

**Abril Cerrato Carrasco
Lin Gonzalez Vidal**

**ABORDATGE INFERMER DEL DOL EN LA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA
DE L'EMBARÀS PER ANOMALIES FETALS: REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA**

TREBALL DE FI DE GRAU

Dirigit per: Sra. Inés Sombrero Torres

Infermeria



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultat de Infermeria

TARRAGONA 2026

AGRAÏMENTS

En primer lloc, volem expressar el nostre agraïment a la nostra tutora, Inés Sombrero Torres, per la seva dedicació i suport en tot moment. Gràcies per guiar-nos i fer possible aquest treball.

També volem agrair a les nostres famílies, per acompanyar-nos i animar-nos durant tots els moments essencials de les nostres vides, especialment aquests quatre anys de carrera. Per la seva ajuda, paciència i motivació.

A les nostres amistats, que ens han acompanyat durant aquesta etapa i l'han fet més fàcil de portar, entre riures, hores d'estudi a la biblioteca o estones de descans a la cafeteria.

A nosaltres mateixes, pel suport mutu, l'esforç compartit i la constància en tot el procés.

Per últim, gràcies a tot el col·lectiu d'infermeres i personal sanitari, per acompanyar-nos en la nostra formació i per haver-nos transmès la il·lusió i passió d'aquesta professió.

ÍNDEX

RESUM.....	6
1. INTRODUCCIÓ	8
2. OBJECTIUS I HIPÒTESI	10
3. MARC CONCEPTUAL.....	11
3.1. Interrupció Voluntària de l'Embaràs (IVE)	11
3.1.1. Història i marc legal de l'avortament	13
3.2. Malformacions congènites	13
3.2.1. Epidemiologia	14
3.2.2. Etiologia.....	14
3.2.3. Factors de Risc.....	14
3.2.4. Prevenció i detecció.....	15
3.2.5. Assessorament genètic i reproductiu	17
3.3. El dol	17
3.3.1. Fases del dol	18
3.3.2. Factors de risc i factors protectors en l'elaboració del dol	19
3.3.3. Dol patològic.....	20
3.3.4. El dol perinatal i la IVE.....	21
3.4. Estigma	22
3.4.1. Dilema ètic.....	22
3.5. Aplicació de la teoria infermera del dol disfuncional.....	23
4. METODOLOGIA	24
4.1. Descripció de l'estudi.....	24
4.2. Paraules i termes clau	24
4.3. Mostra	24
4.4. Estratègies de cerca	25
4.4.1. PUBMED	25
4.4.2. CUIDEN.....	25
4.4.3. DIALNET	26
4.4.4. SCOPUS	26
4.4.5. CINAHL	26
5. RESULTATS	29
5.1. Diagrama de flux	30
5.2. Model CASPe	31

5.3. Descripció dels articles	32
6. ANÀLISI.....	41
7. DISCUSSIÓ	41
7.1. Repercussions psicològiques i la temporalitat de la salut mental	41
7.2. Factors que condicionen la vivència	44
7.3. La gestió de la informació	46
7.4. Influència de l'entorn físic i assistencial en l'experiència del dol: espais, intimitat i accessibilitat dels recursos	48
7.5. Intervencions infermeres.....	49
8. ASPECTES ÈTICS. Ús d'eines d'intel·ligència artificial	53
9. LIMITACIONS DE L'ESTUDI	53
10. FUTURES LÍNIES D'INVESTIGACIÓ.....	53
11. CONCLUSIONS.....	54
11.1. Objectiu 1.	54
11.2. Objectiu 2.	54
11.3. Objectiu 3.	55
12. BIBLIOGRAFIA	56
13. ANNEXES	61
13.1. Annex 1	61
13.2. Annex 2	61
13.3. Annex 3	62

ÍNDEX D'ABREVIATURES

AC: Anomalies Congènites

ACT: Acceptance and Commitment Therapy

ASSIR: Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva

BOE: Boletín Oficial del Estado

CASPe: Critical Appraisal Skills Programme - España

CINAHL: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

DPN: Diagnòstic Prenatal

IVE: Interrupció Voluntària de l'Embaràs

MC: Malformacions Congènites

MeSH: Medical Subject Headings

OMS: Organització Mundial de la Salut

PICO: Population, Intervention, Comparison, Outcome

PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

PSI: Psychosocial Interventions

TEPT: Trastorn per Estrès Posttraumàtic

TOPFA: Termination Of Pregnancy Following Anomalies

UPL: Unit for Perinatal Loss

RESUM

Títol: Abordatge infermer del dol en la interrupció voluntària de l'embaràs per anomalies fetals: revisió bibliogràfica.

Introducció i objectius: La interrupció voluntària de l'embaràs per anomalies fetals (TOPFA) és una experiència traumàtica que suposa un trencament de les expectatives d'un embaràs desitjat. Aquest procés, sol anar acompanyat d'un dol que es considera invisibilitzat davant la societat. L'objectiu d'aquest estudi és analitzar i descriure les intervencions infermeres realitzades durant aquest procés i avaluar si són suficients. Es pretén identificar els factors de risc i protectors, així com les repercussions sobre la salut mental de la dona.

Metodologia: S'ha dut a terme una revisió bibliogràfica integrativa mitjançant una cerca sistemàtica a les bases de dades PubMed, CUIDEN, Dialnet plus, Scopus i CINAHL, realitzada entre novembre de 2025 i març de 2026. Finalment, s'han seleccionat 16 articles publicats entre 2020 i 2026 en català, castellà i anglès. La qualitat metodològica dels estudis s'ha avaluat mitjançant la plantilla CASPe.

Resultats: Els resultats mostren que la TOPFA té un impacte psicopatològic significatiu, amb un risc elevat de depressió, ansietat i estrès posttraumàtic que pot persistir durant anys. S'identifiquen com a principals factors de risc l'estigma social, l'autojudici, el sentiment de culpa i l'exposició a entorns hospitalaris no insonoritzats, com compartir espais durant l'hospitalització amb nadons sans. Per contra, seguir la voluntat de la dona, el suport de la parella, la cura compassiva, la creació de records tangibles i l'existència d'unitats especialitzades actuen com a factors protectors. Pel que fa a les intervencions infermeres, es detecta una gran heterogeneïtat i una manca de protocols unificats i estandarditzats, tot i que sorgeixen nous models com el Model de Salut Mental Positiva i la ACT.

Conclusions: La TOPFA és una experiència devastadora que requereix un abordatge multidisciplinari i centrat en les cures humanitzades. La llevadora i la infermera són figures clau per acompanyar les famílies, validar el seu dolor i facilitar el procés de comiat. No obstant, és necessari avançar en la creació de guies clíniques estandarditzades, en el disseny d'espais físics protegits i en la implementació de programes de seguiment a llarg termini per evitar la cronificació o complicacions del dol.

Paraules clau: Avortament induït, dol perinatal, infermeria, anomalies fetals, salut mental.

ABSTRACT

Title: Nursing Approach to Grief in Voluntary Termination of Pregnancy for Fetal Anomalies: A Literature Review

Introduction and Objectives: Voluntary termination of pregnancy for fetal anomalies (TOPFA) is a traumatic experience that entails a rupture in the expectations of a desired pregnancy. This process is often accompanied by grief that is considered invisible in society. The aim of this study is to analyze and describe the nursing interventions carried out during this process and to assess whether they are sufficient. It also seeks to identify risk and protective factors, as well as the repercussions on women's mental health.

Methodology: An integrative literature review was conducted through a systematic search in the PubMed, CUIDEN, Dialnet Plus, Scopus, and CINAHL databases, carried out between November 2025 and March 2026. Finally, 16 articles published between 2020 and 2026 in Catalan, Spanish, and English were selected. The methodological quality of the studies was assessed using the CASPe checklist.

Results: The results show that TOPFA has a significant psychopathological impact, with a high risk of depression, anxiety, and post-traumatic stress that may persist for years. The main risk factors identified include social stigma, self-judgment, feelings of guilt, and exposure to non-soundproof hospital environments, such as sharing spaces during hospitalization with healthy newborns. In contrast, respecting the woman's wishes, partner support, compassionate care, the creation of tangible memories, and the existence of specialized units act as protective factors. Regarding nursing interventions, considerable heterogeneity and a lack of unified and standardized protocols were identified, although new models such as the Positive Mental Health Model and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) are emerging.

Conclusions: TOPFA is a devastating experience that requires a multidisciplinary approach centered on humanized care. Midwives and nurses are key figures in supporting families, validating their grief, and facilitating the farewell process. However, it is necessary to advance in the development of standardized clinical guidelines, the design of protected physical spaces, and the implementation of long-term follow-up programs to prevent chronic grief or grief-related complications.

Keywords: Induced abortion, perinatal grief, nursing, fetal anomalies, mental Health

1. INTRODUCCIÓ

L'avortament es defineix com la interrupció de l'embaràs abans que el fetus sigui viable (1). Pot ser espontani, quan la pèrdua es produeix de manera natural per diverses causes, o voluntari, quan la dona, per decisió pròpia, finalitza la gestació sota la supervisió de professionals mèdics (2).

La Llei 1/2023 té com a objectiu garantir els drets fonamentals en salut sexual i reproductiva i regula explícitament les condicions de la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE), assegurant un marc legal que protegeix l'autonomia de la dona i la seguretat del procediment (3). Ambdues situacions poden comportar repercussions físiques i emocionals importants, fet que requereix un abordatge respectuós i centrat en la dona.

A escala global, es registren aproximadament 73 milions d'avortaments anuals (1). A Espanya, les dades del 2024 indiquen 106.182 avortaments voluntaris, amb una taxa de 12,36 per cada 1.000 dones en edat fèrtil (4).

La interrupció voluntària de l'embaràs es pot dur a terme en dos supòsits: a petició de la dona, fins a les 14 setmanes de gestació o per causes mèdiques. En el segon cas, es pot practicar fins a les 22 setmanes de gestació, quan existeix un risc greu per a la vida o la salut de la dona embarassada (2).

S'estima que entre el 2 i el 3% dels nounats a escala mundial presenten alguna patologia causada per una MC (5). A Espanya, l'any 2010 es van registrar 3.361 interrupcions voluntàries de l'embaràs motivades pel risc per al fetus, xifra que va augmentar fins a 3.590 casos l'any 2011. Aquestes interrupcions van representar aproximadament el 3% del total dels avortaments realitzats, dels quals un 2,8% es van deure a la presència d'anomalies fetals greus i un 0,3% a anomalies greus incompatibles amb la vida o a malalties extremadament greus o incurables (6,7).

La interrupció voluntària de l'embaràs en casos d'anomalia fetal comporta un impacte emocional significatiu per a la dona. En la majoria dels casos es tracta d'embarassos desitjats i la detecció d'una anomalia situa la dona davant una decisió extremadament difícil. El fet d'haver d'interrompre la gestació malgrat el vincle establert amb el fetus, genera un fort impacte emocional que pot donar lloc a un procés de dol.

Sovint, les dones se senten jutjades i percebudes com a responsables d'un acte socialment controvertit, mentre que les professionals poden viure tensió entre oferir la

millor cura possible i complir les limitacions que imposa la legislació vigent. Aquestes dinàmiques posen de manifest la complexitat de l'avortament com a experiència social, emocional i legal (8).

Aquest impacte pot intensificar-se en contextos de vulnerabilitat social, manca d'informació o presència de sentiments contradictoris. Per aquest motiu, l'acompanyament d'infermeres i altres professionals sanitaris ha de ser respectuós, empàtic i lliure de judicis, assegurant un espai segur per expressar dubtes i emocions.

El procés del dol que pot sorgir després és profundament individual i de durada indefinida, ja que es tracta d'una experiència vital vinculada a una pèrdua significativa. Tot i que sovint s'hi identifiquen diverses fases emocionals, aquestes no segueixen un ordre lineal i poden presentar-se de manera irregular (9).

En aquest context, el paper de la infermeria és essencial per prevenir que el procés de dol evolucioni cap a un dol complicat i sovint invisibilitzat. No només hem de proporcionar un acompanyament respectuós i personalitzat, sinó que també hem d'oferir informació clara a la dona i als seus familiars. A més, és fonamental garantir suport psicològic a totes les dones i derivar-les al professional especialitzat quan així ho sol·licitin o quan es consideri necessari, en funció dels antecedents o de l'estat emocional actual de la dona.

