotidianes pertorbant les següents dimensions que descriu la taula adjunta^[5]:

Respostes fisiològiques del dol perinatal				
Físiques	Emocionals	Psicològiques	Conductuals	Espirituals
Opressió en el pit, ofec, palpitations, alteracions de la son, pèrdua de pes, alteracions en la ingesta d'aliments, cefalea, desenvolupament de malalties cròniques...	Insensibilitat, culpa, tristesa, atordiment, ràbia, irritabilitat, soledat, sentiment de buit, enyorança...	Negació, incredulitat, confusió, al·lucinacions, dificultats per a la concentració...	Aïllament social, plor, viure de forma automàtica, ment absent...	Replantejament de les creences, no trobar el sentit als successos... ^[6]

Taula 1: Simptomatologia del dol perinatal

El procés del dol ha estat descrit per molts autors tals com:

- Sigmund Freud (1856 - 1939)→ va afirmar que el dol era conseqüència del vincle i aferrament que es manté amb una persona i que per superar-lo, hem d'aprendre a separar les emocions de la persona que hem perdut per poder arribar a formar nous vincles amb altres persones^[4].
- Lindemann (1900 - 1974)→ defineix el dol com un procés passiu on succeeix un esdeveniment no desitjat i com a conseqüència, unes reaccions psicològiques no desitjades, però que permeten poder acceptar la pèrdua (teoria de l'aferrament) i continuar amb el transcurs normal de la vida^[7]. En l'any 1944 va descriure una sèrie de fases per al dol, les quals són: 1) problemes somàtics; 2) preocupacions relacionades amb la imatge de l'individu mort; 3) culpa; 4) reaccions hostils i 5) pèrdua de patrons de conductes^[4].

Treball final de grau
Curs 2021/2022

- Bowlby (1907-1990)→ defineix el dol com una resposta adaptativa i destaca la importància de l'aferrament (teoria de l'aferrament) i el vincle que uneix a un mateix amb la persona que ha mort i el context social que els envolten. Determina que el dol patològic és conseqüència de l'existència d'un vincle fort entre les dues persones implicades en el dol^[7]. Va destacar 4 fases en el dol: 1) fase d'embotament o incredulitat, 2) fase d'anhel i enyorança, 3) fase de desorganització i desesperança i 4) fase de reorganització^[8].
- Elisabeth Kübler-Ross (1926 - 2004)→ va descriure 5 etapes que vivim amb el dol les quals són negació, ira, negociació, depressió i acceptació^[4].
- Worden (1932 - Actualitat)→ va descriure la superació del dol en 4 tasques (Acceptar la pèrdua – Treballar les emocions – Identificar el punt de partida emocional – Aprendre a conviure amb el nou ambient)^{[4][9]}.
- Neimeyer (1954 - Actualitat)→ va descriure la superació del dol en 5 desafiaments (Reconèixer la realitat de la pèrdua – Obrir-nos al dol – Revisar el context en el qual vivim – Reconstrucció del vincle – Reinventar-nos)^{[4][9]}.

A través de les descripcions proporcionades pels diferents autors, podem percebre similituds en el transcurs del dol entre les teories de *Parkes, Worden, Neimeyer, Kübler-Ross i Bowlby*, ja que aquests autors defineixen la superació d'aquesta pèrdua a través d'una sèrie d'etapes que han de superar els individus fins a arribar a la resolució d'aquest. D'altra banda, podem identificar similituds quant al concepte del procés del dol entre les teories de *Parkes* y *Kübler-Ross*, pel fet que marquen una sèrie de sentiments pels quals majoritàriament transcorreren; entre les teories de *Worden* i *Neimeyer* que fan una anàlisi més a fons sobre l'estat emocional i l'impacte d'aquesta pèrdua en la nostra vida i entre les teories de *Freud* i *Lindemann* que fan referència a la teoria de l'aferrament.

Com bé descriuen aquests autors, el dol segueix un transcurs de processos fins a arribar a l'acceptació i superació d'aquesta pèrdua, no obstant això, hi ha individus que no són capaços de fer-lo front desenvolupant com a conseqüència un dol patològic, el qual sorgeix quan els símptomes normals del dol es generalitzen, perduren en el temps més del que és previst o suposen un problema o obstacle en la vida de la persona^[5].

Les complicacions derivades del dol patològic es tradueixen en un agreujament de la simptomatologia pròpia d'un dol normal, la qual cosa suposa una alteració en certes esferes les quals són alterades a conseqüència del dol^[5]:

Simptomatologia del dol complicat	
Simptomatologia físiques	Simptomatologia psicològica
Alteració de la resposta immunitària, problemes endocrins, cardíacs, absència de la menstruació...	Depressió, Trastorn obsessiu-compulsiu, ansietat, fòbia, síndrome d'estrès posttraumàtic, consum de tòxics... ^[6]

Taula 2: Complicacions dol patològic

Amb l'objectiu de poder identificar i atendre a les persones que estan vivint una situació complicada i no desitjable arran una pèrdua perinatal, hem d'utilitzar escales de valoració objectives, validades, sensibles al canvi, útils i reproduïbles que s'ajustin al propòsit de mesura...^[10]

En funció de l'objectiu a avaluar, existeixen diverses escales que mesuren diferents àrees d'exploració com són la del dol, el dol patològic o la qualitat d'atenció sanitària percebuda (*Annex 1*)^[11].

Actualment, en la zona de la Metropolitana Nord, l'Hospital Germans Trias i Pujol és el centre de referència per l'atenció a les parelles que pateixen la pèrdua d'un fill. Segons el seu protocol, la persona referent per dur a terme l'acompanyament inicial durant una pèrdua perinatal és la llevadora d'urgències, qui juntament amb un equip multidisciplinari, s'encarreguen de valorar i atendre tant a la mare com a la parella durant el procés intrahospitalari^[12].

A l'alta, es proporciona cita en l'ASSIR de referència per dur a terme el seguiment posterior^[12], on l'equip està format per una psicòloga i una llevadora que s'encarreguen de realitzar visites de seguiment un cop al mes, on principalment són les gestants qui hi acudeixen. Les activitats que es realitzen estan enfocades principalment a la verbalització de l'aconteixement i la manifestació de sentiments. Malgrat quan es finalitza el seguiment i la teràpia, les gestants tornen quan volen tornar a quedar-se embarassades per un augment de l'ansietat.

2.1. Justificació

La pèrdua d'un fill és un problema social poc visibilitzat i comprès i representa una experiència tràgica viscuda tant pels progenitors com per les persones properes a aquests^[13], podent arribar inclòs a convertir-se en un esdeveniment traumàtic per la parella ocasionant com a conseqüència el desenvolupament d'un dol patològic, que es manifesta tant físicament com psicològicament i que pot arribar a desenvolupar en estrès posttraumàtic, ansietat o depressió^{[14][15][16]}.

Aquests esdeveniments posttraumàtics associats al dol patològics presenten la seva màxima manifestació al voltant dels 6 mesos, on a posterior, disminueixen fins a arribar a l'any i acostumen a tenir una durada de fins a 2 anys a posterior de la pèrdua^{[5][17]}, on a vegades, la recuperació total del dol patològic pot arribar a trigar a desaparèixer entre 5-18 anys^[18]. No obstant el desenvolupament d'efectes psicològics derivats de la pèrdua d'un fill, s'ha comprovat que al voltant del 50% de les parelles que han patit una pèrdua perinatal tornen a quedar-se embarassades en un període d'un any^{[17][19][20][21]}.

El propòsit d'aquesta revisió és analitzar les actuacions i intervencions d'infermeria immediates i a llarg termini per determinar i avaluar l'efectivitat en l'atenció proporcionada als pares que han patit una pèrdua perinatal amb el fi d'evitar les complicacions psicològiques del dol i proporcionar una atenció especialitzada en el tema, pel fet que no s'ha pogut evidenciar la presència de guies d'actuació d'infermeria i programes de salut específics sobre l'eficàcia d'accions per a la prevenció d'esdeveniments posttraumàtics arran d'un dol perinatal.

Treball final de grau
Curs 2021/2022

3. OBJECTIUS

Objectiu general

- Descriure què hi ha publicat a la comunitat científica sobre l'existència i efectivitat d'accions terapèutiques en parens que han patit una pèrdua perinatal.

Objectiu específic

- Identificar els diferents tipus d'accions terapèutiques per tractar el dol perinatal.
- Analitzar els beneficis de les accions terapèutiques sobre el dol perinatal.
- Examinar quins factors de risc influeixen en el desenvolupament del dol perinatal.
- Determinar quines situacions de dol perinatal desencadenen en dol patològic.
- Contrastar l'existència de diferències significatives entre països desenvolupats i subdesenvolupats quant a l'atenció sanitària en el dol perinatal.
- Especificar l'actuació d'infermeria en l'atenció al dol perinatal.

4. METODOLOGIA

S'ha realitzat una recerca de la literatura amb el propòsit d'identificar aquelles publicacions científiques que analitzen el dol perinatal i el desenvolupament d'esdeveniments posttraumàtics en relació amb les actuacions i intervencions terapèutiques proporcionades. El treball de final de grau, ha tingut lloc a l'Escola Superior de Ciències de la Salut, durant un període de temps entre desembre de 2021 fins a maig de 2022.

4.1. Població/mostra d'estudi

La població d'estudi són els articles que analitzen les accions terapèutiques proporcionades durant la mort perinatal i factors contribuents en el dol i dol patològic. La mostra d'estudi la obtindrem a través de l'ús dels criteris d'inclusió i d'exclusió seleccionats.

4.2. Planificació de l'estratègia de cerca

Les bases de dades primàries seleccionades per dur a terme la cerca han estat: Medline, Scielo, Dialnet i Cochrane. No s'han fet servir fonts secundàries per dur a terme la cerca bibliogràfica. Els operadors booleans emprats per la recerca bibliogràfica han estat exclusivament AND. Les paraules claus i termes MeSh utilitzats per les diverses cerques han estat:

Paraula clau	Terme MeSh
Dol	Grief
Mort perinatal	Perinatal death
Dol perinatal	Perinatal grief
Posttraumàtic	Post-traumatic
Factor de risc	Risk factor
Ingressos baixos	Low-income
Intervenció terapèutica	Therapeutic intervention

Taula 4: Paraules claus cerca bibliogràfica.

Les estratègies de cerca utilitzades per l'obtenció dels articles les podem trobar a l'*annex 2*.

4.3. Criteris de selecció d'articles

Els criteris d'inclusió en la selecció d'articles han estat:

- Articles que investiguen el dol perinatal.
- Articles que investiguen el dol perinatal i les seves conseqüències psicològiques.
- Articles que analitzen les accions terapèutiques i la seva eficàcia en el dol perinatal i esdeveniments posttraumàtics.
- Articles que estudien el dol perinatal en països subdesenvolupats.
- Articles redactats en idioma anglès, castellà i català.
- Articles publicats entre un període de temps de 10 anys (2011 - 2021).
- Tot tipus d'estudis independentment de la modalitat.

Els criteris d'exclusió en la selecció d'articles han estat:

- Articles que analitzen el dol generalitzat i no es focalitzen en el dol de tipus perinatal.

4.4. Gestor de referències

Per a l'elaboració d'aquesta revisió de la literatura, no s'han fet ús de gestors de referència tals com Mendeley o Refworks.

4.5. Variables d'estudi

4.5.1. Variables de descripció de la mostra dels articles seleccionats per dur a terme la revisió de la literatura

- **Base de dades**→ S'entén com la web en la qual s'ha dut a terme la cerca i d'on s'han extret els articles i les dades.
- **Títol**→ Nom amb el qual es dona a conèixer un article.
- **Autor**→ Persona o conjunt de persones que han elaborat la investigació/redacció d'un article i aquest s'atorga a la seva propietat intel·lectual.
- **Factor d'impacte**→ Importància que rep un article científic en comparació a altres dintre d'un mateix camp científic.
- **Idioma**→ Llenguatge en el qual s'ha escrit l'article.
- **Any de publicació**→ Any durant el qual es va penjar l'article en la base de dades publicat.
- **País de publicació**→ País en el qual es va dur a terme l'estudi i sobre el qual parla.

Treball final de grau
Curs 2021/2022

- **Tipus d'estudi**→ Modalitat d'estudi que els autors han utilitzat per dur a terme la investigació en funció de la finalitat de l'estudi, seqüència temporal en la mesura de la mostra...
- **Objectiu**→ Propòsit o fi el qual es vol aconseguir o es vol donar resposta mitjançant un estudi.
- **Mostra**→ Elements que es seleccionen a partir d'uns criteris d'inclusió i exclusió, que permeten d'ur a terme un estudi i han de ser representatius de la població/mostra general
- **Resultat**→ Efecte produït com a conseqüència d'una acció.
- **Prevalença**→ Proporció d'individus/concepte que presenten una característica o esdeveniment determinat de manera igualitària.
- **Escala**→ Mitjà per l'avaluació d'una àrea.
- **Temps d'estudi**→ Període de temps que transcorre des de l'inici de l'estudi fins al final d'aquest i l'obtenció de les conclusions a les preguntes, hipòtesis o objectius proposats.

4.5.2. Variables del contingut de la mostra dels articles seleccionats per dur a terme la revisió de la literatura

- **Dol perinatal**→ Demostració d'un sentiment de llàstima i aflicció davant de la pèrdua d'un fetus/fill durant un període que transcorre des de les 22 setmanes de gestació fins als 7 dies postpart^{[1][5]}.
- **Dol patològic**→ Generalització dels símptomes del dol que perduren en el temps més del que és previst o suposen un problema o obstacle en el transcurs normal de la vida de la persona^[8].
- **Accions terapèutiques**→ Intervencions o objectes que realitzen els pares i ajuden a que no es generi un dol patològic^[22].
- **Factors implicats en el dol**→ Succés o esdeveniment que influeix en el desenvolupament o transcurs del procés de dol que pateix una persona i que provoquen un empitjorament d'aquest^[24].
- **Països desenvolupats**→ País que manté un alt nivell econòmic en funció de la renda per càpita juntament amb un correcte nivell de vida, cobertura sanitària, alfabetització social...^[23]
- **Països subdesenvolupats**→ País que manté un baix nivell econòmic en funció de la renda per càpita, un nivell de vida baix, escassa cobertura social, desalfabetització, desigualtats...^[23]
- **Actuació infermera**→ Activitats i intervencions realitzades com a rol autònom d'infermeria.

4.6. Anàlisi de les dades obtingudes

L'anàlisi de les dades es farà mitjançant una valoració quantitativa en forma de percentatges i mitjançant una valoració qualitativa de les variables relacionades amb el dol perinatal durant el treball de part. Per fer-ho, es realitzarà una lectura dels articles seleccionats, dels quals s'extraurà informació rellevant, es classificaran i compararan, per així poder donar resposta els objectius plantejats.

La classificació s'ha dut a terme mitjançant una taula Excel d'elaboració pròpia, on hi figuren els articles seleccionats classificats segons les variables d'estudi seleccionades (*Annex 3 i 4*). Es tindran en compte els resultats i les conclusions dels articles seleccionats.

4.7. Limitacions i aspectes ètics en la cerca

Les limitacions han estat la inaccessibilitat a totes les publicacions rellevants obtingudes a partir de la cerca bibliogràfica o per formar part de revistes no indexades.