2. OBJECTIUS I HIPÒTESI

A continuació descrivim mitjançant la metodologia PICO la nostra pregunta d'investigació (taula 1):

P (Població)	Dones que han patit una interrupció voluntària de l'embaràs per diagnòstic prenatal de malformació congènita.
I (Intervenció)	Abordatge infermer en el procés del dol.
C (Comparació)	No aplicable (en revisió descriptiva).
O ("Outcome" o Resultat)	Millora en l'afrontament del dol.

Taula 1. Pregunta d'investigació en format PICO (font: elaboració pròpia)

Objectius:

Generals: Analitzar i descriure les intervencions infermeres que es realitzen en el dol després d'una interrupció voluntària de l'embaràs per malformació congènita, i valorar si aquestes resulten adequades i suficients per a l'acompanyament de la dona.

Específics:

- Identificar les intervencions infermeres actualment implementades en l'abordatge del dol després d'un avortament voluntari per diagnòstic prenatal de MC.
- Determinar els factors protectors o de risc en la vivència de la dona davant de l'avortament.
- Analitzar les repercussions psicològiques que es poden generar sobre la salut mental de la dona.

Hipòtesis:

Les intervencions infermeres actuals dirigides al dol que es pot produir després d'una interrupció voluntària de l'embaràs per una MC són poc visibles per donar resposta a les necessitats emocionals i psicològiques de les dones.

3. MARC CONCEPTUAL

3.1. Interrupció Voluntària de l'Embaràs (IVE)

La interrupció voluntària de l'embaràs és la finalització de la gestació per decisió de la dona, realitzada per professionals mèdics o sota la seva direcció, d'acord amb la normativa legal vigent (2).

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS) (10), cada any es produeixen prop de 73 milions d'avortaments arreu del món. Les dades mostren que, 6 de cada 10 dels embarassos no previstos (61%) i 3 de cada 10 de tots els embarassos (29%) s'interrompen de manera voluntària.

La normativa regula els supòsits en què es pot interrompre l'embaràs, i garanteix el dret a la prestació sanitària a través de la xarxa de salut pública i privada. L'avortament es pot dur a terme per tècniques quirúrgiques o farmacològiques. L'aplicació d'unes o altres té a veure amb les setmanes de gestació, les característiques personals i les recomanacions dels professionals que la realitzen. En tots els casos, es garanteix la intimitat i la confidencialitat, sent necessari el consentiment informat de la dona (2).

Segons la Llei Orgànica 1/2023, de 28 de febrer, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs (5), el dret a la intimitat i a la confidencialitat de les dones està garantit per l'Article 20 sobre protecció del dret a la intimitat, a la confidencialitat i a la protecció de dades. Aquesta intervenció es pot sol·licitar:

- A petició de la dona, dins de les primeres 14 setmanes de gestació.

En aquest cas, és important la informació perquè la dona pugui decidir de manera autònoma, dirigint-se a les unitats d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR).

- Interrupció per causes mèdiques.

Es pot practicar fins a les 22 setmanes de gestació en cas que existeixi un risc greu per a la vida o la salut de la dona, sempre que aquest risc quedi acreditat mitjançant un informe previ elaborat per un o una especialista diferent de la persona que realitzi o dirigeixi la intervenció. En situacions d'emergència vital, no és necessari disposar d'aquest informe. Igualment, es pot autoritzar quan es detectin anomalies fetals incompatibles amb la vida o una malaltia extremadament greu i incurable, confirmades per un dictamen mèdic o per un comitè clínic.

En el supòsit de què la dona fos menor, la Llei Orgànica 1/2023, de 28 de febrer (5), regula específicament que les dones podran interrompre voluntàriament el seu embaràs

a partir dels 16 anys, sense necessitat del consentiment dels seus representants legals. Si la dona és menor de 16 anys, es demana que, a més de manifestar la seva decisió, estigui acompanyada per la seva mare o el seu pare o alguna persona representant legal i un d'ells doni el consentiment exprés.

Interrupció voluntària de l'embaràs farmacològica

La IVE farmacològica és el procés mitjançant el qual un embaràs s'interromp de manera voluntària amb l'ús d'un o diversos medicaments, que simulen un avortament espontani i produeixen l'expulsió del sac gestacional (2).

L'efectivitat d'aquest mètode varia del 80-95%, segons les setmanes de gestació. En cas de fracàs del mètode, habitualment es repeteix un segon tractament farmacològic, tot i que també es pot optar per una IVE quirúrgica.

En gestacions de menys de 10 setmanes, el procés es pot fer a casa amb la medicació que proporciona l'ASSIR o l'hospital (segons el territori). A partir de 10 setmanes o més, el procés requereix ingrés en un centre hospitalari.

S'administren 2 medicaments en un interval de 24-48 hores. La mifepristona, que facilita que es desprengui el sac gestacional, interromp l'embaràs i afavoreix l'acció del misoprostol, que provoca les contraccions uterines que condueixen a l'expulsió del sac.

Si no es presenta sagnat entre les 12 i 24 hores després de l'administració de la medicació, cal contactar telefònicament amb l'ASSIR o l'hospital de referència. Així mateix, s'ha de programar una visita de control en un termini d'entre 1-3 setmanes després de la intervenció. En cas de necessitar suport psicològic durant o després del procés, des de l'ASSIR s'ofereix acompanyament professional.

Interrupció voluntària de l'embaràs quirúrgica o instrumental

La IVE quirúrgica és el procés a través del qual un embaràs s'interromp de manera voluntària mitjançant l'evacuació uterina amb instruments (2). És una intervenció ràpida, segura i efectiva, d'entre 10-30 minuts, amb baix risc de complicacions en les condicions adequades i duta a terme per professionals amb experiència.

En la majoria dels casos, abans de la intervenció, cal dilatar el coll de l'úter. Es pot fer amb l'administració de medicaments o amb l'ús de dilatadors osmòtics, que exerceixen pressió sobre les parets cervicals i permeten la seva dilatació. Quan el coll està dilatat, es procedeix a l'evacuació de la cavitat uterina amb el tipus d'instrumental adequat.

3.1.1. Història i marc legal de l'avortament

La Llei Orgànica 1/2023 ja esmentada (5), publicada al BOE l'1 de Març de 2023, situa el reconeixement de la salut sexual i reproductiva dins del marc dels drets humans reconeguts internacionalment, que ha anat evolucionant des de les conferències globals sobre població i sobre la situació de la dona de la dècada dels 90.

Aquest context internacional fonamenta la protecció de drets com el de decidir sobre la maternitat i d'accedir a serveis de salut sexual i reproductiva sense discriminació (11).

Pel que fa a l'evolució de la legislació espanyola, l'any 1985, amb la Llei Orgànica 9/1985, es va produir la primera despenalització de l'avortament limitada únicament a tres supòsits que eren: en cas de violació, de malformació greu pel fetus i risc per la salut física o psíquica de la dona.

A l'any 2010, amb la Llei Orgànica 2/2010, es va produir una gran transició; es va passar d'un sistema basat en supòsits a un sistema basat en terminis, reconeixent de manera més clara el dret de les dones a interrompre voluntàriament l'embaràs i emmarcant-lo dins dels drets sexuals i reproductius. S'estableix la IVE lliurement fins a les 14 setmanes, i fins a les 22 en determinats casos mèdics.

La llei vigent reforça i amplia aquest enfocament de drets, garantint un accés real i efectiu a la interrupció voluntària del embaràs dins del sistema públic de salut. Entre les principals novetats destaquen l'eliminació del consentiment patern per a les dones de 16 i 17 anys, que recuperen la capacitat de decidir de manera autònoma, i l'obligació de les administracions de disposar de recursos suficients per garantir-ne l'accés. A més, es regula de manera més estricta l'objecció de consciència del personal sanitari, que passa a ser individual i registrada, i es reconeixen noves prestacions vinculades a la salut menstrual i reproductiva, com les baixes per menstruació dolorosa o la promoció de l'educació sexual integral.

Finalment, aquesta llei aposta per un sistema que garanteix l'autonomia personal, promou la igualtat de gènere i reconeix l'avortament com un dret fonamental vinculat a la salut, la llibertat i la dignitat de les dones, dins del marc de l'Estat social de dret.

3.2. Malformacions congènites

Les malformacions congènites (MC), també conegudes com anomalies congènites (AC), es poden definir com alteracions morfològiques, estructurals, funcionals o moleculars que es produeixen a la vida intrauterina, ja sigui als òrgans, sistemes o parts del cos. Poden ser detectades a la etapa prenatal, al naixement o durant la vida tardana (2).

3.2.1. Epidemiologia

Es pot estimar que entre el 2-3% dels nounats a nivell mundial presenten alguna patologia causada per una MC (5). Segons l'OMS (7), constitueixen una causa rellevant de mortalitat: 240.000 nounats moren anualment durant els primers 28 dies de vida a conseqüència d'aquestes, i uns 170.000 infants d'entre 1 mes i 5 anys d'edat. A més, la mortalitat perinatal en aquest grup és fins a 10 vegades superior en comparació amb la dels nounats que no presenten cap anomalia congènita (5).

A Espanya, l'any 2010 es van registrar 3.361 IVE motivades pel risc per al fetus, xifra que va augmentar fins a 3.590 casos l'any 2011. Aquestes interrupcions van representar aproximadament el 3% del total dels avortaments realitzats, dels quals un 2,8% es van deure a la presència d'anomalies fetals greus i un 0,3% a anomalies greus incompatibles amb la vida o a malalties extremadament greus o incurables (6).

3.2.2. Etiologia

Tot i que la etiologia pot estar relacionada a un o diversos factors genètics, infecciosos, nutricionals o ambientals, amb freqüència es difícil determinar la causes exactes. Poden ser menors no constituint un problema, o majors, afectant a la funció vital de l'individu.

S'estima que aproximadament el 47% de les malformacions tenen una etiologia desconeguda, mentre que prop del 25% son d'origen genètic, ja sigui per la presència d'un gen defectuós o per alteracions cromosòmiques. Poden ser numèriques, com les monosomies, les trisomies (síndrome de Down o trisomia 21 i síndrome d'Edwards o trisomia 18), o les poliploides. O bé, poden ser estructurals, com translocacions i inversions. A més, poden afectar els cromosomes sexuals, donant lloc a gonosomopaties (síndrome de Turner 45,X0), així com provocar anomalies en òrgans específics, entre les quals destaquen les cardiopaties congènites, les malformacions del sistema nerviós central i diverses alteracions renals (6).

Un altre 25% son d'origen multifactorial, resultat de la combinació de factors genètics i ambientals. I només un 3% son atribuïbles a l'exposició de teratògens, és a dir, aquells que augmenten la incidència de MC quan s'administren o actuen durant el període d'organogènesi fetal (5).

3.2.3. Factors de Risc

Diversos factors de risc poden predisposar a alteracions en el desenvolupament fetal (7):

Factors genètics: Algunes dones presenten des de l'inici de l'embaràs un risc elevat de desenvolupar anomalies congènites, especialment quan hi ha antecedents de fills amb alteracions cromosòmiques o altres malformacions, quan algun dels progenitors és portador d'alteracions genètiques o quan existeixen anomalies anatòmiques hereditàries, com ara cardiopaties congènites (10). A més a més, la consanguinitat duplica el risc de mort neonatal o infantil, de discapacitat intel·lectual i d'altres anomalies.

Factors socioeconòmics i demogràfics: Es calcula que el 94% dels trastorns greus s'associen a contextos de baixos recursos (7). El major risc es relaciona amb la possible falta de accés a una bona alimentació, una major exposició a agents i factors com infeccions, o pel fet d'un pitjor accés a atenció sanitària i als programes de cribratge prenatal. L'edat avançada de la mare també és un factor que incrementa el risc, com és el cas de la trisomia 21 (síndrome de Down) (12).

Factors clínics: Els factors clínics inclouen les infeccions maternes víriques, parasitàries o bacterianes, com la rubèola, o la sífilis, així com diverses malalties maternes, especialment les d'origen metabòlic (diabetis mellitus, hipotiroïdisme o fenilcetonúria). També es parla de les carències nutricionals de la gestant (com la deficiència d'àcid fòlic o iode), ja que poden comprometre el desenvolupament fetal normal (12).

Factors ambientals: L'exposició a radiació o contaminants, i el consum de drogues o determinats fàrmacs durant l'embaràs constitueixen factors de risc rellevants, pel fet que augmenten el risc d'aparició d'anomalies durant la gestació (4).