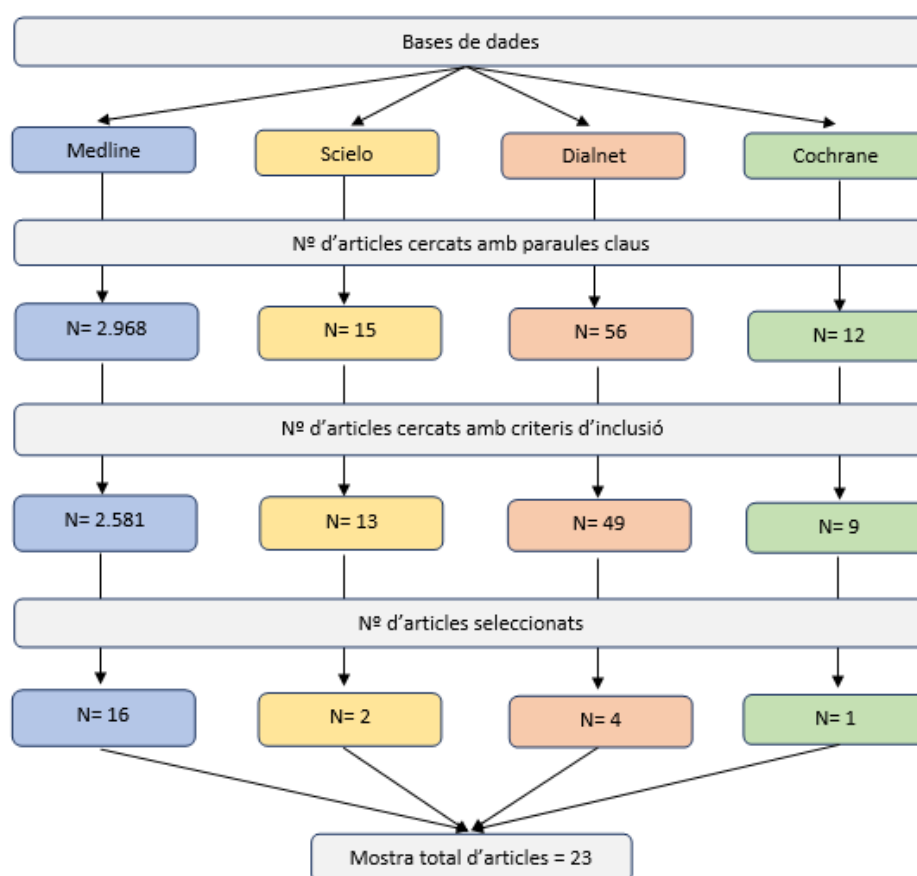
En tractar-se d'una revisió de la literatura, no s'han detectat aspectes ètics a considerar, pel fet que la mostra d'estudi son articles biomèdics que no identifiquen pacients.

5. Resultats i discussió

5.1. Resultats quantitius

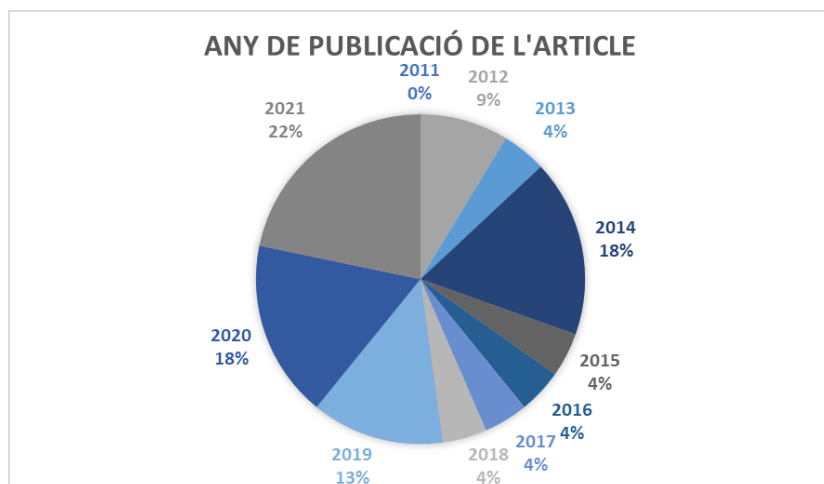
A través de la cerca realitzada, d'un total de 3.047 articles cercats en les diverses bases de dades a través de les paraules claus, finalment s'han seleccionat un total de 23 articles per dur a terme la discussió d'aquesta revisió de la literatura.

Imatge 2: Diagrama de flux



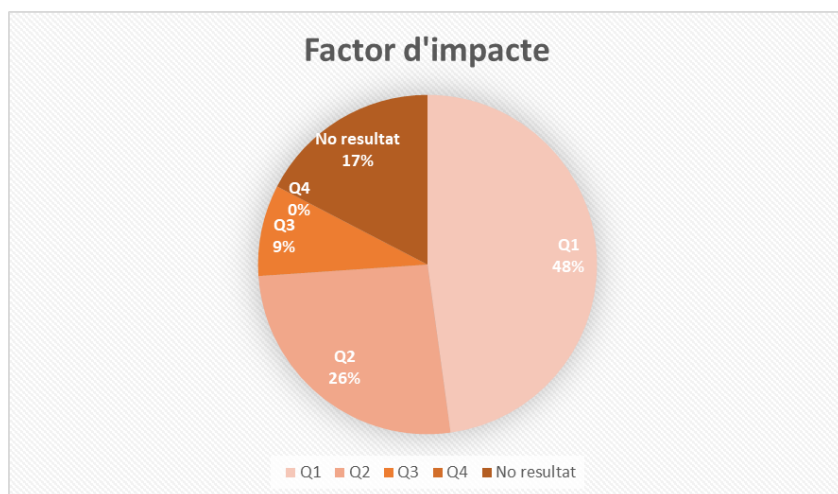
Al realitzar l' anàlisis de les variables que descriuen la mostra determinem que la prevalença d'any de publicació dels articles és al 2021, destacant que més del 50% dels articles estan publicats entre els darrers 3 anys de publicació (2021-2019).

Imatge 3: Any de publicació



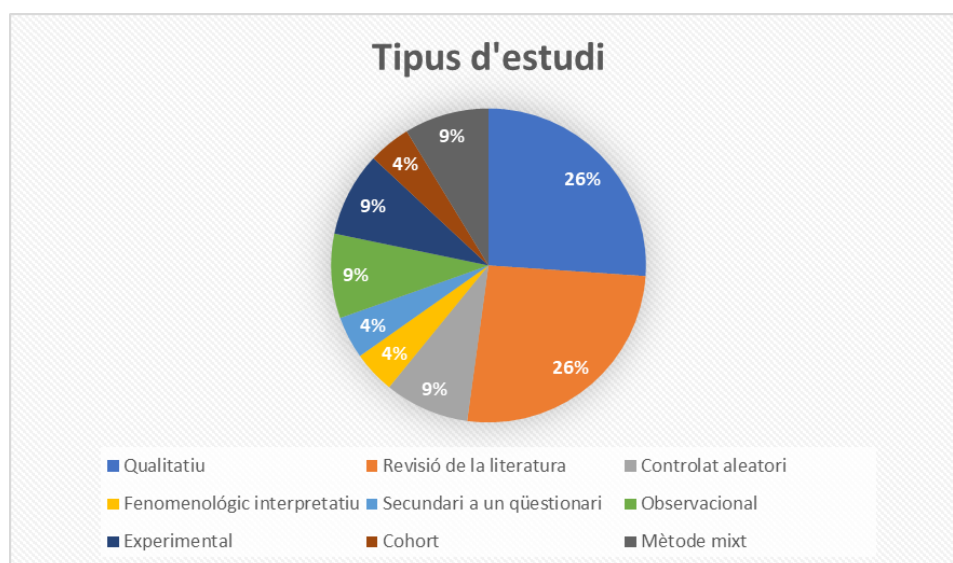
Quant al factor d'impacte dels articles utilitzats, més del 50% d'ells tenen un quartil Q1.

Imatge 4: Factor d'impacte



Quant al tipus d'estudi, els més prevalents en la selecció dels articles són els estudis qualitatius i les revisions bibliogràfiques (26%).

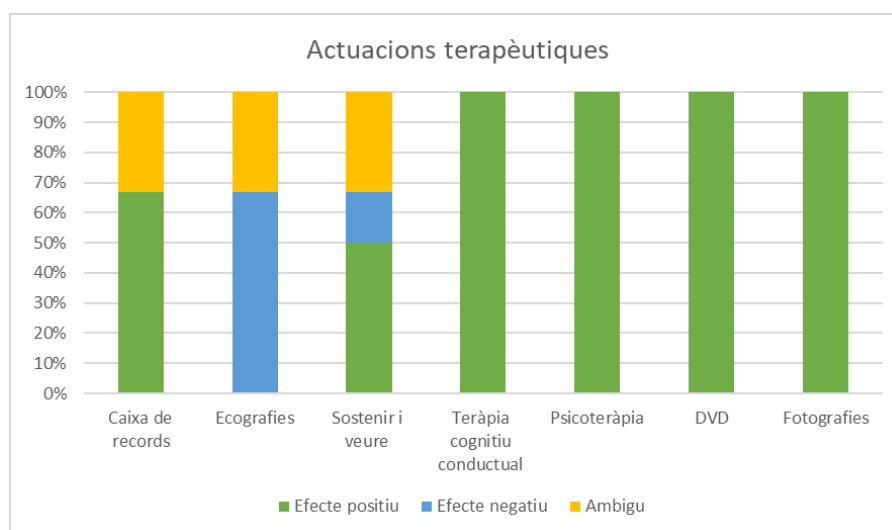
Imatge 5: Tipus d'estudi



Al realitzar l' anàlisi de les variables que descriuen el contingut de la mostra determinem que, el 47,61% d'aquests analitzen el tipus d'accions terapèutiques. En funció dels articles que determinen cada tipus d'intervenció, els resultats han estat:

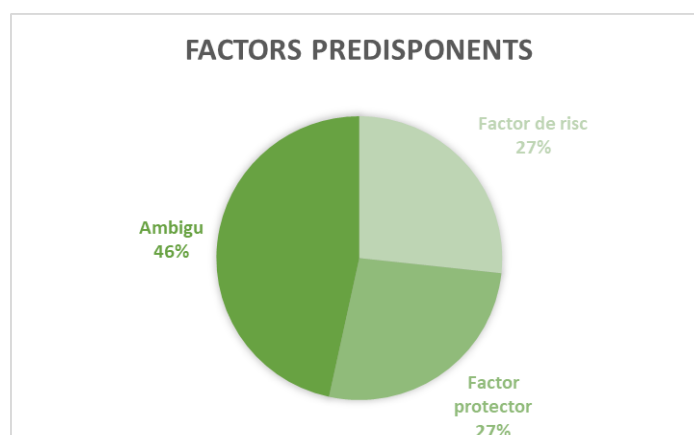
- Caixa de records→ El 66.7% dels articles destaquen el seu benefici respecte a un 33.3% que presenta resultats ambigus.
- Ecografies→ El 66.7% dels articles destaquen un increment del dol complicat respecte a un 33.3% que presenta resultats ambigus.
- Sostenir i veure al nadó→ El 50% dels articles destaquen el benefici de la intervenció, el 16.7% un efecte negatiu i el 33.3% presenten resultats ambigus.
- Teràpia cognitiva conductual→ El 100% dels resultats són beneficiosos.
- Psicoteràpia→ El 100% dels resultats són beneficiosos.
- DVD→ El 100% dels resultats són beneficiosos.
- Fotografies→ El 100% dels resultats són beneficiosos.

Imatge 6: Accions terapèutiques



El 85.7% de la mostra, proporciona informació sobre els diferents factors predisponents del dol complicat en la mort perinatal detectats en la literatura. Entre els diferents 15 factors seleccionats, el 26.7% d'aquests s'han identificat com a factors protectors, els quals són el suport social, la relació amb la parella, la comunicació i les creences; el 26.7% corresponen a factors de risc, els quals són el sentiment de culpa, els antecedents gestacionals, la percepció de realitat de l'embaràs i la presència d'altres fills. La resta de factors, el 46.6%, presenten resultats ambigus en funció de quin sentit o ús se li atorga durant la gestió del dol, en funció de si aquest és en benefici propi, com per exemple un afrontament positiu respecte d'un negatiu. Existeixen altres factors que no estan a l'abast de la persona com per exemple el vincle de confiança i seguretat entre professional - pacient.

Imatge 7: Factors predisponents dol perinatal



5.2. Resultats qualitius

Accions terapèutiques i beneficis en el dol perinatal

- **Caixa de records**→ Emmagatzemar en una caixa un conjunt d'objectes personals o identificatius del nadó (empremtes, cabell, polsera de naixement, pinça amb el cordó umbilical, roba, fotografies...) permet crear un record tangible que atorga una identitat com a fill. Això permet als pares gestionar millor la pèrdua a conseqüència de tenir objectes vinculants a aquest i la seva existència^{[18][25][26]}. Per contra, no s'ha demostrat una relació entre l'obtenció de records i l'increment del dol o angoixa i sí que s'ha relacionat amb un increment de l'ansietat en absència d'aquests^[18].
- **Ecografies**→ Existeix controvèrsia quant als beneficis en relació amb el dol en la tècnica que permet reproduir imatges del fetus, que permeten veure la seva aparença, evolució i desenvolupament. L'estudi (B), afirma l'existència de beneficis en haver pogut veure imatges del seu fill malgrat la pèrdua, pel fet que permet deixar de veure'l com un fetus i concebre'l com un fill donant validesa i credibilitat a l'embaràs^[27]. Els estudis^{[18][19][27]} afirmen que aquesta intervenció comporta un augment significatiu en el dol que pateix la parella^{[18][19][27]}.
- **Sostenir i veure al nadó**→ Els estudis^{[18][19][25][26][28]}, van destacar els beneficis de la pràctica i la seva importància en el vincle que s'estableix amb els pares, permetent emmagatzemar records "en vida" a través d'accions rutinàries durant el part com és agafar-lo, poder acomiadar-se físicament d'ell^{[18][19][26]}, destacant l'alegria i confort que adquireixen els pares en poder passar temps amb el seu fill, proporcionant realitat a l'embaràs i l'existència d'aquest fill, proporcionant normalitat a la situació i creant records en família^[28]. Altres estudis^{[19][18][29]}, afirmen que malgrat aquests possibles beneficis, les taxes d'estrès posttraumàtic, ansietat i depressió incrementen a curt termini, en embarassos posteriors^[18] i inclòs allargant el procés de dol que s'estima en 2 anys^[19]. Malgrat el dol i angoixa que pot representar aquesta pràctica, els pares aconsellen a altres persones que passen per la mateixa situació dur-la a terme destacant aquesta com a una valuosa experiència^[18].

Segons afirma la literatura, s'ha determinat que aquells pares que veuen i sostenen al seu fill presenten més símptomes psicopatològics, en comparació a aquells que només el veuen i a aquells que ni el veuen ni el sostenen, on els símptomes són considerablement inferiors^[27].

Les taxes de depressió més baixes es van localitzar en el grup de pares que només van veure al nadó i aquells pares que veien i sostenien al seu fill presentaven una elevada taxa de depressió als 3 mesos respecte a la resta de pares. Quant a l'ansietat, el grup de pares que

Treball final de grau
Curs 2021/2022

van sostenir i veure al fill i aquells que no, van presentar nivells semblants a diferència d'aquells que només el van veure, amb taxes d'ansietat considerablement inferiors. Quant a l'estrès posttraumàtic, les taxes són considerablement superiors en els pares que van veure i sostenir al nadó respecte als altres 2 grups, que contempen taxes més igualades. Al cap de 9 mesos, els pares que no van sostenir ni veure al seu fill van ser el grup de pares que van presentar nivells de depressió, ansietat i estrès posttraumàtic més baix^[29].

- **Teràpia cognitiva conductual**→ Quan ens referim a la teràpia virtual, on els pares s'enfronten a la pèrdua viscuda a través de records, expressió de sentiments, reconstrucció dels sentiments relacionats amb la culpa, intercanvi social d'experiències...^[27]. Un estudi focalitzat en aquesta teràpia, ha demostrat una reducció en els símptomes d'estrès, depressió i procés de dol, mantenint aquesta disminució d'esdeveniments adversos als 3 mesos en comparació amb aquells pares que no s'han sotmès a aquesta intervenció^[27].
- **Psicoteràpia**→ Aquesta teràpia permet la identificació d'un esdeveniment complicat o un problema interpersonal on s'ajuda a l'individu a millorar la comunicació, fer ús del suport social i millorar les relacions a través d'un procés d'educació, exploració terapèutica, comunicació i anàlisi dels problemes interpersonals^[30].

Un tipus de psicoteràpia és la IPT (psicoteràpia interpersonal), que identifica un esdeveniment complicat o un problema interpersonal i ajuda a l'individu a millorar la comunicació, fer ús del suport social ofert i millorar les relacions. Un altre tipus és la CWD (com fer front a la depressió), tracta la depressió des del punt de vista on aquesta provoca una disminució de les interaccions persona-ambient i un augment de les desagradables^[30].

Alguns dels beneficis demostrats d'aquesta teràpia són la disminució de l'ansietat o depressió en parelles que pateixen infertilitat, disminuint els efectes psicològics negatius que obstaculitzen la concepció i la disminució del dol a través de la seva gestió efectiva^[19]. Un exemple de l'ús d'aquesta teràpia en un estudi^[30] sobre l'ús de la IPT i la CWD, va demostrar una prevalença de l'efectivitat de la IPT sobre la CWD, a través d'un increment de la participació en la IPT, una major satisfacció, utilitat i disminució de depressió percebuda en la IPT. Els participants de la IPT van tenir una incidència un 35% superior de recuperar-se de la depressió en comparació amb la CWD, amb un temps promig de 15 setmanes en la IPT i 22 setmanes en la CWD per a la recuperació. Quant a la incidència de l'estrès, els participants de la IPT tenien 5 cops més possibilitats de recuperar-se durant l'estudi que els de la CWD amb un temps promig d'11 setmanes en comparació de 24 setmanes en la CWD. Les relacions socials van millorar considerablement des de l'estudi fins a un període de 6 mesos en la IPT i no van haver-hi canvis detectables en la CWD. Quant al dol complicat, no es van detectar

Treball final de grau
Curs 2021/2022

diferències significatives entre ambdues teràpies. Es va detectar que aquells participants que havien acudit a més sessions independentment de quina de les dues teràpies realitzessin, presentaven menys nivells de depressió i que per cada sessió extra que van realitzar a més de les proposades, suposava una disminució del 20% de la depressió^[30].

- **DVD**→ El DVD mostra una sèrie de relats i perspectives provinents de pares, avis, germans, capellà i conseller on es proporcionen experiències sobre el dol i com és el procés d'aquest, per ajudar a comprendre la situació, no sentir-se sols i ajudar a gestionar-lo per arribar a l'acceptació de la pèrdua^[31]. Segons un estudi^[31], les parelles que van visualitzar el DVD van presentar un nivell superior de dol als 3 mesos respecte als que no el van veure, no obstant això, el dol va disminuir pronunciadament entre els 3 i 12 mesos següents en comparació amb l'altre grup. En el seguiment dels 12 mesos, no es van presentar diferències significatives entre ambdós. Malgrat l'increment en les taxes de dol en els pares que van visualitzar el DVD, aquests van afirmar que els va ajudar a normalitzar els seus sentiments i que recomanaven l'experiència^[31].
- **Fotografia**→ Segons un estudi^[32], el 89.4% dels participants va realitzar fotografies, entre les parelles que es van negar a realitzar-ne per motius com no voler reviure el moment tràgic de pèrdua o tenir ja fotografies en casos de mort durant els 7 dies posteriors al naixement, més de la meitat van manifestar penedir-se i desig de voler-ne. Alguns hospitals davant la negativa dels pares de voler-ne fotografies, van procedir a guardar-les, la qual cosa va ser agraïda per aquells que a posterior se'n van penedir de la situació^[32].

Alguns dels beneficis destacats d'aquesta pràctica són la disminució del dol, on els pares afirmaven que si no tinguessin fotografies, els hi afectaria més la situació, pel fet de tenir un record de la seva aparença^[32], permet un clima per poder parlar més obertament de la situació, facilitant la conversa, proporcionant normalitat, donant lloc a manifestar emocions, donar a conèixer al seu fill, mantenir viu el seu record proporcionant-li una identitat, establir un vincle, validar a la parella com a pares, acceptar la pèrdua...^[28]

Malgrat que diverses actuacions presenten un augment dels símptomes psicopatològics, les declaracions dels pares són positives respecte a la decisió d'implicar-se en aquestes, arribant a recomanar-les a altres pares que visquin la mateixa situació, destacant el confort generat. no obstant això, en algunes actuacions malgrat el seus beneficis, no es poden extrapolar a causa de falta de suport científic que contrasti els resultats.

Factors predisponents en el desenvolupament del dol perinatal

- **Suport social**→ Ja sigui provinent de familiars, amics o professionals, és el factor protector més important durant el procés de dol, identificat el dels familiars com el més rellevant entre tots^[18]. Permet gestionar el dol de forma natural alliberant i expressant sentiments mentre ens sentim recolzats durant una etapa difícil^{[18][19][27][33][26][31][34]}.
- **Relació amb la parella**→ Identificar la pèrdua i gestionar el dol de manera similar entre la parella, està identificat com a un factor protector del dol complicat, ja que permet identificar a la parella en un mateix punt i perspectiva sobre l'esdeveniment viscut^{[18][27][30][35][36]}. Certs factors de risc d'una relació estable són la culpabilització sobre la pèrdua a la parella, sentir-se incomprès quan les dues persones no perceben el dol i la pèrdua de la mateixa manera, un tipus d'afrontament diferent, una comunicació deficient sense expressar sentiments, conflictes...^{[27][30][18]}.
- **Comunicació**→ Parlar i expressar els sentiments desenvolupats després de la pèrdua perinatal, ens permet gestionar el dol d'una millor manera^[26] on s'ha demostrat en estudis^[18], que existeix una correlació positiva entre una disminució del dol i una comunicació oberta i efectiva sobre la tragèdia viscuda^[18].
- **Afrontament**→ L'afrontament són les tècniques cognitives i conductuals que desenvolupa una persona per fer front a un esdeveniment extern o intern que suposa un problema i sobrepassa els recursos presents^[37].
S'ha demostrat que un afrontament positiu és un factor protector^{[35][36][37]} i ha suposat una disminució dels efectes psicològics adversos com l'ansietat o l'angoixa durant els 6-12 mesos posteriors a la pèrdua d'un fill. L'evitació és un factor predictor de dol complicat i agreuga els símptomes psicopatològics^[37].
- **Infertilitat**→ La infertilitat, pot generar símptomes psicopatològics a conseqüència d'un cúmul d'intents no efectius, no obstant això, aquests pares estan més preparats i són més conscients del possible fracàs de la gestació i permeten estar més preparats per l'impacte emocional de la pèrdua i el dol^[25].
- **Personalitat**→ Segons un estudi^[27], aquelles dones amb antecedents mentals, comporten un increment del 54% en recaure en la malaltia i desenvolupar els símptomes propis. Altres trets com personalitats neuròtiques, han demostrat estar relacionades amb nivells de dol superiors^[27]. D'altra banda, una actitud ambivalent respecte la pèrdua, pot suposar un dol més intens que en aquelles persones que l'afronten directament^{[19][27]} i una personalitat positiva es relaciona amb una millor gestió del dol^[37].

Treball final de grau
Curs 2021/2022

- **Culpa**→ S'ha establert una correlació entre un sentiment d'autoinculpació amb un desequilibri de la salut mental a través d'un augment dels nivells d'ansietat i depressió després de patir una pèrdua perinatal^{[34][38]} a conseqüència de no haver estat capaç de portar l'embaràs fins al final, replantejar-se que ha fet malament durant la gestació, quines decisions haurien o no haurien d'haver pres... provocant un sentiment de frustració i incapacitat com a mare i el rol natural que desenvolupa, que és concebre un fill^[27].
- **Antecedents gestacionals**→ Haver de reviure un moment tràgic com és la pèrdua d'un fill, es pot relacionar amb un augment en el dol i esdeveniments psicològics traumàtics a conseqüència d'haver de tornar a viure aquest sentiment^{[19][27]}. Malgrat que els estudis són ambivalents, els primers confirmen que l'ansietat i l'estrès posttraumàtic si incrementen quan es produeix una mort perinatal amb antecedents previs^[19] i que un major nombre de pèrdues suposen un pitjor estar mental^[21] mentre que la intensitat del dol disminueix un cop s'aconsegueix portar a terme un embaràs fins al final amb el resultat d'un fill sa o bé un cop s'han superat les setmanes de gestació on es va produir la pèrdua prèvia^{[19][27]}. Un altre, no va poder establir una relació evident sobre nº de pèrdues prèvies amb un augment dels símptomes psicopatològics^[37].
- **Edat gestacional**→ Segons estudis^{[27][35][36][37]}, no s'ha pogut determinar una relació entre edat gestacional i dol, arribant a la conclusió que pel fet de perdre un fill durant una edat gestacional tardana no incrementa el dol en comparació amb una pèrdua durant una edat gestacional primerenca^[27], per tant, no s'han determinat variacions en funció de quin trimestre es produeix la pèrdua^{[27][37]}. Altres estudis^[19], determinen que una pèrdua a partir de les 20 setmanes de gestació, incrementen el desenvolupament de símptomes psicològics adversos com la depressió i que edats gestacionals avançades comporten un increment en el desenvolupament d'estrès posttraumàtic^[19], de la mateixa manera, les pèrdues fetals en comparació amb les neonatals no presenten la mateixa repercussió en els pares, pel fet que els primers no tenen l'oportunitat de compartir temps de qualitat i establir vincles amb el seu fill en comparació amb els segons, on la mort es produeix un cop ha nascut i durant els 7 dies posteriors^{[25][27]}.
- **Realitat de l'embaràs**→ Certes accions o sentiments rutinaris en el procés de gestació porten a atorgar a aquesta un sentiment de realitat i objectivitat quant a l'existència i creixement d'un fill, com pot ser sentir el fetus, els seus moviments, materialitzar-lo en la realitat a través d'un nom, comprar roba, crear una habitació... Aquesta implicació com a pares en l'embaràs comporta un augment en els nivells de dol quan malauradament es produeix una pèrdua^{[27][19]}.

Treball final de grau
Curs 2021/2022

Les senyals d'alarma, posen en alerta i angoixen als pares davant una possible complicació, no obstant això, permeten conscienciar-se i assimilar amb temps la possible pèrdua i contemplar-la com a una opció, per tal que després la notícia no sigui sobtada, provocant així un sentiment de tristesa, però possiblement esperat. Quan a més a més de la sensació de pèrdua i les implicacions psicològiques incloem les conseqüències físiques de patir contraccions o haver de portar a terme un part actiu quan es produeix durant una edat gestacional avançada, hem de bregar tant amb les afectacions psicològiques com físiques^[25].

- **Altres fills**→ Segons un estudi^[27], malgrat l'existència prèvia de fills o embarassos posteriors, la incidència de dol es manté fins a 2 anys posteriors a aquesta^[27] i els nivells de depressió i ansietat poder persistir en embarassos posteriors, inclòs si el nen neix sa^[31]. En el cas d'embaràs gemel·lar on es produeix la mort d'un bessó i la supervivència de l'altre, pot provocar un trauma pel fet de no poder experimentar i manifestar obertament el dol de la pèrdua per haver de fer-se càrrec del nadó sa^[19]. Un nou embaràs pot representar un factor estressant per a la mare, ja que reactiva els sentiments i experiències viscudes amb la pèrdua prèvia creant una situació de vulnerabilitat en la recaiguda d'esdeveniments psicològics negatius com l'estrès posttraumàtic^{[33][38][21]} o generant un bloqueig dels sentiments com a barrera emocional^[19] on s'ha demostrat segons dades d'un estudi, que pot arribar a afectar fins a un 45.5% de la mostra^[39]. Aquest factor és encara més perjudicant i estressant en casos de nous embarassos amb un transcurs de temps curt des de la pèrdua o amb un major nombre de pèrdues perinatals, suposa un pitjor estar mental^[21]. Pel contrari, segons un estudi^[37], la presència d'altres fills o nous embarassos no van tenir rellevància significativa^{[37][39]} mentre que un altre estudi, el va identificar com a factor de risc^{[35][36]}.
- **Atenció sanitària i relació amb els professionals sanitaris**→ Els professionals sanitària són la primera figura que proporcionen atenció i suport a pares que acaben de perdre un fill, per tant, la seva atenció és fonamental en el maneig del dol i la pèrdua^[25].

Certes declaracions de parelles que han patit una mort perinatal, afirmen que el suport rebut per part dels professionals sanitaris a vegades és insuficient o poc curós amb la situació tan delicada que estan vivint, on aquests proporcionen informació inexacta, tardana, poc ajustada, no resolen dubtes, no s'estableix un vincle de confiança per poder obrir-se amb ells, se senten incompresos, reben comentaris inapropiats, no els permeten passar temps o veure el nadó, fer fotografies...^{[25][34][40][41]}. La relació professional-pacient és fonamental per dur a terme un correcte seguiment de l'embaràs, confiar en la seguretat i benestar del teu fill, per poder dur a terme les indicacions sol·licitades i rebre la informació proporcionada correctament^{[34][35][36]}.

Treball final de grau
Curs 2021/2022

- **Creences**→ L'aferrament religiós actua com a un factor protector i permet als pares que han patit la pèrdua del seu fill a gestionar el dol, trobar consol, donar sentit a la seva mort, saber que està segurs i algú cuida d'ell allà on estigui...^{[31][34][26]} disminuint els nivells de dol i donar una justificació a la pèrdua arribant a l'acceptació^[34].
- **Nivell socioeconòmic**→ Un nivell socioeconòmic baix actua com a factor de risc, a conseqüència de no poder accedir a una atenció sanitària de qualitat, mantenir una qualitat de vida òptima, adoptar mesures necessàries... a nivell de cura personal de la mare o quant al procés de defunció, en no poder permetre's una vetlla, un enterrament segons els pares desitgen, una ajuda psicològica...^{[21][26][35][36][37][42]}.
- **Educació**→ Existeix discordança entre el paper de l'educació en relació amb una pèrdua, on diversos estudis han conclòs i detectar xifres superiors de dol en aquelles mares que posseeixen un nivell educatiu mig-baix respecte aquelles mares que posseïen un estudi universitari^{[26][35][37][42]}. Un altre estudi^[21], no van poder aportar dades i rellevància suficient per poder establir una relació amb evidència científica^[21].