3.2.4. Prevenció i detecció

Diagnòstic Prenatal (DPN)

El DPN engloba el conjunt de proves destinades a avaluar el desenvolupament fetal i el risc de patologies genètiques o congènites (16). Un diagnòstic positiu sol viure's com un esdeveniment estressant i implica la decisió d'interrompre o no la gestació (18). La Declaració de l'OMS sobre Ètica, Genètica Mèdica i Serveis de Genètica estableix que aquestes proves s'han d'oferir a totes les parelles que ho desitgin, amb independència de la seva posició respecte a la interrupció de l'embaràs.

Un dels objectius de la interrupció electiva de la gestació en casos de malformacions és contribuir a la disminució de la mortalitat infantil associada a aquest tipus d'alteracions. En aquest sentit, el diagnòstic natal es considera una eina de prevenció, ja que permet identificar precoçment anomalies que poden tenir un impacte significatiu en la salut fetal (11).

Des d'un punt de vista ètic, no té com a finalitat decidir sobre la vida del fetus, sinó facilitar una millor planificació de l'embaràs. A més de la possible interrupció, permet tranquil·litzar la parella quan no es detecten anomalies, situació que es dona en el 95% dels casos, iniciar tractaments prenats, planificar el part i preparar la família per a l'atenció d'un nadó amb una possible malformació congènita (11).

Aquest procés requereix una adequada informació, assessorament i consideració dels aspectes ètics i legals, així com una actuació estructurada al llarg de les diferents etapes del diagnòstic prenatal (18).

Protocol de cribratge

Els protocols de cribratge prenatal tenen com a objectiu millorar la detecció precoç de les MC més freqüents, com les aneuploïdies cromosòmiques (síndrome de Down, d'Edwards i Patau) i les anomalies estructurals, especialment les del tub neural (13).

A Catalunya cada dia hi ha més dones embarassades que superen els 34 anys, incrementant el risc de determinades anomalies, i per tant, reforçant la necessitat de cribratges efectius (18).

Històricament, el DPN de les AC es van iniciar amb el cribratge específic de la síndrome de Down i dels defectes del tub neural, tant internacionalment com en l'àmbit català. Amb l'evolució de les tècniques diagnòstiques, especialment de l'ecografia obstètrica, el cribratge s'ha ampliat progressivament fins a incloure qualsevol anomalia susceptible de ser detectada durant el control ecogràfic de l'embaràs.

Segons el Protocol de cribratge prenatal d'anomalies congènites a Catalunya (13), a totes les dones embarassades que acudeixen a la consulta obstètrica per al control de l'embaràs se'ls ofereix la possibilitat de participar en el cribratge prenatal d'anomalies al primer trimestre. Combina marcadors bioquímics materns i una ecografia amb mesura de la translucidesa nual.

En funció del risc estimat d'aneuploïdia dels cromosomes 13, 18, 21 i sexuals (molt alt, alt, intermedi o baix), s'ofereixen diferents opcions diagnòstiques. Si resulta tenir risc baix, la gestant seguirà els controls obstètrics habituals. En cas que el risc fos intermedi o alt, es contempla la determinació de DNA fetal lliure en sang materna:

- Els resultats d'aquesta prova es comuniquen en un termini breu i si indiquen un risc baix d'aneuploïdia, la gestant continua amb els controls obstètrics habituals.

En cas de resultat positiu o risc molt alt, s'ofereix la realització d'una prova invasiva per confirmar el diagnòstic.

A les dones que inicien el seguiment més tard, se'ls ofereix el cribratge del segon trimestre mitjançant marcadors bioquímics materns, amb un càlcul de risc i una actuació similar segons el resultat.

3.2.5. Assessorament genètic i reproductiu

A Catalunya, l'assessorament genètic i les anàlisis genètiques estan regulats per la Instrucció 06/2015 del Servei Català de la Salut (18). És un procés de comunicació orientat a ajudar la persona o la família a comprendre els aspectes mèdics relacionats amb un trastorn genètic, com el diagnòstic, l'evolució de la malaltia, les possibilitats terapèutiques i les alternatives disponibles per a la seva gestió. Ha de facilitar una presa de decisions coherent amb les creences i principis de la gestant, evitant qualsevol forma de pressió o orientació directiva.

El personal sanitari ha d'informar de totes les possibilitats de tractament intrauterí existents, del risc de mort fetal i de les complicacions postnatales. Així mateix, s'ha d'informar sobre la possible necessitat d'intervencions mèdiques o quirúrgiques, les expectatives de supervivència, el potencial grau de discapacitat i la importància del contacte amb grups de famílies en situacions similars, amb la finalitat que la gestant pugui prendre una decisió (12).

3.3. El dol

El dol és una experiència vital lligada a una pèrdua significativa, com pot ser la mort d'un ésser estimat, el diagnòstic d'una malaltia, la ruptura d'una relació, una migració, etc. Es tracta d'un procés complex i profund, que va més enllà de la tristesa, la ràbia o l'ansietat, i cada persona el viu de manera individualitzada.

El dol és una reacció natural, un procés d'adaptació a la nova realitat fins a restablir l'equilibri personal. Es pot manifestar amb alteracions de naturalesa diversa:

- Afectives: tristor, ràbia, culpa, ansietat, absència de sentiments, etc.
- Conductuals: trastorns del son, trastorns alimentaris, aïllament social, desfer-se dels records d'allò que s'ha perdut o, tot el contrari, aferrar-s'hi.
- Cognitives: trastorns de memòria, dificultats d'atenció o concentració, incredulitat, confusió, pensaments repetitius sobre allò que s'ha perdut, al·lucinacions visuals o auditives, etc.

- Fisiològiques: sensació de buit a l'estómac o d'opressió al pit, manca d'aire, palpitations, debilitat muscular, mal de cap, etc.

En el cas del dol per la mort d'un ésser estimat, l'experiència pot esdevenir especialment difícil en funció de diversos factors, com ara la causa i les circumstàncies de la mort, la personalitat i els recursos psicoemocionals de la persona que el viu, el context sociofamiliar o el tipus de relació mantinguda amb la persona difunta (19).

3.3.1. Fases del dol

Tot i que el dol és una experiència individual, existeixen diversos models teòrics que permeten comprendre millor aquest procés, el qual no sempre és desenvolupa de manera lineal ni en el mateix ordre.

Un dels models més coneguts és el de Kübler-Ross, que descriu 5 fases del dol: la negació, la ira, la negociació, la depressió i l'acceptació (20).

Negació. En aquesta etapa, la persona no accepta la realitat de la pèrdua com a mecanisme de defensa per ajudar a atenuar l'impacte inicial del dolor. Ofereix un alleujament emocional mentre l'individu va integrant la situació.

Una característica d'aquesta fase és que la seva duració es variable i dependrà de la naturalesa de la pèrdua i dels mecanismes individuals per gestionar-la. Tot i que la negació pot ser útil en les primeres etapes, és important que no es perllongui, ja que pot dificultar la progressió emocional i, en conseqüència, allargar el procés de dol.

Ira . És la segona fase del dol. Després d'enfrontar-se a la realitat de la pèrdua, és comú sentir frustració i ràbia.

Pot anar acompanyada de sentiments d'injustícia davant una pèrdua percebuda com a immerescuda. I s'expressa de manera oberta o, per contra, algunes persones opten per reprimir-la, cosa que pot intensificar el patiment. Expressar-la, en canvi, contribueix a alleujar el procés emocional.

Negociació. En aquesta fase, la persona busca formes de recuperar el control perquè la pèrdua es reverteixi o per pal·liar el dolor. En aquesta etapa poden sorgir pensaments irracionals.

Tot i que és una etapa emocionalment complexa, la negociació pot oferir un breu consol, ja que ofereix la il·lusió de control.

Depressió. La fase de la depressió representa un dels moments més profunds del procés de dol, en què la persona s'enfronta a la realitat de la pèrdua de la manera més

crua. Aquesta etapa es caracteritza per sentiments de tristesa, buit i soledat, que poden arribar a ser molt intensos.

Algunes de les característiques de la depressió dins del dol són l'expressió de la tristesa, l'aïllament, la importància de l'empatia i del suport de l'entorn, així com la necessitat de diferenciar entre la depressió pròpia del dol i la depressió clínica. Cal tenir en compte que aquesta depressió forma part del procés natural de dol, però si la tristesa persisteix en el temps i afecta de manera prolongada la vida de la persona, és recomanable buscar ajuda professional.

Acceptació. Acceptar la pèrdua és l'últim pas en el procés de dol. No implica oblidar el que s'ha perdut, sinó adaptar-se a la nova realitat. L'individu comença a restablir la seva vida, mantenint el record de la pèrdua, però sense condicionar el seu futur (20).

3.3.2. Factors de risc i factors protectors en l'elaboració del dol

Els recursos, tant personals com de l'entorn, són indispensables per poder elaborar el dol. Per tal que hi hagi una bona evolució del dol, hi ha alguns factors i unes conductes determinades que ajuden a aconseguir-ho (11).

- Tenir informació sobre el procés de dol, les seves etapes i com fer front a la situació. Conèixer els recursos de l'entorn, com els grups d'ajuda.
- Tenir companyia, de la parella, dels fills, d'altres familiars, d'amics, de veïns o de companys de feina. Els animals domèstics o de companyia poden jugar un paper fonamental en l'elaboració del procés de dol.
- Poder conversar per expressar els sentiments, les preocupacions i els desitjos, per conèixer l'opinió dels altres, per sentir-se viu i transmetre les noves expectatives.
- Els rituals i les cerimònies d'acomiadament constitueixen un element de gran valor en el procés de dol, ja que cada cultura disposa de les seves pròpies formes de fer homenatge als difunts.
- És important evitar l'anestèsia emocional, entesa com la incapacitat de expressar emocions, que sovint s'acompanya de la presa de psicofàrmacs com ara sedants, tranquil·litzants o ansiolítics. L'ús excessiu d'aquests fàrmacs pot dificultar l'evolució adequada del procés de dol.

En canvi, també hi ha factors i conductes que mereixen una atenció especial, perquè poden indicar una mala evolució del dol (11).

1. Les circumstàncies de la pèrdua
2. La relació amb la persona

3. Recursos familiars, personals i socials possibles
4. Possibles manifestacions de dol complicat que es poden trobar són:
 - Culpabilitat excessiva i asfixiant.
 - Deteriorament de les relacions familiars durant un període llarg de temps.
 - Pensaments intrusos negatius que entren en la ment sense control, com per exemple “no ho podré superar”, “tinc ganes de morir”, etc.
 - Punxades de dolor intens que persisteixen en el temps.
 - Intensa enyorança de l'absència, amb una profunda tristesa, sense cap canvi en els primers sis mesos.
 - Intent d'evitar tot allò que recorda la persona.
 - Sentir-se malament emocionalment i sentir-se culpable per estar viu.
 - No manifestar els sentiments. Anestèsia emocional, és a dir, la persona no reacciona ni expressa cap estat d'ànim, no pot parlar de la pèrdua.
 - Sentir-se excessivament frustrat, manifestant no trobar cap sentit a la vida.

3.3.3. *Dol patològic*

Els factors protectors o de risc influeixen en com una persona viu el dol. Quan aquests factors no afavoreixen una elaboració saludable, pot aparèixer el dol patològic.

Podem parlar de dol patològic quan hi ha un patiment acusat que es manifesta a través de la intensificació dels símptomes com l'ansietat, l'estrès o la depressió, els quals repercuteixen de manera significativa en la vida de la persona. Es poden distingir subtipus: dol endarrerit, dol emmascarat i dol exagerat.

La persona pot experimentar sentiments de desesperació i recórrer a conductes desadaptatives per afrontar el malestar, arribant a perdre els equilibris físics i psicològics. La reacció a la pèrdua o els mecanismes de defensa són de tal intensitat que la persona necessita ajuda professional (21).

Els símptomes característics poden incloure: esgotament físic i psicològic, símptomes hipocondríacs i dependència de fàrmacs, alcohol o altres substàncies.

Pel que fa a la durada, un criteri habitual és considerar que un dol no és patològic si té una duració aproximada de 6 mesos a 1 any, però sempre cal tenir en compte el grau de malestar i el deteriorament que produeix.

En alguns casos, aquestes complicacions poden derivar en trastorns específics, com el trastorn depressiu major o el trastorn de pànic, reflectint un empitjorament de la simptomatologia i la necessitat d'intervenció professional.

3.3.4. *El dol perinatal i la IVE*

Segons el tipus de pèrdua, el dol pot adoptar formes diverses. El dol perinatal, és el dol relacionat amb la mort d'un nadó durant la gestació, el part o fins els primers 28 dies (22,23).

Quan parlem d'aquest tipus de dol, parlem d'un dol desautoritzat, ja que es tracta d'una pèrdua que no acostuma a ser expressada obertament en públic, ni es compta amb el suport de la xarxa social (24). Això passa a causa de la creença que la pèrdua d'un fill que no ha nascut és menys important, negant així el dret al dolor que pot generar (30).

La seva invisibilitat, fa que s'exigeixi als progenitors una recuperació emocional ràpida, de manera que socialment se'ls nega el temps necessari per transitar l'etapa (31). Així mateix, a conseqüència del poc reconeixement social de la pèrdua, senten la necessitat de reprimir els sentiments que sorgeixen en el procés de dol, augmentant així el risc de patir altres problemes psicològics (27,32).

Pot aparèixer en contextos molt diversos, els quals influeixen en la vivència emocional de la pèrdua. Entre aquests, resulta especialment rellevant el dol perinatal associat a la IVE, el qual segueix les mateixes fases descrites per Kübler-Ross anteriorment esmentades.

Seguint la classificació de López (23) es distingeixen 3 tipus de IVE:

En primer lloc, es troba l'avortament voluntari, que fa referència a la interrupció a petició de la dona dins de les primeres 14 setmanes de gestació (24). Aquest tipus de pèrdua pot posar en dubte l'existència d'un procés de dol, ja que es tracta d'un acte voluntari que donarà com a resultat una pèrdua esperada i aparentment desitjada per la dona. No obstant això, des dels primers estudis realitzats sobre el dol perinatal en aquest tipus de pèrdues, Peppers (com es va citar en López) (24), va evidenciar que les puntuacions de la resposta de dol després d'un avortament voluntari eren similars a les de dones que havien tingut un avortament espontani, un "*mortinato*" (quan el fetus mor a l'úter en etapa avançada o durant el part) o una mort neonatal. Segons diversos autors, si en la resta de pèrdues el dol es dona de manera silenciosa i oculta, en el dol associat a les IVE la invisibilitat és encara major (24, 26).

En segon lloc, trobem la IVE per anomalies fetals o per risc per a la salut materna, també coneguda com a avortament per causes mèdiques o TOPFA ("*Termination Of Pregnancy Following Anomalies*").

I en tercer lloc, es troba la reducció selectiva en embarassos múltiples, la qual es pot dur a terme fins a la setmana 14 de gestació (26).

És rellevant atendre les característiques de cada situació, ja que com s'ha pogut observar, no totes es produeixen en les mateixes circumstàncies. Reconèixer aquestes diferències i considerar cada tipus de pèrdua contribuirà a acompanyar millor l'elaboració del dol des d'un abordatge psicològic (25).

En definitiva, la naturalesa voluntària de la IVE no impedeix l'aparició d'un dol perinatal. Les circumstàncies en cada tipus d'IVE condicionen la vivència de la pèrdua, fet que fa necessari adaptar la intervenció psicològica a cada situació concreta.

3.4. Estigma

L'estigma vinculat a l'avortament es considera un estigma "ocultable", és a dir, no és visible ni conegut socialment (22). Silenciar-ho i mantenir-ho en secret genera un cercle viciós que el reforça: per evitar la desaprovació social, moltes dones opten per ocultar-ho, cosa que ho situa automàticament com una conducta desviada. La conseqüència d'aquest cercle viciós, condiona la iniciativa de les dones a buscar atenció mèdica i es senten inhibides a l'hora de revelar les seves decisions o experiències d'avortament en consultes mèdiques posteriors (28).

3.4.1. Dilema ètic

L'anàlisi dels dilemes ètics associats a la interrupció de la gestació posa de manifest l'existència d'un conflicte moral rellevant. Aquest tipus de decisions requereixen valorar aspectes com la qualitat de vida del futur infant i el respecte als principis d'igualtat i de no-discriminació. En aquest context, l'avortament motivat per defectes congènits, com ara la síndrome de Down, planteja un dilema especialment controvertit, ja que pot ser interpretat tant com un precedent cap a l'eutanàsia pediàtrica com una forma de discriminació envers les persones amb discapacitat (16).

En l'àmbit del DPN, els dilemes ètics es manifestaran de manera diferent segons el pronòstic vital del fetus. Existeixen malalties genètiques incompatibles amb la vida, com les trisomies 13, 15 i 18, en què la no realització d'un avortament terapèutic repercuteix en la taxa de mortalitat infantil, ja que es tracta de fetus amb una supervivència inviable. D'altra banda, hi ha alteracions compatibles amb la vida, però amb manifestacions clíniques de gravetat variable. En aquests casos, la decisió sobre la continuïtat de l'embaràs recau principalment en la mare, a partir de la informació i explicació proporcionada pel professional sanitari sobre el pronòstic i la gravetat de la malaltia.

Aquesta decisió pot generar conflictes ètics, especialment quan existeixen desacords entre els progenitors, fet que reforça la importància del respecte a l'autonomia materna i d'un assessorament clínic i ètic adequat (12).

3.5. Aplicació de la teoria infermera del dol disfuncional

La teoria infermera del dol disfuncional de Georgene Gaskill Eakes, Mary Lermann Burke i Margaret A. Hainsworth, considera que el dol és una resposta normal davant una pèrdua rellevant, però pot transformar-se en un procés patològic quan la persona no aconsegueix integrar la pèrdua dins la seva experiència vital i el dolor emocional es manté de manera persistent (29).

Aquesta teoria descriu el dol com una experiència de patiment continu que pot afectar al funcionament emocional, social i personal, manifestant-se a través de sentiments de tristesa intensa, culpa, ansietat, preocupació constant per la pèrdua i dificultats per reprendre les activitats quotidianes.

En situacions de TOPFA la pèrdua té un impacte profund, ja que afecta tant l'àmbit emocional com en el projecte vital de la dona. Des de la teoria del dol disfuncional, aquesta experiència pot generar una resposta de dol especialment vulnerable a la cronificació.

La teoria identifica com a factors de risc la intensitat del vincle amb el fetus, la percepció de manca de control sobre la situació, l'escassetat de suport social i la dificultat per expressar el dolor, aspectes freqüents en aquest tipus de pèrdua.

En aquest context, cal tenir en compte que el dol posterior a la interrupció voluntària de l'embaràs pot esdevenir un dol invisibilitzat i socialment desautoritzat. Aquesta circumstància pot dificultar la validació externa del patiment i donar a lloc a què el procés de dol sigui aïllat, cosa incrementa el risc d'aquest tipus de dol.

Per aquest motiu, la infermera té un paper fonamental en l'acompanyament emocional de la dona, la validació del seu patiment, la promoció de l'expressió de sentiments i la detecció precoç de senyals de dol disfuncional, per tal de poder realitzar un abordatge infermer adequat a cada situació.

4. METODOLOGIA

4.1. Descripció de l'estudi

Amb el fi de respondre als objectius plantejats hem optat per un estudi de revisió bibliogràfica integrativa, és a dir, una avaluació crítica de la literatura publicada en bases de dades rellevants del camp sanitari.

La cerca s'ha dut a terme des de novembre de 2025 fins a març de 2026.

4.2. Paraules i termes clau

La cerca bibliogràfica es du a terme emprant paraules clau i el llenguatge controlat "Medical Subject Headings" (MeSH).

Els conceptes seleccionats son els que s'especifiquen a continuació:

- Avortament voluntari / "*Abortion induced*"
- Dol / "*Grief*"
- Infermeria / "*Nursing*"
- Salut mental / "*Mental Health*"
- Malformació genètica / "*Genetic Malformation*"
- Anomalia fetal / "*Fetal Anomaly*"

4.3. Mostra

Per la cerca i cribatge d'articles, ens basem en els següents criteris d'inclusió i exclusió:

Criteris d'inclusió	Criteris d'exclusió
– Relacionats amb els objectius plantejats. – Haver estat publicats entre l'any 2020 i 2026. – Estar escrits en català, castellà i anglès. – Estar disponibles en text complet.	– No estiguin relacionats amb els objectius plantejats. – Tinguin una antiguitat superior a 5 anys. – Estiguin escrits en idiomes diferents del català, castellà i anglès. – No estiguin disponibles en text complet.

Taula 2. Criteris d'inclusió i d'exclusió (font: elaboració pròpia)

4.4. Estratègies de cerca

Les bases de dades emprades per la recerca han sigut: Pubmed, CUIDEN, Dialnet plus, Scopus i CINAHL. Les equacions de cerca es componen a través de l'ús dels termes clau especificats, combinats amb l'operador booleà "AND" o bé mitjançant cerques simples.

Una vegada obtinguts els resultats, s'apliquen els filtres automàtics i manuals corresponents per seleccionar els articles adequats a aquest estudi.

A continuació, s'especifica l'estratègia de cerca analitzada en cadascuna de les bases de dades.

4.4.1. PUBMED

La cerca bibliogràfica a la base de dades PubMed es va iniciar mitjançant la identificació i selecció de descriptors controlats amb la terminologia MeSH. Es van utilitzar els descriptors "*Congenital Abnormalities*" i "*Abortion, Induced*", units per l'operador booleà "AND", obtenint aquells articles que esmentaven tots dos conceptes.

Es va realitzar una equació de cerca general, de la qual es van obtenir un total de 3.880 documents. Posteriorment, es van formular equacions de cerca més específiques que no van aportar estudis addicionals diferents als ja seleccionats, per lo que no s'han afegit al treball. A partir d'aquests resultats, es va dur a terme l'anàlisi dels articles aplicant els filtres comentats anteriorment, així com la lectura de títols, resums i contingut, fet que va permetre realitzar una selecció final de 9 articles.

4.4.2. CUIDEN

Per a dur a terme la cerca a la base de dades Cuiden, utilitzem la opció CUIDEN PLUS per poder utilitzar la cerca avançada.

Les paraules clau emprades són "*Interrupción*", "*Legal*" i "*Embarazo*". Amb aquestes paraules i l'operador booleà "AND" s'obté la primera equació de cerca. De la mateixa manera, es formulen dues equacions de cerca més: una amb les paraules clau "*Malformación*" i "*Embarazo*", utilitzant l'operador booleà "AND"; i una altra amb les paraules clau "*Duelo*" i "*Malformación fetal*", també amb l'operador booleà "AND".

Amb la primera equació s'obtenen 21 documents, amb la segona 63 i amb l'última 4. Amb els resultats obtinguts, s'apliquen els filtres automàtics. Després d'aplicar els filtres manuals, amb la lectura del títol, resum i descartant els articles repetits en altres bases de dades, s'obté un total d'1 article.

4.4.3. DIALNET

A la base de dades de Dialnet es realitza una cerca simple combinant les paraules clau, obtenint 4 equacions de cerca. Amb els resultats obtinguts, s'apliquen els filtres automàtics. Posteriorment, amb la lectura del títol, resum i descartant els articles repetits en altres bases de dades, seleccionem 1 article per a l'estudi.

4.4.4. SCOPUS

Per fer la cerca a la plataforma Scopus es va utilitzar l'opció de cerca avançada. Les paraules clau utilitzades van ser *"abortion induced"*, *"congenital malformation"*, *"grief"* i *"nursing"*, combinades mitjançant l'operador booleà *"AND"*.

A més, es va especificar el camp de cerca en què havien d'aparèixer els termes, utilitzant *"TITLE-ABS-KEY"* per limitar la presència de les paraules al títol, resum i paraules clau, així com l'opció *"ALL"*, que amplia la cerca a qualsevol part del document on apareguin els termes introduïts.

Combinant les diferents estratègies de cerca avançada, es van obtenir 97 documents sense aplicar criteris d'inclusió. Aquest conjunt es va generar a partir de quatre equacions de cerca diferents. Posteriorment, mitjançant l'aplicació dels criteris d'inclusió establerts i la lectura dels títols, resums i textos complets dels articles, es va realitzar una selecció final de 2 estudis per a l'anàlisi.

4.4.5. CINAHL

Per a la cerca a la base de dades CINAHL es van utilitzar els termes amb anglès: *"abortion induced"*, *"fetal anomaly"*, *"grief"* i *"nursing"*, combinats mitjançant l'operador booleà *"AND"*.

Es van realitzar 2 equacions de cerca combinant els termes descrits. La primera equació va generar un total de 19 resultats; després d'aplicar els filtres automàtics, es van obtenir 6 articles. D'aquests, un estava duplicat a la base de dades PubMed per el que es va descartar. Finalment, es van seleccionar 3 articles per a la revisió. Pel que fa a la segona equació de cerca, no es va obtenir cap article adequat per a l'estudi.