Factors desencadenants del dol patològic

Quan es pateix una pèrdua perinatal, s'ha identificat que entre un 25-30% de les dones acaben desenvolupant un dol més prolongat, intens i complicat convertint-se aquest en patològic^[37]. Els símptomes de depressió, ansietat i estrès posttraumàtic a posterior d'una pèrdua perinatal s'incrementen principalment durant els primers 4 mesos fins a l'any^[19], a posterior disminueixen progressivament fins als 2 anys posteriors a la pèrdua^{[19][21][31]}.

La banalització de la pèrdua o la falta de suport social per part dels nostres éssers estimats, provoca un sentiment de frustració en no sentir-se compresos durant el procés de dol, podent arribar a desenvolupar un sentiment d'aïllament social i vergonya^{[26][33][38]}. En ocasions, la societat acostuma a minimitzar les morts perinatals respecte la mort durant la infantesa en no haver pogut establir un vincle...^[38]. Segons les declaracions de certs participants, aquests van afirmar que se sentien més feliços al saber que els seus amics i familiars estaven predisposats i volien comprendre la seva situació sense jutjar, sentint el suport de les persones importants del seu entorn^[34] a diferència d'altres estudis, on els participants van afirmar no sentir el suport de la seva família, ja sigui per la banalització d'aquest a través de comentaris insensibles o per l'absència de contacte amb ells per obstacles físics o de distància provocant sentiments d'abandonament i angouxa^[26].

Treball final de grau
Curs 2021/2022

Les parelles asseguren que el vincle amb un fill s'estableix a l'inici de l'embaràs i encara que no s'hagi pogut finalitzar i s'ha de contemplar i respectar equiparablement^[33]. El reconeixement de la pèrdua permet la validació de la parella com a pares^[33] creant una identitat^[25] i contemplant-lo com un ésser omnipresent en la vida dels pares al llarg de la seva vida com a insubstituïble^[40].

En relació amb la banalització, també se'n pot produir provinent de les institucions sanitàries, a través d'una falta de suport a l'hora de comunicar la notícia, provocant sentiments de soledat, no poder donar resposta a la causa de la mort en embarrassos sense causa aparent, no fer una anàlisi en detall, no habilitar les unitats de maternitat o les habitacions de les gestants amb pèrdues perinatals, a conseqüència d'haver de compartir espai amb altres mares i els seus fills, veure imatges que poden recordar al fracàs de la gestació, escoltar plors d'altres nens...^{[25][38][40]} és per aquest motiu que és fonamental l'habilitació d'habitacions allunyades o insonoritzades de les altres, senyalització de les habitacions amb pares que han patit una pèrdua, eliminar elements perjudicials, fomentar horaris de trasllats, ingressos o altes que evitin la coincidència amb altres pares...^[40]

Centrant-nos en l'omissió de les necessitats dels pares, un factor rellevant és la presència dels estereotips presents sobre el sexe masculí, considerat aquest com la figura forta i estable de la parella que ha de donar suport a la dona, mentre aquesta pot manifestar les emocions d'una manera socialment més acceptada^{[19][33]}. Segons declaracions d'homes en certs estudis, aquests afirmen sentir-se desplaçats i desatesos tant pels professionals com per la pròpia parella, manifestant no rebre l'ajuda i suport emocional necessari focalitzant aquest majoritàriament en les dones^{[33][38]}. L'aïllament social, la no verbalització de la situació i sentiments i la no percepció de la gravetat de la situació de l'home centrant-se només en la dona, pot conduir al desenvolupament d'un rol no resolt/tractat^[19].

Quant al risc de desenvolupar símptomes psicopatològics, els més comuns són:

Depressió

Les dones que han sofert una pèrdua perinatal tenen 4 cops més probabilitats de desenvolupar depressió que les que tenen un fill sa, aquest risc incrementa quan la mort es produeix a partir de les 20 setmanes de gestació^[19].

Algunes estadístiques proporcionades per diferents estudis són que s'ha establert que les taxes de depressió en dones són entre el 17-19% i al voltant del 15.3% en homes^[19], el 55% de la mostra d'un estudi presentava nivells de depressió per sobre de la mitja^[35] i segons un tercer estudi, els signes de

Treball final de grau Curs 2021/2022

depressió estan presents entre un 20-55% de les dones que han patit una pèrdua perinatal^[36]. A través d'aquestes dades, es pot determinar una gran variació entre les taxes de depressió i no és conclouent.

En relació amb un estudi^[36] de seguiment des dels 3-6 mesos posteriors, la incidència disminueix significativament entre els primers dos períodes de seguiment i a posterior la incidència s'estabilitzava disminuint més lentament.^[36]

Ansietat

Les taxes d'ansietat incrementen durant els primers 4 mesos posteriors a la pèrdua perinatal i és superior a la de la població general que ha patit un avortament espontani.

Segons un estudi, la incidència d'ansietat va ser del 23.2%^[19], on al cap de 9 mesos, les dones tenen el doble de probabilitats de patir un trastorn d'ansietat. La detecció i tractament de l'ansietat és fonamental, ja que està associada a un increment de les taxes d'avortament i complicacions obstètriques i neonatals^{[19][34]} i segons les conclusions d'un estudi, l'ansietat durant un embaràs post pèrdua perinatal, era el símptoma psicopatològic més freqüent entre els pares^[39].

Estrès posttraumàtic

Les taxes d'estrès augmenten a posterior d'una pèrdua perinatal i són 7 cops superiors que en dones que tenen un nen sa al cap de 9 mesos^[19].

Algunes dades estadístiques van determinar que el 25% de les dones presentaven estrès un mes posterior a la pèrdua en comparació amb un 4-6% en aquelles mares embarassades que no han patit pèrdues prèvies i que la prevalença d'estrès posttraumàtic en la mostra va ser del 21.7% dels participants^[21], en concordança amb un altre estudi^[19], on la prevalença va ser del 20% en nous embarassos a posterior d'una pèrdua^[19]. La incidència d'estrès entre diferents estudis és concordant i generalitzable.

Dol

El dol comença a disminuir al cap dels 6 mesos, però pot durar fins als 2 anys. El dol complicat està associat a una pèrdua inesperada i sobtada, on es perden totes les esperances i il·lusions dedicades a l'embaràs^[27].

Treball final de grau
Curs 2021/2022

Aquest dol està associat a un sentiment de culpa per part de les dones per sentir-se incapaces de portar a terme l'embaràs^[19]. Certes dades estadístiques són que el dol presenta una disminució progressiva sense tenir períodes de descens més bruscs^[36] o que poden arribar a estar presents fins a un 27.1% de la població^[35].

Les manifestacions psicopatològiques poden veure's reflectides en la descendència a través de dos tipus de conductes diferents, d'una banda, la pèrdua d'un fill pot suposar una conducta de sobreprotecció excessiva contemplant a aquest com un ésser fràgil per evitar perills i revirure el sentiment d'angoixa. D'altra banda, es pot generar un sentiment d'evitació, desatenció o ocultació d'informació amb altres fills com a mètode de barrera per no poder fer front la pèrdua^{[33][38]}. Aquests dos tipus d'afrontaments extrems poden generar en els fills sentiments de culpa, por o ansietat, creant alhora una barrera i conflictes amb els pares^[25]. Les conductes de por i incertesa sobre el benestar de futurs fills es mantenen presents un cop aquest ha nascut i van disminuint progressivament a mesura que el fill creix sa i no està en perill. Un motiu per perdre la por és sentir-se totalment disponible i obert psicològicament per a la cura i criança del fill^[38], on les prioritats passen a disposar de temps i recuperar el temps perdut, malgrat que pot suposar no disposar d'espai per viure el procés de dol fins^[38].

En relació amb la detecció precoç de símptomes psicopatològics, és fonamentar la realització d'una correcta valoració i seguiment a posterior. Segons les dades extretes d'un estudi^[19], el 90% dels participants no van rebre cap mena de seguiment a posterior de la pèrdua, la qual cosa va desencadenar en un augment de les taxes d'ansietat^[19] o pel contrari, afirmen que les accions proporcionades no satisfan les seves necessitats o no obtenen una resposta adient^[40].

Diferències quant a l'atenció sanitària entre països desenvolupats i subdesenvolupats

Partint de la premissa que les taxes de mortalitat infantil i perinatal són superiors en els països subdesenvolupats, un fet a destacar és la percepció i concepte de benestar físic i psicològic que percep la població, on no contempen el desequilibri mental com una malaltia, sinó com una debilitat, per tant, aquells participants que manifesten sentir-se més saludables, presenten taxes més elevades de símptomes psicopatològics. Aquest sentiment de vulnerabilitat genera una falta de percepció de necessitat d'ajuda psicològica, desencadenant un mal control del dol conduït a una mala gestió i complicació d'aquest^[26].

Treball final de grau
Curs 2021/2022

S'ha detectat una taxa disminuïda de visites de seguiment, on la majoria d'aquestes, el 78%, inicien durant el segon trimestre de la gestació. D'altra banda, també s'ha demostrat un inici tardà de les actuacions per intentar garantir la supervivència del fetus o el trasllat de la mare a altres centres en cas necessari, arribant a la conclusió que existeix una manca de cribatge neonatal i una mala detecció precoç de problemes gestacionals previsibles i prevenibles que disminueixen les taxes de supervivència^[41].

Un factor de risc prevalent en aquesta població es tracta d'una relació professional – pacient basada en la desconfiança^[34] provocada per una falta de suport, aparença d'indiferència, tractar la pèrdua com a un fet rutinari sense valor, falta d'empatia en comunicar la notícia amb un llenguatge inexacte, poc precís i curós arribant a no proporcionar una causa a aquesta^[41], no atendre a les necessitats i dubtes dels pares, creant una conducta d'evitació, obviar els desitjos i tradicions dels pares...^{[34][41]} amb el consegüent resultat d'un descens en l'assistència a visites de control, falta de coneixements sobre signes d'alarma o rebuig a l'accés a ajuda psicològica recurrent a mètodes tradicionals poc fiables entre d'altres^[34], generant com a resultat, una omisió de factors preventius claus com el suport social, la comunicació i una bona relació amb els professionals sanitaris.

Altres factors de risc detectats són la falta de comunicació i expressió de sentiments, prevalentment en el sexe masculí, on es produeix un aïllament dels sentiments, evitant plorar, no demanant ajuda...^[34] amb el fi de veure's com una figura forta adquirint un rol "dominant"^[26] el qual podem veure present ja sigui a l'hora de comunicar la notícia de la pèrdua, on els professionals es dirigeixen principalment a l'home, en prendre decisions importants com quan suspendre un embaràs amb un mal pronòstic, quan tornar a concebre un fill, com gestionar l'enterrament...^[34]. Totes aquestes són conductes que provoquen un augment de símptomes psicopatològics en les dones, en no estar conformes amb certes decisions, sense tenir en compte la seva voluntat o necessitats com pot ser acomiadar-se del seu fill, on a vegades, quan és donada d'alta, ja ha estat enterrat impossibilitant l'acomiadament generant un conflicte en la gestió del dol^{[41][42]}.

Un factor protector detectat és el suport social manifestat i agraït per part dels participants, no obstant aquest, normalment ve acompanyat per una pressió social de tornar a concebre un altre fill^[42] a conseqüència d'un efecte negatiu d'aquesta pèrdua en la seva vida a través d'un descens en l'estatus social, patir discriminació, ser jutjats...^[19] on les dones, són qui més pateixen aquestes repercussions, ja sigui per la pressió de tornar-se a quedar embarassada, com per les repercussions en el matrimoni, manifestades a través de violència, abandonament o divorci^{[19][42]}.

Treball final de grau
Curs 2021/2022

Quant a les intervencions detectades durant la revisió bibliogràfica, poques d'aquestes s'implementen en aquests països. Un exemple d'elles són les reunions en grup de suport social, on les participants expressen no sentir-se compreses i incloses en el grup per falta de representació multiètnica que compregui i comparteixi els seus costums i tradicions^[34], és per aquest motiu, que les participants rebutgen aquestes reunions i acostumen a parlar amb persones properes a elles de la mateixa cultura^[26].

Paper d'infermeria en l'atenció a la mort perinatal

Actualment, el paper d'infermeria no està gaire definit i es focalitza en l'acompanyament de la parella durant el procés de la pèrdua perinatal.

Aspectes claus són no ignorar o minimitzar la pèrdua, tractar a la parella des del respecte i l'empatia establint-nos com una figura de suport, tenir en compte la terminologia, el tipus de llenguatge verbal i no verbal^[44], ser empàtics, mostrar-nos disponibles i parlar amb la parella, mantenir la calma^[44], utilitzar el nom del nadó, gestionar les emocions dels pares correctament donant lloc a que les manifestin, oferir una atenció igualitària tant per la mare com per al pare...^[45]

Les actuacions que duem a terme són informar, oferir vies d'actuació en funció dels desitjos previs que tenien els pares per tal de respectar aquests (tipus de part, tipus de lactància...), deixar temps per valorar les alternatives, aconsellar sense influir en la decisió o jutjar, facilitar l'acomiadament entre pares i fill, ajudar a emmagatzemar records, facilitar portar a terme rituals cap al nadó, no negar l'existència de l'embaràs i el fill^[44], crear un entorn confortable per l'acomiadament proporcionant intimitat, destinar als pares a una habitació més aïllada de la resta de pares per evitar incomodar-los, facilitar l'accés a grups de suport i associacions^[45].

6. Conclusions

- Els articles que analitzen les accions terapèutiques per a la prevenció del dol complicat o per al tractament d'aquest són escassos.
- Els resultats de certs articles són poc concloents o amb poca evidència científica. Alguns d'ells no són extrapolables a la població general en tenir una mostra insuficient.
- El factor de risc més rellevants és la banalització de la pèrdua.
- El reconeixement com a pares, proporcionar identitat al fill i establir un vincle són aspectes claus.
- La intervenció amb resultats més beneficiosos detectats és la psicoteràpia.
- La principal diferència entre països, és a nivell de l'atenció sanitària proporcionada i la pressió social respecte no poder concebre un fill.
- El paper d'infermeria és fonamental en l'acompanyament a la parella, representant una figura de suport per assessorar, informar i ajudar durant el procés de pèrdua.
- És de vital importància la realització d'un cribatge de totes les parelles que han patit una pèrdua per a la detecció d'aquells factors de risc ja identificats per la literatura científica i prevenir així els símptomes psicopatològics del dol complicat.

7. Implicació a la pràctica professional

A partir dels resultats obtinguts de l'evidència científica i en relació amb el protocol proporcionat per l'Hospital Germans Tries i Pujol, algunes accions a incorporar en la pràctica clínica assistencial amb el fi que la figura infermera tingui un paper més rellevant en el procés i incrementi la seva autonomia i lideratge són:

- Introducció en l'anamnesi d'un apartat referent a la detecció precoç dels factors de risc destacats per l'evidència científica amb l'objectiu de detectar alteracions en aquests aspectes i evitar la complicació del dol.
- Valoració psicològica de totes les dones que són donades d'alta després d'una pèrdua perinatal.
- Realització de visites de control per detectar alteracions del procés de dol i desenvolupament de símptomes psicopatològics, principalment al voltant dels 4-6 mesos que és quan inicien.
- Facilitar un espai durant l'estada intrahospitalària per a proporcionar informació i orientar als pares sobre les possibles accions terapèutiques destacades per la literatura en quant al seu benefici.

Una proposta innovadora és la introducció d'un treball en xarxa des de l'atenció hospitalària junt amb la d'atenció primària, ja que la infermera comunitària disposa de les habilitats i el perfil per poder establir un vincle entre la parella i agents comunitaris com l'ajuntament o entitats/agrupacions de dol perinatal, per visibilitzar la pèrdua dels pares i el dol ocult, per evitar formar un tabú respecte l'aconteixement, el sentiment de solitud i la minimització d'aquest tipus de pèrdues.

Amb la figura de la infermera referent des d'atenció primària, alguns rols que es poden introduir són dur a terme un acompanyament més exhaustiu, realitzar visites domiciliàries per evitar crear més malestar en els pares, fer divulgació sobre el procés de dol fisiològic i complicat, educant i informant als pares sobre els recursos que tenen al seu abast, resoldre dubtes... amb l'objectiu de crear una figura referent que estigui a l'abast de la població i que permeti la detecció precoç del dol patològic.

Treball final de grau
Curs 2021/2022

8. CRONOGRAMA

Imatge 8: Cronograma TFG

OCTUBRE 2021							NOVEMBRE 2021							DECEMBRE 2021								
D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S		
					1	2	1	2	3	4	5	6					1	2	3	4		
3	4	5	6	7	8	9	7	8	9	10	11	12	13	5	6	7	8	9	10	11		
10	11	12	13	14	15	16	14	15	16	17	18	19	20	12	13	14	15	16	17	18		
17	18	19	20	21	22	23	21	22	23	24	25	26	27	19	20	21	22	23	24	25		
24	25	26	27	28	29	30	28	29	30	26	27	28	29	30	31							
31																						

GENER 2022							FEBRER 2022							MARÇ 2022										
D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S				
						1					1	2	3	4	5					1	2	3	4	5
2	3	4	5	6	7	8	6	7	8	9	10	11	12	6	7	8	9	10	11	12				
9	10	11	12	13	14	15	13	14	15	16	17	18	19	13	14	15	16	17	18	19				
16	17	18	19	20	21	22	20	21	22	23	24	25	26	20	21	22	23	24	25	26				
23	24	25	26	27	28	29	27	28	27	28	29	30	31											
30	31																							

ABRIL 2022							MAIG 2022							JUNY 2022							
D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	
					1	2	1	2	3	4	5	6	7					1	2	3	4
3	4	5	6	7	8	9	8	9	10	11	12	13	14	5	6	7	8	9	10	11	
10	11	12	13	14	15	16	15	16	17	18	19	20	21	12	13	14	15	16	17	18	
17	18	19	20	21	22	23	22	23	24	25	26	27	28	19	20	21	22	23	24	25	
24	25	26	27	28	29	30	29	30	31	26	27	28	29	30							

JULIO 2022							AGOSTO							SEPTIEMBRE									
D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S			
					1	2	1	2	3	4	5	6					1	2	3				
3	4	5	6	7	8	9	7	8	9	10	11	12	13	4	5	6	7	8	9	10			
10	11	12	13	14	15	16	14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17			
17	18	19	20	21	22	23	21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24			
24	25	26	27	28	29	30	28	29	30	31	25	26	27	28	29	30							
31																							

■ Sol·licitud TFG	(15/11/21 i 21/12/21)
■ Assignacions tutor TFG	(6/12/21)
■ Signatura contracte d'aprenentatge	(14/12/21)
■ Recerca bibliogràfica	(15/12/21 – 25/01/22)
■ Jornades TFG	(10/1/22 i 31/3/22)
■ Tutories TFG	(11/1/22, 26/1, 9/2, 13/4, 27/4 i 11/5)
■ Introducció	(12/1/22 – 22/1/22)
■ Objectius i pregunta d'investigació	(24/1/11 – 25/1/22)
■ Cronograma	(27/1/22 i 29/1/22)
■ Lliurement memòria seguiment/final TFG	(25/2/22 i 30/5/22)
■ Metodologia	(30/1/22 – 6/2/22)
■ Resultats i discussió	(6/3/22 – 23/4/22)
■ Conclusions	(24/4/22 – 26/4/22)
■ Implicació pràctica professional	(28/4/22 – 10/5/22)
■ Correccions	(10/2/22 – 24/2/22 o 1/5/22 – 29/5/22)
■ Publicació notes parcials/Tribunal Final	(10-11/03/22 i 7-8/06/22)

9. BIBLIOGRAFIA

1. Reproductive Health Indicators. Reproductive Health and Research Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring [Internet]. Apps.who.int. 2006 [citat l'11 de desembre del 2022]. Disponible a: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43185/924156315X_eng.pdf;jsessionid=71CA506FC29076A3244D2D5E731A1A41?sequence=1
2. Idescat. Indicadores anuales. Taxa de mortalidad infantil y perinatal. [Internet]. Idescat.cat. 2021 [citat el 8 de gener del 2022]. Disponible a: <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=anuals&n=10345>
3. Duelo [Internet]. dle.rae.es. 2022 [citat el 9 de gener del 2022]. Disponible a: <https://dle.rae.es/duelo>
4. Oviedo Soto, SJ., Parra Falcón, FM., Marquina Volcanes, M. La muerte y el duelo [Internet]. Scielo.isciii.es. 2009 [citat el 9 de gener del 2022]. Disponible a: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/reflexion1.pdf>
5. Kersting A. i Waganer B. Duelo complicado tras pérdida perinatal [Internet] ncbi.nlm.nih.gov. 2012 [citat l'11 de desembre del 2022]. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3384447/>
6. López García de Madinabeitia AP. Perinatal Grief: A secret within a mystery. [Internet]. Scielo.isciii.es. 2010 [citat l'11 de desembre del 2022]. Disponible a: <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n1/05.pdf>
7. Guic Sesnic E i Salas Nicolau A. El trabajo de duelo [Internet] arsmedica.cl [citat el 18 de gener del 2022]. Disponible a: [file:///C:/Users/Usuari/Downloads/El trabajo de duelo%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuari/Downloads/El%20trabajo%20de%20duelo%20(1).pdf)
8. Martínez Osta N., Quesada Amundarain S., Subiza Pérez I., Torrea Araiz I. i Urtasun Martínez I. El duelo desautorizado: muerte perinatal. Pechos llenos, brazos vacíos [Internet]. Cop.es. 2012 [citat el 18 de gener del 2022]. Disponible a: <https://www.cop.es/uploads/PDF/DUELO-DESAUTORIZADO-MUERTE-PERINATAL.pdf>
9. Alberola Candel V., Adsuara Vicent L. i Reina López N. Intervención individual en duelo [Internet]. Seom.org. 2022 [citat el 18 de gener del 2022]. Disponible a: <https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo12.pdf>
10. Sánchez R i Echeverry J. Validación de escalas de medición en salud [Internet]. Scielosp.org. 2004 [citat el 9 de gener del 2022]. Disponible a: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2004.v6n3/302-318/>

Treball final de grau
Curs 2021/2022

11. Martínez Miguel E. Propuesta de un programa de apoyo y seguimiento para padres en proceso de duelo perinatal [Internet] repositori.udl.cat. 2016 [citad el 9 de gener del 2022]. Disponible a: <https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/57605/emartinezm.pdf?sequence=1>
12. Roca D, Bueno E, Paez I, Sales M. Pèrdua Gestacional. Acompanyament. Protocol infermer Hospital Germans Trias i Pujol. [citad el 27 d'abril del 2022]. Disponible a: file:///C:/Users/Usuari/Downloads/Perdua_gestacional_acompanyament_DR%202022.pdf
13. Becerra B, Andrés J. Calidad percibida por usuarios de enfermería en tres hospitales públicos [Internet].scielo.isciii.es. 2013 [citad el 18 de gener del 2022]. Disponible a: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/administracion2.pdf>
14. Fernández Sola C., Camacho Ávila M., Hernández Padilla J.M., Fernández Medina I.M., Jiménez López F.R., Hernández Sánchez E., et al. Impact of perinatal death on the social and family context of the parents [Internet]. Pubmed.ncbi.nlm.nih.gov. 2020 [citad el 15 de febrer del 2022]. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32422977/>
15. Thomas S., Stephens L., Mills T.A., Hughes C., Kerby A., Smith D.M. i Heazell A. Measures of anxiety, depression and stress in the antenatal and perinatal period following a stillbirth or neonatal death: a multicentre cohort study. [Internet]. Pubmed.ncbi.nlm.nih.gov. 2021 [citad el 15 de febrer del 2022]. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34886815/>
16. Hennegan J.M., Henderson J. i Redshaw M. Is partners' mental health and well-being affected by holding the baby after stillbirth? Mothers' accounts from a national survey. J Reprod Infant Psychol [Internet]. Pubmed.ncbi.nlm.nih.gov. 2018 [citad el 15 de febrer del 2022]. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29517345/>
17. Chojenta C., Harris S., Reilly N., Forder P., Austin M. P. i Loxton D. History of pregnancy loss increases the risk of mental health problems in subsequent pregnancies but not in the postpartum. PLoS One [Internet]. Pubmed.ncbi.nlm.nih.gov. 2014 [citad el 15 de febrer del 2022]. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC3986356/>
18. Koopmans L., Wilson T., Cacciatore J. i Flenady V. Support for mothers, fathers and families after perinatal death [Internet] Cochranelibrary.com. 2013 [citad el 18 de gener del 2022]. Disponible a: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000452.pub3/full?highlight=Abstract=death%7Cperinatal%7Cperinat%7Cgri>
19. Bhat A i Byatt N. Infertility and Perinatal Loss: When the Bough Breaks [Internet] ncbi.nlm.nih.gov. 2016 [citad el 18 de gener del 2022]. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26847216/>

20. Campbell-Jackson L, Bezance J, Horsch A. "Un renovado sentido de propósito": la experiencia de madres y padres de tener un hijo después de una muerte fetal reciente. [Internet]. Pubmed.ncbi.nlm.nih.gov. 2014 [citad el 18 de gener del 2022]. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25522655/>
21. Fernández Ordóñez E., Rengel Díaz C., Morales Gil I.M. i Labajos Manzanares M.T. Post-traumatic stress disorder after subsequent birth to a gestational loss: An observational study [Internet] scielo.org. 2020 [citad el 18 de gener del 2022]. Disponible a: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252020000300129%20&lang=es
22. Stordeur M., Pía Vernengo M. INTERVENCIONES Y ACCIONES TERAPÉUTICAS [Internet]. Uba.ar. 2019. Pàgina: 2 [citad el 21 de febrer del 2022]. Disponible a: https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/intervenciones_terapeuticas_stordeu_vernengo_2019.pdf
23. Arrieta E. Diferencia entre país desarrollado y país subdesarrollado [Internet]. Diferenciador. 2018 [citad el 21 de febrer del 2022]. Disponible a: <https://www.diferenciador.com/paises-desarrollados-y-paises-subdesarrollados/>
24. Diagnóstico enfermero: las características definitorias [Internet]. Elsevier Connect. 2019 [citad el 21 de febrer del 2022]. Disponible a: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/edu-diagnostico-enfermero-las-caracteristicas-definitorias>
25. Camacho-Ávila M, Fernández-Sola C, Jiménez-López FR, Granero-Molina J, Fernández-Medina IM, Martínez-Artero L, et al. Experience of parents who have suffered a perinatal death in two Spanish hospitals: a qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2019 [citad el 15 de març del 2022]. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6923983/>
26. Boyden JY, Kavanaugh K, Issel LM, Eldeirawi K, Meert KL. Experiences of african american parents following perinatal or pediatric death: a literature review. Death Stud [Internet]. 2014 [citad el 11 d'abril del 2022]. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3994462/>
27. Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. Dialogues Clin Neurosci [Internet]. 2012 [citad el 14 de març del 2022]. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22754291/>

28. Ramirez FD, Bogetz JF, Kufeld M, Yee LM. Professional bereavement photography in the setting of perinatal loss: A qualitative analysis. *Glob Pediatr Health* [Internet]. 2019 [citat el 16 de març del 2022]. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6572886/>
29. Hennegan JM, Henderson J, Redshaw M. Is partners' mental health and well-being affected by holding the baby after stillbirth? Mothers' accounts from a national survey. *J Reprod Infant Psychol* [Internet]. 2018 [citat el 21 d'abril del 2022]. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5974507/>
30. Johnson JE, Price AB, Kao JC, Fernandes K, Stout R, Gobin RL, et al. Interpersonal psychotherapy (IPT) for major depression following perinatal loss: a pilot randomized controlled trial. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2016 [citat el 21 d'abril del 2022]. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6372988/>
31. Rosenbaum JL, Smith JR, Yan Y, Abram N, Jeffe DB. Impact of a neonatal-bereavement-support DVD on parental grief: A randomized controlled trial. *Death Stud* [Internet]. 2015 [citat el 17 de març del 2022]. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4382412/>
32. Blood C, Cacciatore J. Best practice in bereavement photography after perinatal death: qualitative analysis with 104 parents. *BMC Psychol* [Internet]. 2014 [citat el 16 de març del 2022]. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4362629/>
33. Fernández-Sola C, Camacho-Ávila M, Hernández-Padilla JM, Fernández-Medina IM, Jiménez-López FR, Hernández-Sánchez E, et al. Impact of perinatal death on the social and family context of the parents. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [citat el 14 de març del 2022]. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7277582/>
34. Sutan R, Miskam HM. Psychosocial impact of perinatal loss among Muslim women. *BMC Womens Health* [Internet]. 2012 [citat el 24 de març del 2022]. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3492027/>
35. deMontigny F, Verdon C, Meunier S, Gervais C, Coté I. Protective and risk factors for women's mental health after a spontaneous abortion. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2020 [citat el 23 d'abril del 2022]. Disponible a: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/XYnPPrJzwnN3zBynRHHO4NN/?format=pdf&lang=es>
36. Ridaura I, Penelo E, Raich RM. Depressive symptomatology and grief in Spanish women who have suffered a perinatal loss. *Psicothema* [Internet]. 2017 [citat el 24 d'abril del 2022]. Disponible a: <https://www.psicothema.com/pdf/4361.pdf>