- Tot seguit es representa gràficament l'estratègia de cerca aplicada a cadascuna de les bases de dades amb els resultats obtinguts.

Tipus de cerca	Bases de dades	Estratègia de cerca	Resultats sense filtres aplicats	Resultats amb filtres aplicats	Articles seleccionats
Booleana	PUBMED	<i>("Congenital Abnormalities" [Mesh]) AND ("Abortion, Induced" [Mesh])</i>	3.880	112	9
Booleana	CUIDEN	<i>("Interrupción") AND ((("legal") AND ("embarazo"))</i>	21	3	1
		<i>("Malformación") AND ("embarazo")</i>	63	10	0
		<i>("Duelo") AND ("Malformación fetal")</i>	4	2	0
Simple	DIALNET	<i>Aborto voluntario por anomalia fetal</i>	10	2	1
		<i>Enfermeria en el aborto por anomalias fetales</i>	4	2	0
		<i>Interrupción legal del embarazo</i>	314	149	0
		<i>Aborto por anomalias congenitas</i>	84	24	0
Booleana	SCOPUS	<i>TITLE-ABS-KEY ("abortion induced") AND TITLE-ABS-KEY ("congenital malformation") AND TITLE-ABS-KEY ("grief")</i>	21	2	0
		<i>TITLE-ABS-KEY ("abortion induced") AND TITLE-ABS-KEY ("nursing") AND ALL ("congenital malformation")</i>	23	1	1
		<i>ALL ("abortion induced") AND TITLE-ABS-KEY</i>			

		<i>("nursing") AND TITLE-ABS-KEY ("congenital malformation")</i>	34	5	1
		<i>TITLE-ABS-KEY ("congenital malformation") AND TITLE-ABS-KEY ("nursing") AND TITLE-ABS-KEY ("abortion induced")</i>	19	0	0
Booleana	CINAHL	<i>("abortion induced") AND ("fetal anomaly") AND ("grief")</i>	19	6	3
		<i>("abortion induced") AND ("fetal anomaly") AND ("nursing")</i>	6	3	0
TOTAL					16

Taula 3. Equacions de cerca (font: elaboració pròpia)

5. RESULTATS

Entre els resultats de la cerca, es troben un total de 16 articles a estudiar (figura 1). Entre aquests, el 56,25% provenen de PubMed (9 articles), el 18,75% de CINAHL (3 articles), el 12,5% de Scopus (2 articles) i el 6,25% respectivament de Dialnet (1 article) i Cuiden (1 article).

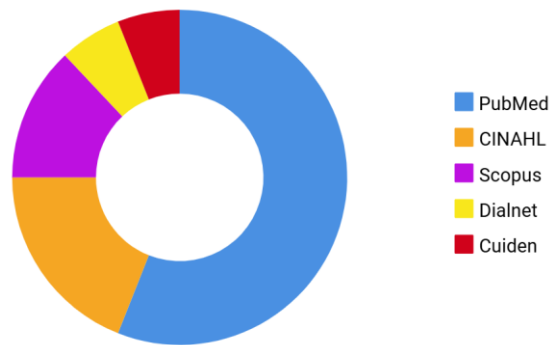


Figura 1. Gràfic dels articles utilitzats respecte cada base de dades (font: elaboració pròpia)

Quant a la procedència, de la mostra total de 16 estudis, s'observa una distribució a un total de 9 països diferents (figura 2). Es veu un clar predomini dels que són provinents de la Xina, amb 4 estudis que representen un 25% del total. Els Estats Units, Alemanya, Dinamarca i Espanya aporten 2 estudis cadascun (12,5% cada país), mentre que Irlanda, Brasil, Iran i Turquia compten amb 1 cadascun (6,25% cada país).

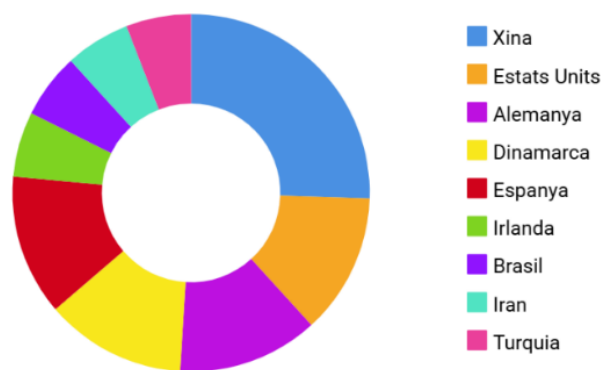


Figura 2. Gràfic dels països dels articles seleccionats (font: elaboració pròpia)

5.1. Diagrama de flux

Amb l'objectiu de sintetitzar la metodologia seguida, s'ha elaborat un diagrama de flux basat amb el mètode PRISMA, que permet definir i estructurar els criteris utilitzats en la selecció dels documents analitzats.

Aquest esquema s'organitza amb 4 etapes principals: la identificació dels estudis, el procés de cribratge, l'avaluació de l'elegibilitat i, finalment, la inclusió dels articles seleccionats (figura 3).

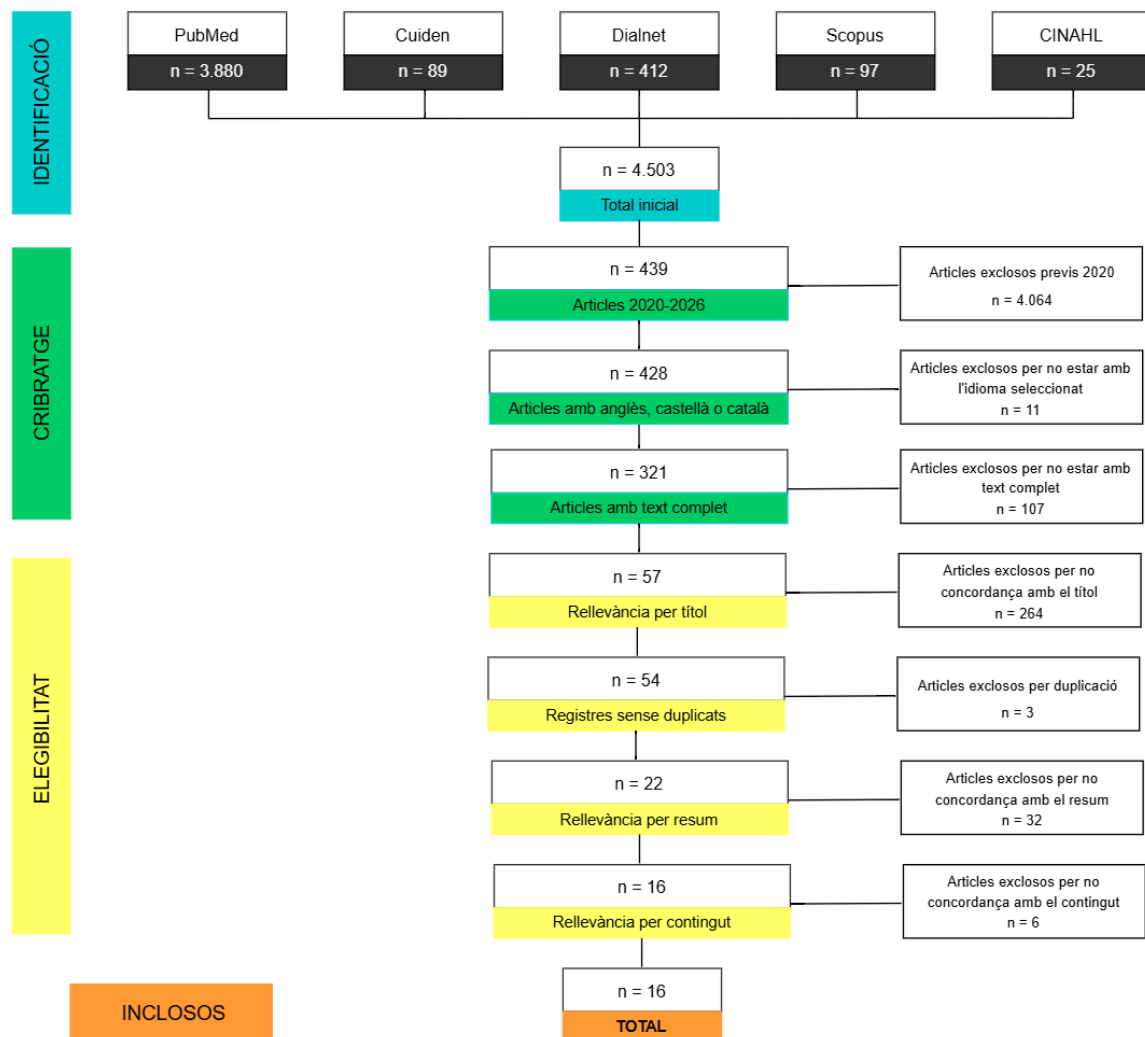


Figura 3. Diagrama de flux (font: elaboració pròpia)

5.2. Model CASPe

Després de seleccionar els articles, s'ha dut a terme una avaluació mitjançant la metodologia CASPe (*"Critical Appraisal Skills Programme"* – Espanya), basada en una sèrie de preguntes estructurades que permeten valorar la qualitat metodològica dels estudis inclosos.

Les preguntes s'han respost assignant un valor de 0 en cas de resposta negativa (No), de 0,5 en cas de no mencionar-se (No sé) i un valor d'1 en cas de resposta afirmativa (Sí). Posteriorment, s'han sumat les puntuacions per obtenir el resultat final.

Els resultats s'han presentat en taules diferenciades, agrupant-los segons la seva metodologia, inclosos un total de 10 estudis qualitatius, 3 revisions sistemàtiques i 4 articles de cohorts. En funció del disseny de cada estudi, s'utilitzen criteris diferents per valorar-ne la qualitat metodològica.

Dels articles qualitatius, el 50% presenten una puntuació de 10/10, mentre que l'altre 50% es troba entre 8,5-9,5/10, representant una alta qualitat metodològica (annex 1).

Pel que fa a les revisions sistemàtiques, dos estudis si presenten puntuacions de 10/10, mentre que el tercer un 8/10, continuant mantenint-se dins d'un valor adequat (annex 2).

Finalment, els estudis de cohorts mostren una qualitat molt alta, on la majoria presenten una puntuació completa d'11/11, amb un cas puntual que obté una puntuació de 10/11 (annex 3).

En conclusió, tots els articles presenten una qualitat metodològica alta.

5.3. Descripció dels articles

A continuació, es mostra la taula amb els resultats dels articles seleccionats per la revisió (taula 4).

TÍTOL	AUTORS, ANY I PAÍS	BASE DE DADES	METODOLOGIA	OBJECTIUS	RESULTATS	CONCLUSIONS
1. <i>Qualitative Pilot Study: Longitudinal Perspectives From People Who Has Second Trimester Abortions for Fetal Anomaly</i> (30).	Elise S. Cowley, Taryn Valley, Kelsey Christianson, Suzanne Walczak, Jessica A. Greenblatt i Laura Jacques. EUA, 2024	PUBMED	Estudi longitudinal i qualitatiu.	Investigar l'experiència de les pacients que se sotmeten a un avortament per anomalia fetal, ja que existeix poca literatura sobre el canvi de necessitats al llarg del temps.	Les pacients van mantenir una certesa constant amb la seva decisió i la modalitat de l'avortament. En els primers 3 mesos van rebre un fort suport social, que posteriorment va disminuir. Van passar per un procés de dol profund que es va anar estabilitzant, confirmant així una forta connexió amb l'embaràs.	L'estudi conclou que per al benestar de les pacients durant el procés de l'avortament és essencial garantir la capacitat d'elecció. Tanmateix, és necessari un suport emocional i logístic continuat més enllà del postoperatori immediat.
2. <i>Psychosocial intervention programme basen on the needs of weomen undergoing termination of pregnancy for foeta anomalies: A modified Delphi study</i> (31).	Ying Wang, Chi Huang, Jiaying Xie, Lihong Zeng, Yaohan Wang, Yanjuan He, Ying Li i Chunxiang Qin. Xina, 2024	PUBMED	Mètode Delphi modificat i estudi qualitatiu.	Construir un programa d'intervenció psicosocial per a dones diagnosticades amb anomalies fetals, basat en les seves necessitats per alleujar les emocions negatives pre-avortament.	Es va establir un programa estructurat amb 4 períodes i 3 tipus de suport: informació, social i teràpia d'acceptació i compromís (ACT), amb 27 indicadors d'intervenció. Aquests indicadors van ser validats amb consens per experts on el 40% eren infermeres, garantint que el programa sigui aplicable i rellevant per la pràctica clínica.	Es va realitzar un programa basat en les necessitats reals i el marc cognitiu-emocional-conductual de les pacients, cosa que permet fer una intervenció més precisa. Es conclou que la introducció de la ACT és clau per la cura mental i es destaca al personal d'infermeria per acompanyar a les pacients i garantir una continuïtat després de l'alta.