37. Mota C, Sánchez C, Carreño J, Gómez ME. Los estilos de afrontamiento como predictores del duelo perinatal. Revista Argentina de ciencias del comportamiento [Internet] 2021 [citad el 25 d'abril del 2022]. Disponible a: [file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet-LosEstilosDeAfrontamientoComoPredictoresDelDueloPe-7898562%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet-LosEstilosDeAfrontamientoComoPredictoresDelDueloPe-7898562%20(1).pdf)
38. Campbell-Jackson L, Bezance J, Horsch A. "A renewed sense of purpose": mothers' and fathers' experience of having a child following a recent stillbirth. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2014 [citad el 23 de març del 2022]. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4279693/>
39. Chojenta C, Harris S, Reilly N, Forder P, Austin M-P, Loxton D. History of pregnancy loss increases the risk of mental health problems in subsequent pregnancies but not in the postpartum. PLoS One [Internet]. 2014 [citad el 23 d'abril del 2022]. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3986356/>
40. Farrales LL, Cacciatore J, Jonas-Simpson C, Dharamsi S, Ascher J, Klein MC. What bereaved parents want health care providers to know when their babies are stillborn: a community-based participatory study. BMC Psychol [Internet]. 2020 [citad el 16 de març del 2022]. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7027220/>
41. Bedwell C, Blaikie K, Actis Danna V, Sutton C, Laisser R, Tembo Kasengele C, et al. Understanding the complexities of unexplained stillbirth in sub-Saharan Africa: a mixed-methods study. BJOG [Internet]. 2021 [citad el 24 de març del 2022]. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8248405/>
42. Roberts L, Renati SJ, Solomon S, Montgomery S. Stillbirth and infant death: mental health among low-income mothers in Mumbai. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2021 [citad el 23 d'abril del 2022]. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8037900/>
43. Duelo en la maternidad y en la reproducción. Intervención de la matrona [Internet]. RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citad el 21 de maig del 2022]. Disponible a: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/duelo-en-la-maternidad-y-en-la-reproduccion-intervencion-de-la-matrona/>
44. Intervenciones de enfermería ante la pérdida perinatal en una unidad neonatal [Internet]. RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citad el 21 de maig del 2022]. Disponible a: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/intervenciones-de-enfermeria-ante-la-perdida-perinatal-en-una-unidad-neonatal/>

Treball final de grau
Curs 2021/2022

45. Mota González C, Calleja Bello N, Aldana E, María C, Gómez López E, Antonio M, et al. Perinatal Grief Scale: Validation in Mexican Women with Gestacional Loss [Internet] scielo.org.co. 2010 [citat l'11 de gener del 2022]. Disponible a: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v43n3/v43n3a03.pdf>
46. Ruscio J. i Ruscio A.M. A Structure-Based Approach to Psychological Assessment. Matching Measurement Models to Latent Structure [Internet] 2002. [citat l'11 de gener del 2022]. Disponible a: [file:///C:/Users/Usuari/Downloads/Perinatal_Bereavement_Grief_Scale%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Usuari/Downloads/Perinatal_Bereavement_Grief_Scale%20(3).pdf)
47. García-García JA, Landa Petralanda V, Trigueros Manzano MC, Gaminde Inda I. Inventario de experiencias en duelo (IED): adaptación al castellano, fiabilidad y validez [Internet] reader.elsevier.com. 2001 [citat l'11 de gener del 2022]. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656701787793?token=AB77EE819F597881331AFE3D609FF2921FB19334BD2F4880B24F8AA4FDFD52D400B9988F601B47FABA5CA33D1A08658D&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220111165027>
48. Gamba-Collazos HA, Navia Arroyo CE. Adaptación del Inventario de Duelo Complicado en Población Colombiana. [Internet]. scielo.org. 2017 [citat l'11 de gener del 2022]. Disponible a: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-54692017000100015
49. Samper Lucena E. Adaptación psicométrica del inventario de Texas revisado de duelo (ITRD) en población militar española joven adulta [Internet] scielo.isciii.es. 2011 [citat l'11 de gener del 2022]. Disponible a: <https://scielo.isciii.es/pdf/sm/v67n3/articulo3.pdf>
50. Ortiz YMB, Victoria CAL, Ruiz GG. Utilidad del cuestionario SERVQHOS-E para medir calidad percibida de la atención de Enfermería. [Internet]. Dialnet.unirioja.es 2014 [citat l'11 de gener del 2022]. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4974879>

10. ANNEXOS

10.1. Annex 1.

Escala	Perinatal Grief Scale (PGS)
Autors	Potvin, Lasker i Toedter (1984-1989)
Ítems	33 ítems (Likert). "Totalment d'acord" (1 punt) - "Totalment en desacord" (5 punts).
Subescales	<ul style="list-style-type: none"> - Dol activat (11 ítems): reaccions fisiològiques del dol - Dificultat per fer front a la pèrdua (11 ítems): descriu l'estat mental fent èmfasi en símptomes de depressió, culpa... - Desesperança (11 ítems): aquells símptomes que perduren en el temps
Puntuació	Puntuació màxima de 165 punts i mínima de 33 punts. Una puntuació superior a 90 punts correspon a una patologia psiquiàtrica.
Aplicabilitat	Mesura de la duració del dol perinatal, l'efecte d'un nou embaràs durant el període del dol i l'associació entre la intensitat del dol i l'edat gestacional ^[45] .

Escala	Perinatal Bereavement Grief Scale (PBGS)
Autors	Ritsher i Neugenbauern (2000)
Ítems	15 ítems (Likert)
Puntuació	Puntuació màxima de 60 punts i mínima de 15
Aplicabilitat	Valoració del dol i anhel en dones que han patit un avortament. ^{[45][46]}

Treball final de grau
Curs 2021/2022

Escala	Inventari d'Experiències en Dol (IED)
Autors	Catherine Sanders (1977)
Ítems	135 ítems (Dicotòmic: vertader/Fals)
Subescales	18 escales <ul style="list-style-type: none"> - 3 que mesuren la validesa (negació, respostes atípiques i desig social) - 9 que mesuren la clínica (desesperança, enuig, culpa, aïllament social, pèrdua de control, despersonalització, somatització i ansietat davant la mort) - 6 experimentals (alteracions de la son, pèrdua de la gana, pèrdua d'energia, símptomes físics, optimisme/desesperança i dependència)
Puntuació	Puntuació màxima de 187 punts.
Aplicabilitat	Exploració de 3 àrees (Somàtica, emocional i relacional) ^[47] .

Escala	Inventari de Dol Complicat (Adaptació espanyola del Inventory of Complicated Grief (ICG))
Autors	Limonero, Lacasta, García, Maté i Prigerson (2009).
Ítems	19 ítems (Likert). "Mai" (0 punts) - "Sempre" (4 punts)
Puntuació	Puntuació mínima de 0 punts i màxima de 76 punts. Una puntuació superior a 25 punts correspon a la presència d'un dol complicat.
Aplicabilitat	Avaluar els símptomes associats al dol per determinar quins corresponen a un dol "normal" i quins a un dol "complicat" ^{[11][48]} .

Treball final de grau
Curs 2021/2022

Escala	Inventari de Texas Revisat de Dol (ITRD)
Autors	Thomas Faschingbauer, De Vul i Zissok (1977)
Ítems	21 ítems (Likert). "Completament vertader" (5 punts) - "Completament fals" (1 punt)
Subescales	<ul style="list-style-type: none"> - Dol agut a continuació de la pèrdua (8 ítems) - Dol actual (13 ítems)
Puntuació	<ul style="list-style-type: none"> - Dol agut: Puntuació mínima de 8 punts i màxima de 40 punts - Dol actual: Puntuació mínima de 13 punts i màxima de 65 punts
Aplicabilitat	Classificar a les dones que han patit una pèrdua en 4 grups: absència de dol, dol retardat, dol prolongat i dol agut ^[49] .

Escala	Escala SERVQHOS-E
Autors	Barragán i Manrique
Ítems	16 ítems (Likert). "Molt pitjor del que esperava" (1 punt) - "Molt millor del que esperava" (5 punts).
Subescales	<ul style="list-style-type: none"> - Qualitat objectiva (4 ítems) - Qualitat subjectiva (12 ítems) - 2 preguntes de satisfacció general - 5 preguntes sociodemogràfiques
Puntuació	Puntuació mínima de 16 punts i màxima de 80 punts
Aplicabilitat	Mesurar la qualitat percebuda pels pacients sobre l'atenció sanitària rebuda per part del personal d'infermeria, destacant aspectes com el tracte, la confiança, la cura individualitzada i la preparació del personal ^{[49][50]} .

Taula 4: Escales de valoració dol perinatal

Treball final de grau
Curs 2021/2022

10.2. Annex 2

Base de dades	Estratègia de cerca	Paraules claus	Nº d'articles cercats	Nº d'articles cercats amb criteris d'inclusió	Nº d'articles seleccionats amb la lectura de l'abstract	Nº d'articles seleccionats amb la lectura completa del text
Medline	Any de publicació: 2011-2021 Anglès Espanyol Català	Grief AND Perinatal AND Death	361	156	20	12
Medline	Any de publicació: 2011-2021 Anglès Espanyol Català	Post-traumatic effects AND Perinatal AND Death	20	13	5	2
Medline	Any de publicació: 2011-2021 Anglès Espanyol Català	Risk factors AND Perinatal grief	39	22	6	2
Medline	Any de publicació: 2011-2021 Anglès Espanyol Català	Therapeutic intervention AND Perinatal death	2.548	2.390	6	0
Scielo	Any de publicació: 2011-2021 Anglès Espanyol Català	Duelo perinatal	15	13	5	2
Dialnet	Any publicació 2011- 2021 Anglès Espanyol Català	Estudis AND Dol perinatal	40	35	4	2
Dialnet	Any de publicació: 2011-2021 Anglès Espanyol Català	Intervención AND Duelo perinatal	16	14	5	2
Cochrane	Any de publicació: 2011-2021 Anglès Espanyol Català	Grief AND Perinatal death	12	9	1	1

Taula 5: Metodologia de la cerca

10.3. Annex 3

(Part 1)

Nº ref	Títol	Autor	Factor d'impacte	Idioma	Any de publicació	País d'estudi	Tipus d'estudi	Objectiu
1	Complicated grief after perinatal loss	Anette Kersting Birgit Wagner	IF: 5,99 ; Q1	Anglès	2012	-	Revisió de la literatura	Determinar les reaccions complicades del dol arran una pèrdua perinatal
2	Experience of parents who have suffered a perinatal death in two spanish hospitals: a qualitative study	Marcos Camacho-Ávila, Cayetano Fernández-Sola, Francisca Rosa Jiménez-López, José Granero-Molina, Isabel María Fernández-Medina, Laura Martínez-Artero, y José Manuel Hernández-Padilla	IF: 2.24; Q1	Anglès	2019	Espanya	Estudi qualitatiu	Descriure i comprendre les experiències i percepcions dels pares que han patit una mort perinatal.
3	Impact of perinatal death on the social and family context of the parents	Cayetano Fernández-Sola, Marcos Camacho-Ávila, José Manuel Hernández-Padilla, Isabel María Fernández-Medina, Francisca Rosa Jiménez-López, Encarnación Hernández-Sánchez, María Belén Conesa-Ferrer and José Granero-Molina	IF: 2.85; Q2	Anglès	2020	Espanya	Estudi qualitatiu	Explorar, descriure i comprendre l'impacte de la mort perinatal en la vida social i familiar dels pares

Nº ref	Títol	Autor	Factor d'impacte	Idioma	Any de publicació	País d'estudi	Tipus d'estudi	Objectiu
4	Infertility and perinatal loss: When the bough breaks	Amritha Bhat y Nancy Byatt	IF: 5.29; Q1)	Anglès	2016	-	Revisió de la bibliografia	Resumir estudis i revisions recents que examinin els aspectes psiquiàtrics de la infertilitat i la pèrdua perinatal i oferir recomanacions per la detecció i tractament.
5	Best practice in bereavement photography after perinatal death: qualitative analysis with 104 parents	Sangre de Cibeles y Joanne Cacciatore	IF: 1.96; Q1	Anglès	2014	Estats Units	Anàlisi qualitatiu	Analitzar l'experiència dels pares per a la comprensió de les millors pràctiques sobre la fotografia del dol perinatal.
6	Impact of a neonatal-bereavement - support DVD on parental grief: a randomized controlled trial	Joan L. Rosenbaum, Joan R. Smith, Yan Yan, Nancy Abram i Donna B. Jeffe	IF: 2.25; Q3	Anglès	2014	Estats Units	Assaig controlat aleatori	Determinar l'efecte d'un DVD de suport al dol en pares que acaben de patir una mort del seu nadó en comparació amb l'atenció estàndard pel dol.
7	"A renewed sense of purpose" mothers' and fathers' experience of having a child following a recent stillbirth	Louise Campbell-Jackson, Jessica Bezance i Antje Horsch	IF: 2.24; Q1	Anglès	2014	-	Anàlisi fenomenològic interpretatiu	Identificar l'experiència de convertir-se en pares d'un nadó sa després d'una mort fetal.

Nº ref	Títol	Autor	Factor d'impacte	Idioma	Any de publicació	País d'estudi	Típus d'estudi	Objectiu
		Recorte rectangular						
8	Is partners' mental health and well-being affected by holding the baby after stillbirth? Mothers' accounts from a national survey	Julie M. Hennegan, Jane Henderson i Maggie Redshawa	IF: 2.48; Q2	Anglès	2018	Anglaterra, Regne Unit.	Anàlisi secundari a un qüestionari.	Avaluar els efectes en la salut i el benestar de la parella de tenir un nadó mort.
9	Interpersonal psychotherapy (IPT) for major depression following perinatal loss: a pilot randomized controlled trial	Jennifer E. Johnson , Ann Back Price , Jennifer Chienwen Kao , Karen Fernandes , Robert Stout , Robyn Gobin y Caron Zlotnick	IF: 3.63; Q2	Anglès	2019	Estats Units	Assaig pilot controlat obert	Examinar la viabilitat, acceptabilitat i eficàcia preliminar d'una psicoteràpia interpersonal (IPT) adaptada pel trastorn depressiu major (TDM) després d'una pèrdua perinatal.
10	Support for mothers, fathers and families after perinatal death	Laura Koopmans, Trish Wilson, Joanne Cacciatore, Vicki Flenady	IF: 9.27; Q1	Anglès	2013	-	Revisió bibliogràfica	Avaluar l'efecte de qualsevol forma d'intervenció sobre pares i famílies que experimenten una mort perinatal.

Nº ref	Títol	Autor	Factor d'impacte	Idioma	Any de publicació	País d'estudi	Tipus d'estudi	Objectiu
		<ul style="list-style-type: none"> Recorte rectangular 						
11	What bereaved parents want health care providers to know when their babies are stillborn: a community-based participatory study	Lynn L. Farrales, Joanne Cacciatore, Christine Jonas-Simpson, Shafik Dharamsi, Jaime Ascher i Michael C. Klein	IF: 1.96; Q1	Anglès	2020	Canada	Investigació participativa qualitativa	Explorar l'experiència dels pares en dol durant la interacció amb els proveïdors d'atenció mèdica durant i després d'una mort fetal.
12	Professional bereavement photography in the setting of perinatal loss: A qualitative analysis	Faustine D. Ramirez, Jori F. Bogetz, Megan Kufeld i Lynn M. Yee	IF: 1; Q1	Anglès	2019	Washington, Estats Units.	Anàlisi qualitatiu	Comprendre el paper de la fotografia professional de dol per ajudar en el procés de dol als pares que han perdut un fetus o un nadó.

Nº ref	Títol	Autor	Factor d'impacte	Idioma	Any de publicació	País d'estudi	Tipus d'estudi	Objectiu
		<ul style="list-style-type: none"> Recorte rectangular 						
13	Post-traumatic stress disorder after subsequent birth to a gestational loss: An observational study	Eloísa Fernández Ordóñez, Cristóbal Rengel Díaz, Isabel María Morales Gil, María Teresa Labajos Manzanares	X	Anglès	2020	Espanya	Estudi observacional, descriptiu i transversal	Identificar la prevalença del trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT) entre dones postpart que donen a llum després d'haver patit una pèrdua gestacional prèvia i identificar possibles relacions entre el TEPT i les variables estudiades.
14	Los estilos de afrontamiento como predictores de duelo perinatal	Mota Cecilia, Sánchez Bravo Claudia, Carreño Meléndez Jorge i Gómez López María Eugenia	x	Espanyol	2021	Mèxic	Estudi no experimental, transversal i correlacional	Determinar la relació entre el tipus d'afrontament i la intensitat del dol i conèixer els estils d'afrontament que resulten predictors confiables per a la intensitat del dol perinatal.
15	Depressive symptomatology and grief in Spanish women who have suffered a perinatal loss	Isabel Ridaura, Eva Penelo and Rosa M. Raich	IF: 3.89; Q1	Anglès	2017	Barcelona, Espanya	Estudi prospectiu	Descriure l'evolució del procés de dol i la simptomatologia depressiva al llarg de l'any que segueix la pèrdua perinatal i estudiar-ne l'associació amb factors socioeconòmics i obstètrics.

Nº ref	Títol	Autor	Factor d'impacte	Idioma	Any de publicació	País d'estudi	Tipus d'estudi	Objectiu
16	Protective and risk factors for women's mental health after a spontaneous abortion	Francine de Montigny, Chantal Verdon, Sophie Meunier, Christine Gervais i Isabel Coté	IF: 1.3; Q2	Anglès	2020	Quebec, Canada	Estudi transversal	Examinar factors de protecció i risc personals i contextuals associats a la salut mental de la dona després d'un avortament espontani.
17	History of pregnancy loss increases the risk of mental health problems in subsequent pregnancies but not in the postpartum	Catherine Chojenta, Sheree Harris, Nicole Reilly, Peta Forder, Marie-Paule Austin and Deborah Loxton	IF: 3.24; Q2	Anglès	2014	Austràlia	Estudi de cohort, prospectiu i longitudinal	Examina l'impacte de qualsevol mena de pèrdua d'embaràs a la salut mental en embarassos posteriors i postpart.
18	Stillbirth and infant death: mental health among low-income mothers in Mumbai	Lisa Roberts, Solomon J. Renati, Shreeletha Solomon i Susanne Montgomery	IF: 2.24; Q1	Anglès	2021	Mumbai, Índia	Estudi transversal de mètode mixt	Avaluar la salut mental entre una mostra de dones que viuen en barris marginals de Mumbai amb antecedents de part recent, mort fetal o mort infantil, que estan en risc de dol perinatal, depressió postparto o seqüeles de salut mental

Nº ref	Títol	Autor	Factor d'impacte	Idioma	Any de publicació	País d'estudi	Tipus d'estudi	Objectiu
19	Psychosocial impact of perinatal loss among Muslim women	Sutan R i Mohd Miskam H	IF: 1.54; Q2	Anglès	2012	Malasia	Estudi qualitatiu, exploratori i descriptiu	Explorar l'experiència psicosocial i el suport després d'una pèrdua perinatal en dones musulmanes.
20	Understanding the complexities of unexplained stillbirth in sub-Saharan Africa: a mixed-methods study	Bedwell C., Blaikie K., Actis Danna V., Sutton C., Laisser R, Tembo Kasengele C., Wakasiaka S., Victor S. i Lavender T	IF: 6.53; Q1	Anglès	2021	Tanzania i Zambia, Àfrica Subsahariana	Estudi convergent de mètode mixt i disseny paral·lel	Comprendre les complexitats que envolten les morts perinatals inexplicables per permetre el desenvolupament i la implementació d'intervencions per donar suport a l'atenció adequada per a les dones a Tanzània i Zàmbia
21	Experiences of African American Parents Following Perinatal or Pediatric Death: A Literature Review	Boyden J., Kavanaugh K., Issel L.M., Eldeirawi K. i Meert K.L.	IF: 2.25; Q3	Anglès	2015	Estats Units	Revisió de la literatura	Escriure les respostes al dol, els resultats i les implicacions per als pares afroamericans que han experimentat la mort del seu fill durant l'embaràs, la infància o la infantesa.

Nº ref	Títol	Autor	Factor d'impacte	Idioma	Any de publicació	País d'estudi	Tipus d'estudi	Objectiu
22	Duelo en la maternidad y la reproducción. Intervención de la matrona.	Borrego L, Matas C, Del Fresno M	-	Espanyol	2021	-	Revisió de la literatura	Adquirir coneixements sobre el procés de dol en la maternitat i en la reproducció per unes cures adequades.
23	Intervención de enfermería ante la pérdida perinatal en una unidad neonatal	Aguado A, Navarro M, Martínez L, Peñalva E, Ballarín A, Sanz N	-	Espanyol	2021	-	Revisió de la literatura	Descriure les intervencions més apropiades per humanitzar l'assistència prestada pels professionals sanitaris a famílies que han patit la pèrdua d'un fill durant el període neonatal.

Treball final de grau
Curs 2021/2022

(Part 2)

Nº ref	Mostra	Resultats	Prevalença	Escala	Temps d'estudi
1	-	<p>El dol disminueix durant els primers 12 mesos fins als 2 anys posteriors a la pèrdua. La seva màxima manifestació és al voltant dels 6 mesos posteriors.</p> <p>Alguns factors que predisposen al dol complicat són la falta de suport social, problemes en la relació amb la parella, antecedents de pèrdues fetals...</p> <p>Es produeix un increment dels símptomes psicopatològics amb accions com sostenir i veure al nadó o la visualització d'ecografies.</p>	<p>Al cap de 2 anys, el 41% dels participants presentaven una disminució del dol i el 59% restant presentaven patrons diferents.</p>	-	-
2	13 mares i 8 pares	<p>Factors que agreugen el dol són el treball de part en morts perinatals ja conegudes o les morts que es produeixen durant la primera setmana, pel fet que s'estableix un vincle més fort, amb un consegüent increment de factors posttraumàtics.</p> <p>Un factor protector és poder acomiadar-se del nadó, establir un vincle i guardar objectes personals seus.</p> <p>Poder inscriure al nadó mort en el llibre familiar és un concepte fonamental pels pares, ja que atorga identitat i realitat a l'existència d'aquest fill.</p>	<p>Es van registrar 2,6 milions de morts perinatals en 2017.</p> <p>La taxa de mortalitat perinatal en Espanya en el 2018 és de 4.20 morts per cada 1000 nascuts vius.</p>	-	Abril 2016 - Maig 2017

Nº ref	Mostra	Resultats	Prevalença	Escala	Temps d'estudi
3	21 participants	<p>Les dones consideren que el dol que pateixen els homes no és equiparable al seu, ja que no han gestat al fill i el vincle no és el mateix.</p> <p>Els homes manifesten no tenir el suport social i mèdic suficient i no poder expressar el que senten per haver de protegir a les mares.</p> <p>Altres fills de la parella tampoc reben el suport adequat per aprendre a gestionar aquesta situació d'haver perdut a un germà.</p> <p>S'ha demostrat idees contraposades respecte al vincle amb els fills ja nascuts, on certs pares manifesten un efecte de sobreprotecció, mentre d'altres manifesten manca d'atenció.</p> <p>Nous embarassos posteriors a una pèrdua es viuen amb temor, estrès i ansietat i s'interioritzen les experiències i sentiments passats.</p> <p>Alguns pares van manifestar sentir-se incompresos socialment quant al dol que patien o que aquest es veia minimitzat o injustificat i per aquest motiu preferien aïllar-se.</p>	<p>Aproximadament el 2% dels embarassos finalitza en mort fetal.</p> <p>La taxa de mort perinatal mundial és de 2.7 milions per any.</p> <p>En Europa és de 5.5 morts per cada 1000 naixements.</p> <p>En Espanya és de 4.43 morts per cada 1000 naixements.</p>	-	-

Nº ref	Mostra	Resultats	Prevalença	Escala	Temps d'estudi
4	-	<p>La incapacitat de concepció, pot provocar dol, depressió, ansietat i estrès posttraumàtic i s'associa a infertilitat i avortaments espontanis.</p> <p>Certs factors de risc de desenvolupar depressió són els rols de gènere, pressió social, autocrítica, impotència... Un factor protector de la depressió i ansietat és el suport social.</p> <p>Les dones que han patit una pèrdua perinatal presenten 4 cops més probabilitat de desenvolupar depressió i 7 cops més probabilitats de desenvolupar estrès posttraumàtic. El risc de patir ansietat incrementa durant els primers 4 mesos.</p> <p>El dol disminueix significativament durant els 6 primers mesos, encara que pot persistir fins a 2 anys.</p> <p>Alguns tractaments que han demostrat beneficis psicològics són passar temps amb el nadó, activitat física, DVD's, teràpies cognitiu-conductuals... Tractaments que no han demostrat empíricament la seva eficàcia són l'assessorament, sostenir el nadó mort...</p>	<p>El trauma que esdevé de la infertilitat afecta un 15% de les dones.</p> <p>Entre les dones que se sotmeten a tractaments de fertilitat, el 17-19,5% presenten trastorns depressius majors i entre els homes suposa un 15,3%.</p> <p>Entre les dones que se sotmeten a tractaments de fertilitat, les taxes de trastorns d'ansietat generalitzada representen el 23,3%.</p> <p>Entre el 50-80% de les parelles que pateixen una pèrdua perinatal es tornen a quedar embarassades.</p>		2015 (Gener - Setembre)

Nº ref	Mostra	Resultats	Prevalença	Escala	Temps d'estudi
5	104 participants	<p>Alguns dels motius pels quals no es realitzen fotografies són l'estat de shock, no concebre aquesta idea en el moment, no disposar d'una càmera, no poder una decisió meditada i lògica, no tenir un suport extern que prengui aquesta decisió pels pares, no disposar de temps suficient amb el nadó...</p> <p>Certs pares van declinar l'opció de fer fotografies, ja que aquestes no s'ajustaven a la realitat pel fet que estava mort, no obstant això, durant l'estudi van manifestar penediment.</p> <p>Entre els pares que van poder compartir alguns dies de vida amb el nadó, existeixen opinions contraposades, pel fet que alguns pares manifestaven tenir ja fotografies del nen viu i preferien guardar aquest record, mentre d'altres preferien tenir simplement un nombre major de fotografies independentment de l'estat del nadó.</p>	Només al 78,8% dels participants se'ls va preguntar si volien fotografies.		Octubre 2011 - abril 2012

Nº ref	Mostra	Resultats	Prevalença	Escales	Temps d'estudi
6	160 participants	<p>La diferència entre gèneres és que les mares al cap de 3 mesos presenten nivells de depressió superiors.</p> <p>Els participants que van visualitzar el DVD presentaven nivells de dol i depressió superiors respecte als que no, durant els 3 mesos posteriors.</p> <p>Als 12 mesos, no es van identificar diferències en el dol entre els pares que van visualitzar o no el DVD.</p> <p>Malgrat que s'ha demostrat una disminució de la salut mental en els pares que han visualitzat el DVD, aquests recomanen l'experiència i manifesten ser d'ajuda.</p>	<p>¼ parts de les morts infantils succeeixen durant el període perinatal</p>	<p>Escala de dol perinatal</p> <p>Centre d'estudis epidemiològics-depressió (CES-D)</p> <p>Real entrevista gratuïta per creences espirituals i religioses</p> <p>Escala de provisions socials</p>	<p>Gener 2008 - octubre 2010</p>

Nº ref	Mostra	Resultats	Prevalença	Escala	Temps d'estudi
7	14 parelles	<p>S'ha observat que el rol associat a les mares és protegir al fill i el dels pares és protegir i donar suport a la parella.</p> <p>Els homes manifesten no trobar espai per poder expressar els seus sentiments i haver de mostrar-se forts per la parella.</p> <p>A mesura que avancen les setmanes de gestació, la preocupació i inseguretats respecte a la viabilitat de l'embaràs disminueix, sobretot quan es dona a llum a un nen sa.</p> <p>S'ha descobert que en embarassos posteriors a una pèrdua, el sentiment d'ansietat incrementa i el vincle patern-fetal disminueix, ocasionant un bloqueig de l'alegria en el moment de part per falta d'adaptació i temor.</p> <p>Crear un llegat i donar realitat a l'existència d'un fill facilita als pares al procés d'acceptació i benestar psicològic.</p>	<p>El 24,6% de les mares se senten culpables per la pèrdua, la qual cosa es tradueix a un increment de la depressió i l'ansietat.</p> <p>El 50% de les mares es tornen a quedar embarassades en un període aproximat d'1 any posterior a la pèrdua perinatal.</p>	-	-

Nº ref	Mostra	Resultats	Prevalença	Escala	Temps d'estudi
8	455 participants	<p>La pràctica de veure i sostenir al nadó mort va suposar un increment en la depressió, ansietat i estrès posttraumàtic al cap de 3 mesos, la qual cosa va disminuir en la comprovació al cap dels 9 mesos.</p> <p>No s'ha determinat diferències significatives entre sostenir al nadó o no als 9 mesos.</p> <p>Sostenir al nadó suposa un increment de 2.72 punts de desenvolupar depressió i de 1.95 cops de desenvolupar estrès posttraumàtic.</p> <p>Les dones van presentar més dificultats en la relació amb les seves parelles que els homes.</p> <p>No s'ha detectat diferències en les relacions de parella als 3 i 9 mesos en funció de sostenir al nadó o no.</p>	<p>El 81,5% dels pares van veure i sostenir el nadó mort.</p> <p>El 10,3% dels pares només el van veure.</p> <p>El 8,1% dels pares no el van veure ni sostenir.</p>	-	2012

Nº ref	Mostra	Resultats	Prevalença	Escales	Temps d'estudi
9	50 dones	<p>L'IPT presenta més efectivitat que la CWD.</p> <p>Els beneficis de la IPT manifestats pels participants són l'oportunitat d'expressar i normalitzar sentiments. Els beneficis obtinguts de la CWD són l'aprenentatge d'habilitats de relaxació.</p> <p>El temps que requereix la IPT per mostrar resultats són 15 setmanes i la CWD són 22 setmanes.</p> <p>No s'han establert diferències significatives quant a la disminució del dol complicat.</p> <p>La taxa de recuperació dels trastorns de depressió major incrementen en un 20% en augmentar el nombre de sessions dels tractaments.</p>	<p>Els participants que s'han sotmès a la IPT tenen un 35% més de possibilitats de recuperar-se del trastorn de depressió major.</p> <p>Els participants sotmesos a la IPT tenen 5 cops més probabilitats de recuperar-se del trastorn d'estrès posttraumàtic.</p>	<p>Escala de dol per un dol perinatal</p> <p>Inventari de dol complicat</p> <p>Qualificacions de l'estat psiquiàtric (PSR)</p> <p>Escala de qualificació de Hamilton Modificada per la Depressió (HRSD)</p> <p>Inventari de Depressió de Beck-II autoinforme</p> <p>Escala multidimensional de suport social percebut</p>	<p>Juny 2011 - Juliol 2014</p>