3. <i>Reciprocal relationship between abortion stigma and depressive symptoms among women who underwent termination of pregnancy for fetal anomalies: a crosslagged panel study</i> (32).	Huiting Peng, Xi Li, Lihong Zeng, Ying Wang, Yaohan Wang, Chunxiang Qin i Yang Chen. Xina, 2025	PUBMED	Estudi observacional longitudinal (cohorts).	Investigar la relació recíproca i l'evolució temporal entre l'estigma de l'avortament i els símptomes depressius en dones que s'enfronten a una interrupció de l'embaràs per anomalia fetal.	L'estudi confirma una relació bidireccional així validant que l'estigma abans de la intervenció prediu un augment de la depressió un mes després, i els símptomes depressius inicials prediuen un estigma major posterior. La dimensió de l'autojudici té un impacte significatiu amb la salut mental posterior. S'observa que, un mes després, els nivells d'estigma augmenten tot i que la depressió tendeix a disminuir.	Es considera essencial que els professionals realitzin una avaluació sistemàtica i integral d'ambdós aspectes, amb l'objectiu d'identificar el risc a les pacients i poder intervenir. Així mateix, es destaca la importància del suport social, fomentant la comunicació oberta amb familiars i amics per reduir l'estigma i protegir la salut mental de la pacient a llarg termini.
4. <i>Perceived Impact of Healthcare Relationships and Interactions on Parental Experiences of Prenatal Diagnosis and Termination of Pregnancy for Foetal Anomaly on the Island of Ireland</i> (33).	Suzanne Heaney, Mark Tomlinson i Áine Aventin. Irlanda, 2024	PUBMED	Estudi qualitatiu mitjançant la entrevista i relats narratius.	Explorar les experiències dels pares pel que fa a les seves relacions i interaccions amb els professionals sanitaris durant l'atenció relacionada amb el diagnòstic prenatal i la interrupció de l'embaràs per anomalia fetal.	Els resultats confirmen que la TOPFA va ser una experiència traumàtica i que canvia la vida dels pares. Les accions i conductes dels professionals sanitaris van influir en la percepció i interpretació de les seves experiències assistencials, així com en l'accés als serveis i suports. Respecte a això, es presenten diferents temes: la importància de la compassió i de les cures sense judici, el valor d'una comunicació efectiva, el desig d'una atenció compassiva i la facilitació de la creació de records.	Es destaca el paper dels professionals sanitaris en la capacitat d'adaptació dels pares. Es conclou que una relació positiva basada en la compassió i la transparència informativa, permet a les famílies sentir-se més recolzades per acceptar el diagnòstic. En contra, les interaccions percebudes com a negatives, augmenten el risc de malestar greu. Es reclama una atenció més centrada en la persona així com una millor formació en comunicació i la presència de circuits assistencials clars.

5. <i>On the way to interrupting the gestation or not: experiences of pregnant women with anencephalic fetuses (34).</i>	Iulia Bicu Fernandes, Rozania Bicego Xavier, Paulo Alexandre de Souza São Bento i Andreza Rodrigues. Brasil, 2020	PUBMED	Estudi qualitatiu mitjançant entrevistes.	Comprendre les experiències de les dones que s'enfronten a una gestació amb un fetus amb anencefàlia i identificar els factors determinants que influeixen en la decisió d'aquestes dones d'interrompre o no la gestació.	Les narracions de les participants posen de manifest que el retorn a casa sense el nadó, tenint les marques físiques de la gestació, genera un buit profund on el suport de la parella i la família esdevé el factor protector clau per a la recuperació emocional. En quant a la presa de decisions, les dones que opten per la interrupció sovint ho fan per escurçar el patiment o per complicacions de salut pròpia, mentre que les que decideixen continuar la gestació ho fan per creences religioses.	L'estudi arriba a la conclusió que hi ha una manca de preparació de les institucions de salut, a més a més de la necessitat d'espais protegits (es remarca la necessitat d'aïllament acústic ja que es descriu com a violent el fet d'estar a la mateixa habitació que dones amb nadons sans), i atenció humanitzada respectant els drets reproductius.
6. <i>Anxiety, depression, somatization and psychological distress before and 2–6 years after a late termination of pregnancy due to fetal anomalies (35).</i>	Lisa Irmscher, Romy Marx, Maike Linke, Anja Zimmermann, Stephanie Drössler i Hendrik Berth. Alemanya, 2024	PUBMED	Estudi longitudinal (cohorts).	Investigar l'evolució de l'ansietat, la depressió, la somatització i el malestar psicològic general en dones des del moment anterior a una interrupció tardana de l'embaràs fins a 2-6 anys després.	Abans de la interrupció, el 57,8% mostraven nivells de malestar general per sobre de la mitjana i amb el seguiment a llarg termini aquesta xifra es va reduir de manera notable; no obstant això, encara hi havia un 10% de les dones que continuava presentant nivells de malestar psicològic elevats entre 2 i 6 anys després del procediment. No es va trobar una relació significativa entre el malestar persistent i factors com l'edat gestacional o el fet de tenir fills previs.	L'estudi conclou que la majoria de les dones desenvolupen mecanismes d'afrontament efectius amb el temps i destaca que no s'ha trobat una relació significativa entre el malestar persistent i factors com l'edat gestacional. En canvi, suggereix que variables com els antecedents psiquiàtrics o el suport social, si podrien influir en aquesta evolució posant de manifest la necessitat d'un seguiment continuat a llarg termini.

7. <i>Parents' mental health after termination of pregnancy for foetal anomaly – a systematic Review</i> (36).	Ida Rønnov-Jessen, Mette Eklund, Anne Hammer, Maja O'Connor i Christina Prinds & Dorte Hvidtjørn. Dinamarca, 2025	PUBMED	Revisió sistemàtica quantitativa.	Explorar i resumir els resultats de salut mental de pares després d'una interrupció de l'embaràs per anomalia fetal realitzada després de la setmana 12 de gestació.	Els resultats van demostrar variacions amb els símptomes d'estrès relacionat amb el trauma, els símptomes depressius i les reaccions de dol després de la TOPFA. Els factors analitzats com a predictors de salut mental, com ara l'edat gestacional, el nivell educatiu i la religió, van mostrar resultats inconsistents. En canvi, el suport de la parella es va correlacionar de manera consistent amb nivells més baixos de dol.	Tot i que els símptomes com la depressió, l'estrès traumàtic i el dol tendeixen a disminuir amb el pas del primer mes després de la TOPFA, encara persisteixen nivells significatius de malestar en algunes dones. Per això, es destaca la necessitat urgent de prioritzar estratègies d'intervenció i de suport psicològic especialitzat a llarg termini. A més a més, s'identifica una mancança en el coneixement de la salut mental dels progenitors masculins.
8. <i>Psychological experiences of women with pregnancy termination due to fetal anomalies: a qualitative study from the perspective of women, their spouses, and healthcare providers in Iran</i> (37).	Bahareh Kamranpour, Mahnaz Noroozi i Masoud Bahrami. Iran, 2020	PUBMED	Estudi d'anàlisi de contingut qualitatiu.	Explorar les experiències psicològiques de les dones que han passat per una interrupció de l'embaràs per anomalia fetal.	Dins dels participants, hi havia 25 dones, 2 parelles i 13 professionals de salut (entre aquests, tres llevadores i una infermera). La recerca identifica dues etapes crítiques del patiment emocional: en el moment del diagnòstic, on s'experimenta un xoc fort marcat per incredulitat, negació de la realitat, sentiments profunds de tristesa i ràbia davant la pèrdua, i després de la interrupció, on sorgeixen problemes psicològics com la impotència, l'ansietat per la recurrència en futurs	Com a conclusió, s'extreu que és essencial comprendre aquestes vivències per dissenyar polítiques de salut i intervencions professionals que ofereixin un suport emocional òptim i humanitzat.

					embarassos, la depressió i un intens sentiment de culpa i remordiment per haver intervingut en la mort del fetus.	
9. <i>Factors associated with long-term posttraumatic stress following later termination of pregnancy for fetal anomaly: results from a longitudinal Study (38).</i>	Lisa Irmischer, Romy Marx , Maike Linke , Anja Zimmermann , Stephanie Drössler , Maria Stephanie Miebach i Julia Martini & Hendrik Berth. Alemanya, 2026	PUBMED	Estudi longitudinal (cohorts).	Investigar factors associats amb l'estrès posttraumàtic a llarg termini després d'una interrupció tardana de l'embaràs a causa d'una anomalia fetal.	Els resultats van mostrar una disminució significativa de l'estrès posttraumàtic al llarg dels 4 anys de seguiment. Es va confirmar que el pas del temps és el predictor més potent per a la reducció del malestar. L'optimisme avaluat abans de la interrupció va resultar ser un factor protector clau, associant-se a nivells globals més baixos d'estrès, així com de símptomes d'intrusió i evitació. En canvi, l'estudi va identificar com a factor de risc el fet de tenir fills previs i una edat gestacional més avançada.	Les troballes de l'estudi conclouen que la majoria de les dones es recuperen del malestar inicial, tot i que algunes experimenten símptomes perllongats i per tant, haurien de rebre un suport psicològic adequat. Un menor nivell d'optimisme, haver tingut fills prèviament i una edat gestacional més avançada poden ser factors de risc per a nivells més elevats d'estrès posttraumàtic.
10. <i>Valoración de la calidad del cuidado de atención a pacientes que solicitan interrupción tardía de la gestación (39).</i>	Estela Moren, Sandra Suñol, Yolanda Giménez, Montse Palacio, Ángela Arranz i Olga Gómez. Espanya, 2022	CUIDEN	Estudi pilot descriptiu transversal.	Avaluar l'experiència de les pacients en procés d'interrupció voluntària de l'embaràs per malformacions fetals greus o incurables per damunt de les 22	L'estudi mostra que la puntuació de l'atenció al Clínic de Barcelona va ser de 9,45/10, amb valoracions molt positives per part dels professionals (tant de medicina com infermeria). Com a punts de millora, es destaca el soroll ambiental i el temps d'espera fins l'alta. Manifesten la necessitat de rebre més suport emocional i	Com a conclusió s'han extret els punts de millora del centre, destacant especialment la necessitat d'aïllar acústicament els diferents ambients i revisar els criteris d'alta per escurçar el temps d'espera i facilitar la tranquil·litat a la llar de manera més eficient. L'estudi també conclou que, cal

				setmanes de gestació.	informació detallada sobre les fases del dol al moment de marxar. També s'observa que, tot i oferir les petjades del nadó, moltes voldrien disposar d'altres records físics per facilitar el procés de pèrdua.	reforçar l'atenció psicològica, millorar la gestió de la creació de records i proposa la creació d'un grup de suport específic per al dol perinatal.
11. <i>Estudio cualitativo sobre las experiencias y emociones de las mujeres en el proceso de interrupción voluntaria del embarazo por causa médica (40).</i>	Zuleika del Carmen González Ramos. Espanya, 2023	DIALNET	Estudi qualitatiu amb un enfocament fenomenològic.	Aprofundir en l'experiència de les dones durant el procés d'interrupció voluntària de l'embaràs per causa mèdica.	Els resultats revelen que la TOPFA és un procés altament estressant on les respostes emocionals, fluctuen segons l'etapa (diagnòstic, decisió, intervenció o postpart). La satisfacció amb l'atenció sanitària es veu estretament vinculada a la comprensió, la compassió i la recepció d'informació clara i gradual, la qual cosa fomenta l'autonomia a l'hora de prendre decisions. Les llevadores i infermeres són figures fonamentals, ajudant a gestionar emocionalment la transició. Com a punts febles, s'identifica la manca de suport psicològic en el moment del diagnòstic i compartir espais amb altres embarassades.	Les conclusions determinen que es desencadena una transició emocional complexa marcada per sentiments de distrés, ansietat, culpa i por a la recurrència, on la impossibilitat d'establir una causa clara de l'anomalia fetal sol accentuar el malestar de la dona. Les principals necessitats identificades inclouen un sistema de suport psicoemocional i espiritual professional, la disponibilitat d'un espai físic hospitalari específic, i la informació detallada sobre el part i el comiat del nadó, amb l'objectiu de facilitar una transició saludable.
12. <i>Journey Mapping of Chinese Women Undergoing Termination Due</i>	Chaojin Da, Junfang Shi, Peifen Ma, Chen Wu, Yuxin Zhang, Qiongfang Cui, Aili Zhang,	SCOPUS	Estudi exploratori qualitatiu amb enfocament fenomenològic.	Estudiar l'experiència de dones xineses que se sotmeten a un avortament per	Els resultats van demostrar que l'experiència psicològica, les estratègies d'afrontament i la transformació posttraumàtica de les dones, presenten	L'estudi conclou que les necessitats psicològiques són dinàmiques i canvien en cada etapa, fet que destaca la urgència de proporcionar