Nº ref	Mostra	Resultats	Prevalença	Escales	Temps d'estudi
10	83 participants	<p>Els símptomes de dol desaparèixer entre els 6-12 mesos posteriors a la pèrdua. La normalització del procés de dol ocorre a partir dels 5-18 anys.</p> <p>L'estrès posttraumàtic tendeix a desaparèixer al cap de 14 mesos, mentre que l'ansietat és més present al voltant dels 14 mesos.</p> <p>El suport per part dels professionals sanitaris als pares és fonamental a l'hora de prendre decisions, no obstant això, no s'ha demostrat una disminució del dol en relació amb la participació dels pares en la presa de decisions.</p> <p>S'ha demostrat que sostenir i veure al nadó mort incrementa els nivells d'ansietat i d'estrès posttraumàtic, no obstant això, ho consideren una experiència valuosa.</p> <p>Emmagatzemar records del nadó no s'ha relacionat amb un empitjorament psicològic.</p> <p>S'ha demostrat l'eficàcia de teràpies cognitiu-conductuals en la millora de l'estrès posttraumàtic, dol i salut mental.</p>	<p>Un 20% de dones embarassades posteriorment a una pèrdua perinatal presenten estrès posttraumàtic en comparació al 5-10% de la població general.</p> <p>Posposar donar a llum a un fetus mort més de 24h incrementa 5 cops l'ansietat a llarg termini.</p> <p>El risc de separació entre els pares arran d'una mort perinatal és del 40%.</p>	-	2013

Nº ref	Mostra	Resultats	Prevalença	Escales	Temps d'estudi
11	27 parelles	<p>No es van detectar diferències entre gèneres respecte a parlar sobre el trauma, el dol que patien, la necessitat de suport social...</p> <p>El tema principal de preocupació és el reconeixement del nadó com un ésser insubstituïble. Altres aspectes a tenir en compte són el reconeixement del dol, no tractar al nadó de forma deshumanitzada i despersonalitzada...</p> <p>Hem de tenir en compte factors que agreugen el trauma com compartir habitació amb mares que han donat a llum un nadó sa, escoltar plors, veure imatges de pares amb els seus fills... i procurar crear un ambient empàtic a través de la senyalització de l'habitació, insonoritzar-la, manifestar preocupació per part del personal...</p> <p>Els participants manifesten satisfacció amb accions terapèutiques rebudes com trucades telefòniques de seguiments, suport mèdic, grups de suport...</p>	Aproximadament 2,6 milions de nadons neixen morts en tot el món - cada any.		2013

Nº ref	Mostra	Resultats	Prevalença	Escales	Temps d'estudi
12	23 participants	<p>Les fotografies serveixen com a mètode per validar l'existència del seu nadó, que han estat pares i que aquest forma part de la família encara que ja no estigui entre ells. Permeten compartir el moment amb familiars que no han estat presents en el naixement, facilitar conversacions...</p> <p>Aquesta oportunitat donava als pares un sentit de normalitat, ja que dedicaven temps a estar amb el fill, sostenir-lo, fer fotografies...</p> <p>Les fotografies han permès als pares exterioritzar i manifestar els seus sentiments, permetent poder continuar la seva vida i millorant el dol.</p>	-	-	-

Nº ref	Mostra	Resultats	Prevalença	Escales	Temps d'estudi
13	115 participants	<p>La prevalença d'estrès posttraumàtic (TEPT) en la mostra d'estudi és del 21,7%.</p> <p>La prevalença de TEPT en les dones que han patit una interrupció voluntària de l'embaràs és del 17,4%, en una interrupció de l'embaràs a causa d'anomalies fetals és del 37,5% i durant una mort fetal és del 66,7%.</p> <p>S'ha relacionat un major nivell d'estrès posttraumàtic en gestants amb més setmanes de gestació, ja que la concepció i realitat del nadó cada cop és més real.</p> <p>L'estrès posttraumàtic cedeix al cap de 2-3 anys posteriors a la pèrdua.</p>	<p>S'ha determinat que aquelles mares que no han patit cap pèrdua perinatal, presenten una taxa d'estrès posttraumàtic del 4-6%. Les que acaben de patir una pèrdua representen un 29%, en aquelles que ha passat un període d'un mes, representen un 25% i en embarassos posteriors a una pèrdua prèvia, representen el 21%.</p> <p>Entre el 50-68% de pares que pateixen una pèrdua perinatal, tornen a quedar-se embarassats.</p>	<p>Escala de trauma de Davidson</p> <p>Escala de comportament perinatal (Brazelton)</p>	Setembre de 2018

Nº ref	Mostra	Resultats	Prevalença	Escales	Temps d'estudi
14	100 participants	<p>L'ús d'un afrontament positiu redueix els símptomes negatius derivats d'una pèrdua durant un període de 6-12 mesos.</p> <p>L'afrontament positiu actua com a factors protectors del dol i patiment.</p> <p>L'afrontament d'evitació és un predictor de dol complicat i està relacionat a un increment en el nivell de dol. A l'hora de resoldre problemes, aquest mètode comporta nivells de dol inferiors.</p> <p>L'efectivitat de les estratègies d'afrontament estan relacionades amb el temps que ha passat des de la mort del nadó, setmanes de gestació i el temps que es va mantenir amb vida.</p>	<p>Al voltant del 25-30% de les mares que han patit una pèrdua perinatal poden manifestar reaccions prolongades, intenses i complicades.</p>	<p>Perinatal grief scale</p> <p>Escala d'estils d'afrontament de Lazarus i Folkman</p>	-

Nº ref	Mostra	Resultats	Prevalença	Escales	Temps d'estudi
15	70 participants	<p>S'ha detectat que els símptomes de depressió i dol són més prevalents a curt termini (sobretot 1 mes posterior a la pèrdua), però que no són rellevants a llarg termini.</p> <p>Segons l'escala BDI, els símptomes de depressió disminueixen significativament als 3 mesos posteriors a la pèrdua, però que als 6 i 12 mesos posterior la disminució no és significativa.</p> <p>Segons l'escala PGS, el dol disminueix progressivament i de forma constant durant els 3, 6 i 12 mesos posteriors a la pèrdua.</p> <p>No s'ha establert una relació entre el nivell de dol i depressió amb el nivell socioeconòmic o l'edat de la mare. Si existeix relació amb un estat gestacional més avançat.</p>	<p>La taxa de mortalitat perinatal a Espanya és de 5 morts per cada 1000 nascuts vius.</p> <p>Els símptomes de depressió estan presents en el 20-55% de les dones que han patit una pèrdua.</p>	<p>Perinatal Grief Scale (PGS)</p> <p>Beck Depression Inventory (BDI)</p> <p>Difficulty with Coping and Despair subscales</p> <p>Active grief subscale</p>	1 any

Treball final de grau
Curs 2021/2022

16	231 dones	<p>Factors de risc: nivell socioeconòmic baix, nivell educatiu baix, dones immigrants, absència de fills vius, període de temps des de l'avortament inferior a 6 mesos,</p> <p>Factors de protecció: suport social, bona relació conjugal, satisfacció amb l'atenció mèdica rebuda,</p> <p>Variables no influents: nº d'avortaments previs, edat gestacional durant la pèrdua.</p>	<p>El 55% de les participants presentaven una puntuació de depressió major superior o igual a 10 punts.</p> <p>El 27,1% presentaven puntuacions elevades de dol perinatal, superiors a 91 punts.</p> <p>No es van destacar nivells significatius d'ansietat entre la mostra.</p> <p>El 18,3% van manifestar una relació conjugal deficient.</p>	<p>Escala de Depressió Postnatal d'Edimburg, Inventari d'Ansietat Estat-Rasc (STAI-S), Perinatal Grief Scale, Escala d'Ajust Diàdic, Escala d'Avaluació del Suport Institucional</p>	2018
----	-----------	--	---	--	------

Nº ref	Mostra	Resultats	Prevalença	Escales	Temps d'estudi
17	584 participants	<p>Es va determinar que les dones que havien patit una pèrdua prèvia tenien el doble de possibilitats de manifestar preocupació excessiva amb un nou embaràs.</p> <p>No hi va haver evidència que suggerís que la pèrdua d'un embaràs anterior s'associés amb depressió, ansietat, estrès, sentiments de culpa durant l'embaràs.</p>	<p>El 45,5% de les dones van manifestar problemes emocionals durant un embaràs posterior a una pèrdua.</p> <p>El 51,9% de les dones van manifestar problemes emocionals durant un embaràs posterior a una pèrdua</p> <p>La prevalença d'ansietat, estrès i tristesa durant un embaràs posterior a una pèrdua és de 26,4%, 25% i 20,2% respectivament.</p> <p>La prevalença de la tristesa, estrès i ansietat durant el període postnatal és de 30,1%, 25,3% i 22,3% respectivament.</p>	-	-

Nº ref	Mostra	Resultats	Prevalença	Escales	Temps d'estudi
18	260 participants	<p>Els factors de risc de mortinatalitat i mort infantil als països d'ingressos baixos i mitjans inclouen l'edat materna jove, major nombre de parts, manca d'atenció prenatal, por a anar a l'hospital, falta d'educació sanitària per conèixer signes i símptomes de risc fetal, adherència a les tradicions culturals, ignorar les indicacions mèdiques...</p> <p>Els factors de risc per desenvolupar problemes emocionals són: estigma sobre les pèrdues fetals, pressió d'una societat pronatalista, falta de professionals, falta de programes d'ajuda i preferència per fills barons.</p> <p>El risc de depressió postpart augmenta en dones amb antecedents de trastorns de salut mental, antecedents obstètrics, edat materna jove, desnutrició, manca de suport social, violència domèstica, nivell socioeconòmic, atur, baixa educació i baixos ingressos, major nombre de mortinats, major dol perinatal, menor satisfacció amb la qualitat de vida, influències religioses...</p>	<p>La taxa de mortalitat fetal en l'Índia és de 25,3 morts per cada 1000 naixements. La taxa de mortalitat neonatal és de 29,06 morts per cada 1000 naixements.</p> <p>El 45% de la mostra va presentar una puntuació superior a 10 punts, puntuació de tall per determinar la presència de depressió en la EPDS.</p> <p>La prevalença de depressió postpart entre dones índies oscil·la entre el 19 i el 33,5%. El 20% de la mostra que va patir una mort fetal, va presentar una puntuació superior a la de tall de l'escala de dol perinatal.</p> <p>El 20% de la mostra que va patir una mort fetal, va presentar una puntuació superior a la de tall de l'escala de dol perinatal.</p>	<p>Escala de dol perinatal Escala de Depressió Postnatal d'Edimburg (EPDS)</p> <p>Llista de verificació de símptomes de Hopkins - 10 (HSCL-10)</p> <p>Escala de Provisió Social (SPS) Escala de Satisfacció amb la Vida (SWLS)</p> <p>Escala de Satisfacció amb la Vida (SWLS)</p>	

Nº ref	Mostra	Resultats	Prevalença	Escales	Temps d'estudi
19	16 participants	<p>La percepció dels participants és que els professionals sanitaris no realitzaven totes les actuacions que estaven al seu abast per a la supervivència del seu fill i que no s'implicaven o preocupaven per l'estat psicològic dels pares.</p> <p>Les mares se senten culpables de la pèrdua per no seguir un estil de vida i els consells dels metges.</p> <p>La concepció d'un nou embaràs ocorre en un transcurs de temps breu des de la pèrdua.</p> <p>Van manifestar que la religió va ser un factor de protecció del dol perinatal.</p> <p>Factors de risc d'esdeveniments adversos en salut mental: suport social inadequat percebut, circumstàncies traumàtiques que envolten la mort, dificultats per fer front a una crisi en el passat, relacions problemàtiques al nucli familiar i la presència d'altres crisis vitals.</p> <p>Els pares que van veure, sostenir i fer fotografies del nadó mort van manifestar beneficis i satisfacció amb aquestes pràctiques.</p>	<p>Segons un estudi, al voltant del 50% dels participants no manifestaven públicament les emocions i no sentien la pèrdua del propi fill.</p>		12 mesos

Nº ref	Mostra	Resultats	Prevalença	Escala	Temps d'estudi
20	1000 casos de pèrdues perinatales	<p>La comunicació entre professionals i pacient durant la mort perinatal es va qualificar de deficient, no s'explicava la causa de la mort, no es realitzaven exàmens postmortem i es tractava aquest succés com a rutinari, sense proporcionar la importància suficient.</p> <p>L'evidència suggereix que les dones que reben i comprenen els resultats de l'autòpsia tenen menys probabilitats de culpar-se a si mateixes i poden sentir certa absolució per les seves accions prenatales.</p>	<p>Les taxes de mortalitat fetal en Tanzània i Zàmbia són de 16,1% i 10% respectivament.</p> <p>Existeix un increment del 60% de la mortalitat fetal en zones rurals o suburbanes.</p>	-	(Juliol - Setembre 2018)

Nº ref	Mostra	Resultats	Prevalença	Escales	Temps d'estudi
21	10 estudis	<p>Les emocions i el dol a conseqüència de la pèrdua perinatal es poden perllongar fins a 3 anys.</p> <p>Els participants presenten gran suport social, no obstant això, tendeixen a parlar menys sobre la pèrdua a causa de factors culturals sobre fer-se veure fort emocionalment, fet que es tradueix en un increment del dol i de símptomes de complicació d'aquest.</p> <p>Factors de risc en l'increment del dol: nivell socioeconòmic i educatiu baix, aïllament social o abandonament, no expressar els sentiments, atenció mèdica deficient, negar-se a anar a grups d'ajuda, sentiment d'incomprensió...</p> <p>Estratègies d'afrontament: suport social, mantenir un vincle i records del nadó, sostenir al nadó, refugiar-se en la religió, donar un sentit a la pèrdua, mantenir-se ocupats...</p> <p>Segons estudis, els africans perceben la salut com absència de malestars físics exclusivament i no emocionals, per tant, no associen la depressió amb un nivell de salut general baix.</p>	-	-	Estudis publicats entre gener del 1975 - gener del 2011

Treball final de grau
Curs 2021/2022

Nº ref	Mostra	Resultats	Prevalença	Escales	Temps d'estudi
22	15 articles	Aspectes a tenir en compte: No minoritzar la pèrdua malgrat una curta edat gestacional, escolta activa, empatia, parlar sobre la situació i no fer d'aquesta un tabú, oferir vies d'actuació, aconsellar, afavorir l'acomiadament, tenir cura del llenguatge verbal i no verbal...	-	-	Novembre Desembre 2020
23	Articles publicats des de 2015	Les infermeres són les encarregades de tenir cura de l'entorn per afavorir en confort. Hem de procurar un espai aïllat de la resta de pares amb els seus fills. Aspectes a tenir en compte: cura del llenguatge verbal i no verbal, llenguatge senzill, oferir la mateixa atenció de qualitat tant a la dona com a l'home, crear un entorn de confiança per expressar les emocions, afavorir la creació d'un vincle pare-fill...	Segons l'INE, les xifres de mort perinatal en 2019 van ser de 4.37 per mil naixements.	-	-

Taula 6: Síntesi de la cerca bibliogràfica

Treball final de grau
Curs 2021/2022

10.4. Annex 4

Variables	Articles																						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Dol perinatal	X	X	X			X	X				X	X		X				X	X	X	X		
Dol patològic			X	X	X	X	X	X	X	X			X		X		X						
Factors predisponents del dol	X	X	X	X										X	X	X		X			X		
Diferències en l'atenció al dol entre països desenvolupats i subdesenvolupats																		X	X	X			
Accions terapèutiques	X				X	X		X	X	X		X									X		
Paper infermeria																						X	X

Taula 7: Variables d'estudi del contingut de la mostra