to Fetal Abnormalities: A Thematic Content Analysis Based on Social Media Diaries (41).	Haozhi Xia, Tingting Cai i Miao Wang. Xina, 2025			anomalia fetal al llarg de diferents fases, utilitzant mapes de trajectòria basats en els seus diaris personals.	variacions dinàmiques al llarg de les 4 fases del procés: diagnòstica, hospitalització, puerperi i post-puterperi. Es van identificar deu subtemes clau, com el dol, la culpa, el suport social o el creixement personal. Així mateix, es va observar que algunes conductes són pròpies de determinades etapes del procés, com el sentiment de pèrdua, que assoleix la seva màxima intensitat durant el puerperi.	cures personalitzades i adaptatives en cada una d'aquestes. Estratègies com l'evitació i la cerca de suport en línia permeten reduir l'estigma i la culpa ajudant a la maduració psicològica. En aquest context, el mapa de trajectòria proposat serveix com una eina visual per poder dissenyar intervencions de suport més precises i efectives.
13. Efficacy of psychosocial interventions for psychological distress among women undergoing termination of pregnancy for fetal anomaly: a systematic review (42).	Jiaying Xie, Siyuan Tang, Chi Huang, Jiarui Chen, Theresah Owusua, Siqing Hu, Jing Lu, Mei Sol, Huiting Pen i Chunxiang Qin. Xina, 2022	SCOPUS	Revisió sistemàtica.	Proporcionar una visió general de les intervencions psicosocials (PSI) disponibles per a dones que se sotmeten a una TOPFA i resumir-ne les característiques i l'eficàcia en la reducció del malestar psicològic.	Es van identificar 10 tipus d'intervencions agrupades en 3 categories principals: psicoteràpia, suport social i infermeria psicològica clínica (que inclou cures del dol, cures en l'empatia i infermeria per etapes). La revisió confirma que les intervencions psicosocials, que van ser majoritàriament liderades per infermeres, són beneficioses. Millorant en el 93,3% dels estudis la depressió, 96,1% en l'ansietat i el 100% és l'estrès posttraumàtic.	L'evidència actual dona suport a l'eficàcia de les intervencions psicosocials per reduir el malestar emocional. Es destaca la necessitat de desenvolupar programes que permetin comprendre millor els mecanismes del canvi i, d'aquesta manera, garantir una atenció més precisa. Es recomana la integració de les intervencions en línia per la seva accessibilitat i menor cost, malgrat que cal implementar estratègies per millorar l'adherència de les pacients a aquests formats digitals.

14. <i>Perinatal grief and Related Factors After Termination of Pregnancy for Fetal Anomaly: One-Year Follow-up Study (43).</i>	Oya GÜÇLÜ, Güliz ŞENORMA, Abdullah TÜTEN, Koray GÖK i Ömer ŞENORMANCI. Turquia, 2021	CINAHL	Estudi de cohorts prospectiu.	Realitzar un seguiment dels símptomes del dol perinatal durant un període d'1 any en aquelles dones que han passat per una interrupció de l'embaràs a causa d'una anomalia fetal. Específicament, identificar els factors relacionats i els elements predictors que fan que dol persisteixi durant més de 6 mesos després de la intervenció.	Els símptomes del dol perinatal, disminueixen de manera significativa des de les 6 setmanes als 6 mesos, però que persisteixen sense canvis rellevants entre els 6 mesos i l'any de la intervenció. A més, s'observa una correlació positiva entre la el dol i l'ansietat amb la hiperactivació posttraumàtica. També identifica 2 predictors del dol a l'any: la hiperactivació i la satisfacció amb la parella. Aquesta última actuant com un factor protector que es correlaciona negativament amb el dol actiu. Finalment, s'ha observat que un estil "d'apego" segur facilita el maneig de la pèrdua.	L'estudi conclou que la TOPFA és una experiència traumàtica i disruptiva que pot derivar en un dol persistent després dels primers 6 mesos. S'emfatitza que els signes d'ansietat i hiperactivació posterior a la intervenció no s'han d'ignorar, ja que seran claus per detectar i tractar el dol sever. Es considera essencial que es proporioni una atenció multidisciplinària i informació clara. L'estudi reclama la implementació d'intervencions específiques i un seguiment que faciliti la integració dels records dolorosos, garantint un dol adequat.
15. <i>The impact of genetic counseling on women's grief and coping following termination of pregnancy for fetal anomaly (44).</i>	Cayleen Smith, Syed S. Hashmi Jennifer Czerwinski, Victoria F. Wagner, Pamela Promecene, Irena Milentijevic i Aarti Ramdaney. EUA, 2020	CINAHL	Metodologia de mètodes mixtos que combina l'anàlisi quantitativa i qualitativa.	Examinar com l'assessorament genètic influeix en la capacitat d'afrontament i en el dol de les dones després d'una interrupció de l'embaràs per anomalia fetal.	Els resultats indiquen que l'assessorament genètic influeix positivament en les estratègies d'afrontament de les dones, tot i que no es van trobar diferències significatives en els nivells globals de dol perinatal entre les que van veure un assessor i les que no. Concretament, les dones que van rebre assessorament genètic en els 2 anys posteriors van utilitzar significativament	Es conclou que l'assessorament genètic previ a una interrupció de l'embaràs per anomalia fetal és una intervenció beneficiosa que promou l'ús de mecanismes d'afrontament adaptatius. Es subratlla la importància del rol dels assessors genètics per proporcionar suport emocional, atenció objectiva i informació precisa sobre

					més afrontament actiu, la planificació i la reformulació positiva. En l'àmbit qualitatiu, l'estudi revela una mancança en l'accés al servei ja que al 54% de les dones que no van rebre assessorament ni tan sols se'ls va oferir.	l'etiologia i el risc de recurrència. L'estudi reclama una millor coordinació i educació de l'equip mèdic referent.
16. <i>A time/space bubble: Expectant parents' experience of birth after termination of pregnancy due to fetal anomaly in a midwifery-led, obstetric unit for prenatal loss (45).</i>	Maiken F. Damm, Stina Lou, Puk Sandager, Ida Vogel, Christina Prinds i Dorte Hvidtjoern. Dinamarca, 2025	CINAHL	Metodologia qualitativa d'enfocament inductiu a través d'una aproximació hermenèutica i fenomenològica.	Explorar i examinar l'experiència del part dels pares que s'enfronten a una TOPFA en una unitat especialitzada per a la pèrdua prenatal.	Els resultats donen a conèixer 3 temes centrals que descriuen la vivència dels pares en una unitat especialitzada per a la pèrdua prenatal. En primer lloc, descriuen la unitat com una bombolla aïllada, un entorn privat i segur per ells. En segon lloc, la figura de la llevadora es considerada crucial i s'encarrega de que els pares puguin viure l'experiència emocional plenament. Finalment, la trobada i el temps passat amb el fetus o nadó s'identifica com un moment de gran intensitat on la majoria dels pares decideixen sostenir-lo, fet que ajuda a confirmar la realitat de la pèrdua d'un fill i facilita la creació de records físics.	Les conclusions de l'estudi recalquen que els pares que s'enfronten a una TOPFA valoren profundament la seguretat, la privadesa i el temps que ofereix una unitat especialitzada per poder processar l'experiència i acomiadar-se del seu fill. La recerca destaca la capacitat de la llevadora per estar present ja que permet als pares distanciar-se del temps i viure el part d'una manera diferent. A més a més, l'estudi conclou que és imprescindible una atenció altament especialitzada i personalitzada que s'adapti a les necessitats individuals de cada família.

Taula 4. Descripció dels articles seleccionats (font: elaboració pròpia)

6. ANÀLISI

S'ha avaluat la fiabilitat dels articles utilitzats en aquest estudi. Els resultats CASPe indiquen que la qualitat metodològica és alta i que presenta una bona solidesa, obtenint en la majoria dels articles puntuacions iguals o superiors a 8.

7. DISCUSSIÓ

Actualment, cada vegada es donen amb més freqüència situacions d'interrupció voluntària de l'embaràs per causes mèdiques. Per aquest motiu, és necessari conèixer les eines existents per dur a terme un bon abordatge.

La següent discussió analitza els temes rellevants de la literatura revisada, amb l'objectiu de comprendre les repercussions psicològiques, els factors que condicionen la vivència, la gestió de la informació, l'impacte de l'entorn assistencial i les intervencions infermeres. Així, es posen en comú evidències nacionals i internacionals per identificar mancances, punts de consens i possibles línies de millora en l'atenció.

7.1. Repercussions psicològiques i la temporalitat de la salut mental

La interrupció de l'embaràs per anomalia fetal es descriu unànimement a la literatura com una experiència “devastadora” i caracteritzada per un trencament que afecta la dona en tots els seus aspectes. Aquesta pèrdua implica la fi de la gestació i per tant, la destrucció dels somnis i plans de futur que els pares havien projectat sobre el seu nadó (34,43).

S'identifica que el malestar no és estàtic, sinó que evoluciona a través de diverses fases. L'estudi realitzat a la Xina l'any 2025, proposa una divisió segons el moment assistencial: la fase diagnòstica, l'avortament hospitalitzat, el part i el puerperi. Dins d'aquestes 4 fases es comenten 3 temes principals: l'experiència psicològica, les estratègies d'afrontament i la transformació posttraumàtica (41).

Durant la **fase del diagnòstic**, assenyala que factors com el moviment fetal intensifiquen el procés dol, tot i saber les circumstàncies de l'embaràs i el futur desenllaç. Moltes dones recorren a mecanismes d'afrontament com la negació o l'atribució al destí davant d'aquest esdeveniment traumàtic. A aquest impacte emocional s'hi afegeixen sentiments de xoc, angoixa, pànic, patiment i fins i tot desorientació, descrits en un estudi realitzat al Brasil l'any 2020 (34,41).

En la **fase d'hospitalització**, s'observa el nivell més elevat de dol. En aquesta fase, la por al procés d'inducció del part s'intensifica a causa de la manca d'informació, i es realitza la recerca d'aquesta en fonts en línia o de la interacció amb altres pacients.

Al moment de la intervenció, Cowley et al. comenta com la simptomatologia aguda també es pot diferenciar segons el procediment escollit, existint experiències heterogènies entre la dilatació i evacuació i la inducció del part. Aquesta decisió es troba condicionada principalment per les preferències personals, la necessitat de contacte amb el nadó i la percepció individual de l'impacte tant físic com mental de cada opció.

D'aquesta manera, algunes dones perceben el procediment quirúrgic com menys estressant i amb una recuperació més ràpida, mentre que d'altres prefereixen la inducció del part per la possibilitat de veure, sostenir o acomiadar-se del nadó, considerant-la l'opció emocionalment més adequada (30,41).

En la **fase postpart**, les respostes emocionals generals és on assoleixen el seu pic màxim, per després disminuir ràpidament. Aquest pic es veu agreujat pel malestar físic propi d'aquest període, com la pujada de la llet, l'hemorràgia i la debilitat física, provocant el sentiment d'impotència, el qüestionament de la fertilitat i inclús pensaments suïcides. Immediatament després del procediment, l'estudi realitzat als EUA al 2024, destaca que les dones experimentaven un dol intens marcat principalment per la tristesa, tot i que també emergien emocions menys esperades, com la ràbia, l'entumiment emocional i, en alguns casos, sentiments d'avversió envers la situació viscuda (30,41).

A la tornada a casa, en la **fase del puerperi**, Fernandes et al. comenta que les dones descriuen un profund sentiment de buit, ràbia i pèrdua, independentment del moment en què es va interrompre la gestació. L'estudi destaca que el trauma genera una "memòria no tan silenciosa", que provoca por i aprensió en futures gestacions (34).

Tota aquesta estructuració es pot contrastar amb el marc cognitiu-emocional-conductual de Wang et al., que ho divideix amb 4 períodes diferenciats: negació, confirmació, presa de decisions i recuperació. En ambdós casos, la literatura suggereix que les intervencions s'han d'adaptar al moment emocional de la dona, passant d'una fase inicial d'incredulitat i "xoc emocional" a una fase de buit profund un cop s'ha produït l'alta hospitalària.

L'experiència també es pot viure com una "bombolla temporal" de seguretat que es trenca en tornar a casa. Aquesta percepció sobretot es pot veure quan l'hospitalització s'ha dut a terme en un espai segur com la Unitat de Pèrdua Perinatal, ja que es tracta

d'una unitat específica i centrada en aquestes situacions, orientada a legitimar totes les emocions i oferir una atenció especialitzada (31,45).

Es documenta que l'impacte psicopatològic de la TOPFA és significativament superior al de les gestacions sense complicacions. Concretament, l'estudi realitzat a la Xina al 2025 assenyala que la probabilitat de patir depressió és 4 vegades més gran i la de TEPT és 7 vegades superior. Aquesta vivència emocional no es considera un procés transitori, ja que el mateix autor indica que la simptomatologia pot persistir entre 2 i 6 anys després de la interrupció, tot i que altres estudis n'estenen la durada fins als 7 anys. A més, s'identifiquen els 2 primers anys com el període més significatiu de dol (37,41–44).

En aquesta mateixa línia, Irmscher et al. mostra una evolució clara del malestar psicològic al llarg del temps. En el moment previ a la interrupció, més de la meitat de les dones presentaven nivells de malestar psicològic global per sobre de la mitjana (57,8%), amb percentatges especialment elevats en ansietat (66,7%), depressió (51,1%) i somatització (37,8%). No obstant això, anys després, s'observa una disminució significativa i sostinguda de totes les dimensions del malestar. Aquestes dades confirmen una tendència general a la millora amb el pas del temps, tot i que una petita proporció de dones continua presentant nivells elevats de simptomatologia a llarg termini (35).

Pel que fa a un altre aspecte, Peng et al. confirmen que existeix una influència bidireccional al llarg del temps: l'estigma percebut abans de la interrupció prediu la depressió posterior, i la depressió inicial augmenta la percepció d'estigma, especialment l'autojudici i l'aïllament. Les dones tendeixen a l'autoculpabilització, creient que un "defecte físic" propi ha causat l'anomalia. Aquesta "consciència ferida" i la por al judici social actuen com una barrera que dificulta la recuperació emocional i el tancament del dol, fent que la dona interpreti informació neutra de manera negativa augmentant així el sentiment d'estigma.

Per tant, descriu una evolució entre les diferents dimensions del malestar psicològic, en què la depressió disminueix de manera significativa posteriorment a la interrupció, mentre que el sentiment d'estigma augmenta. Aquest patró suggereix que tot i la reducció inicial dels símptomes depressius, el pes del judici social i l'autojudici es fa més present en el procés de reintegració a la vida quotidiana (32).

Aquesta vivència es reflecteix també en testimonis qualitatius, on s'evidencia el pes de l'aïllament emocional: *“No crec que ningú més pugui entendre-ho de debò a part de mi. Els meus pares estan patint la pèrdua del seu primer net, i el meu marit, el seu primer fill. Jo era qui la portava al ventre, i ningú més ho pot entendre completament”* (30).

Es reconeix el dol perinatal com un dol “silenciat”, sovint poc visible socialment i sanitàriament. Es destaca que aquest dol no segueix un curs lineal, sinó que es manifesta de manera fluctuant, amb l'aparició de moments significatius —com ara aniversaris o dates relacionades amb la pèrdua— que actuen com a desencadenants del malestar emocional. Per tant, es posa de manifest la necessitat d'intervencions continuades i adaptades en el temps, que no es limitin al moment immediat de la pèrdua, sinó que incloguin seguiment i suport emocional a llarg termini (39).

7.2. Factors que condicionen la vivència

La vivència de la intervenció pot estar influenciada per diversos factors, que es poden classificar en factors protectors i factors de risc. Els factors protectors són aquells que ajuden la persona a afrontar la situació sense que esdevingui patològica, mentre que els factors de risc poden afavorir experiències traumàtiques i contribuir al desenvolupament d'un dol patològic.

Dins dels factors de risc, l'estigma social té un paper rellevant. Un estudi realitzat a la Xina del 2024 confirma que l'estigma social influeix directament en l'aparició de símptomes depressius. En la mateixa línia, un altre estudi també dut a terme a la Xina del 2025, assenyala que l'anomalia fetal sovint va acompanyada d'aquest estigma, fet que incrementa la pressió psicològica sobre les dones. El tractament a aquest malestar psicològic també pot comportar una càrrega financera per la parella, tal com comenten Xie et al., sent aquesta càrrega un tema a tenir en consideració (31,38,42).

A més, existeix un altre tipus d'estigma especialment perjudicial: l'estigma religiós, considerat un factor de risc crític. En aquest sentit, es descriu com algunes dones van ser perseguides i anomenades “assassines” pel seu entorn, constituint aquests comportaments una forma de violència. Com a professionals, és fonamental ser capaços d'oferir una atenció lliure d'estigmes i judicis, tal com assenyala un estudi realitzat a Alemanya l'any 2026 (34,38).

Relacionat amb aquests factors de risc, a l'hora d'acompanyar les dones i les parelles en aquest procés cal tenir en compte que la pèrdua és fruit d'una decisió activa, fet que diferencia aquest dol d'altres tipus de pèrdua gestacional (45).

En aquest sentit, diversos estudis també relacionen aquesta experiència amb un intens sentiment de culpa materna. Aquest sentiment pot afectar l'autoestima de la dona, especialment per la percepció d'incapacitat de tenir un fill sa, tal com assenyala l'estudi de Kamranpour et al. A més, a l'estudi ja mencionat realitzat al Brasil, es destaca el pes simbòlic i social atribuït a la dona, remarcant que és ella qui "porta el nadó", fet que pot incrementar aquesta càrrega emocional (34,37,39–41).

Alguns factors de risc s'han identificat com a predictors d'un dol elevat al cap d'un any. Entre aquests destaquen l'afecció insegura, l'ansietat inicial i un estat d'hiperalerta (43).

Pel que fa a l'edat gestacional avançada, els resultats dels estudis són contradictoris. D'una banda, l'estudi realitzat a Dinamarca del 2025 no troba una associació amb un nivell més elevat de dol, estrès traumàtic o símptomes depressius, i en la mateixa línia, l'estudi d'Alemanya del 2024 tampoc identifica una relació significativa amb l'edat gestacional, ni amb altres variables com l'edat de la dona, la durada de la relació de parella, la letalitat del diagnòstic o el fet de tenir fills previs. D'altra banda, altres estudis sí que observen diferències significatives en els nivells de depressió i estigma segons l'edat de la dona i l'edat gestacional, assenyalant que els embarassos més avançats poden comportar un major risc de patir-ne. Tanmateix, també associa l'edat gestacional amb nivells més elevats de pensaments intrusius, així com amb el fet de tenir fills previs (32,35,36,38).

La literatura també identifica diversos factors protectors que poden modular la vivència de la pèrdua i afavorir un procés de dol més adaptatiu.

Un dels factors protectors més rellevants és el suport social i relacional. Diversos estudis destaquen el paper fonamental de la parella, la família i l'entorn proper. La revisió sistemàtica realitzada a la Xina l'any 2022, identifica el suport social com el principal factor protector davant la depressió i el TEPT, mentre que el realitzat a EUA, comenta la importància de compartir experiències amb persones que han viscut experiències similars. De fet, les dones tendeixen a buscar aquest tipus de connexions i entre elles troben un suport emocional significatiu. Una alternativa innovadora és la de proporcionar informació de suport i seguiment a través d'un aplicatiu amb el nom de WeChat. Aquest article assenyala que aquestes intervencions redueixen temps, recursos humans i costos. El 72% de les dones expressen el desig de comunicar-se amb altres que hagin passat pel mateix (30,31,35,36,40–42).

Un altre element clau és la qualitat de l'atenció sanitària. Diversos estudis remarquen que un tracte respectuós, empàtic i lliure de judicis per part dels professionals actua com a factor protector. Aspectes com la continuïtat assistencial, la sensibilitat personal, la validació de sentiments i la creació d'un espai segur i privat, contribueixen a una experiència molt positiva. L'estudi dut a terme a Irlanda del 2024, valora el paper de la llevadora i la possibilitat de crear records tangibles com a part del procés del dol, destacant la comprensió i l'atenció de l'equip sanitari (30,33,37,39,40,45).

L'accés a recursos especialitzats i suport psicològic adequat es mostra important i significatiu. Es remarca la importància de disposar d'intervencions psicosocials adaptades a les necessitats reals de les dones i s'assenyala el paper de la psicoteràpia comentant que, en alguns casos el naixement posterior d'un fill se pot ser un element que contribueixi a la recuperació emocional (31,35).

Finalment, altres factors com la capacitat d'escollir interrompre l'embaràs en un context emocional, poden actuar com a element protector en contraposició al sentiment de malestar que suposaria la manca d'elecció. Igualment, la resiliència, i la xarxa de suport (tant de parella, com de l'entorn), reforcen la capacitat d'afrontament davant la pèrdua (30,31,34–36,40,42).

Aquest resultat doncs, ens suggereixen que, tot i la presència de factors de risc importants com els diferents tipus d'estigma, també existeixen factors protectors que poden modular de manera significativa la vivència del dol i afavorir processos d'adaptació més saludables.

7.3. La gestió de la informació

L'experiència de la dona de l'embaràs experimenta un trencament traumàtic en el moment de la comunicació de les "males notícies". Diversos autors coincideixen a descriure el diagnòstic d'una anomalia fetal com un esdeveniment inesperat que destrueix les expectatives d'un embaràs normal. L'estudi fet a l'Iran del 2020, destaca que a l'ecografia, sovint percebuda com un moment de celebració i bones notícies, es transforma en un dany emocional greu (37,44).

La qualitat i la manera de donar la informació sobre el pronòstic es posiciona com l'indicador més important per a les pacients. L'evidència confirma que la informació és important en totes les etapes del procés TOPFA, des del diagnòstic fins a l'atenció posterior, considerant el moment de la notícia com un xoc. El suport informatiu es considerat de màxima importància, sent un dels 4 pilars fonamentals per una intervenció

psicosocial eficaç. Una bona informació no només alleuja l'ansietat, sinó que millora la capacitat d'afrontació de la dona (31,33,40,42).

Una explicació completa ajuda els pares a entendre el diagnòstic i el pronòstic, quines opcions tenen, quines decisions caldrà prendre i en quin moment. A més, contribueix a reduir el sentiment de confusió i culpa, ja que sovint tendeixen a buscar la responsabilitat en les seves pròpies accions, ajudant-los així a sentir un major control davant d'una situació percebuda fora del seu abast (33,37).

S'observa una necessitat crítica d'informació per reduir la incertesa i prendre decisions informades, on està demostrat que les parelles cerquen informació activament per internet i consulten metges de confiança per tal de rebre segones opinions (41).

Així mateix, no només és important el contingut de la informació, sinó també la manera com es transmet, valorant-se positivament fer-ho de forma clara, gradual i assertiva. Els pares que van rebre informació sobre què podien esperar es van sentir més preparats, especialment pel que fa als procediments sanitaris, el suport que tenies disponible i els canvis físics i emocionals (33,40).

L'assessorament genètic és esmentat en diversos estudis com una necessitat fonamental, especialment en un pronòstic ambigu. Segons l'estudi realitzat a Irlanda, els pares valoren positivament disposar d'un especialista que els ajudi a entendre millor la situació i assegurar-se que la seva decisió estigui completament informada. Així mateix, aquest assessorament també ha de ser abordat durant el període de recuperació, junt amb els plans reproductius futurs i les opcions disponibles, com les tecnologies de reproducció assistida a aquelles dones que ho necessitin. El desig de rebre assessorament en futurs embarassos, vindrà influenciat per una experiència prèvia positiva, per la necessitat de suport emocional i per la possibilitat de fer proves més exhaustives davant la por a la recurrència (31,33,44).

Finalment, la gestió del diagnòstic també es veurà influenciada pels marcs legals de cada país. Un exemple, és l'estudi fet a Alemanya, on esmenta que la llei alemanya exigeix una consulta psicològica obligatòria immediatament després d'un diagnòstic fetal patològic, mostrant així com les polítiques institucionals poden condicionar l'acompanyament ofert a les famílies (35).

7.4. Influència de l'entorn físic i assistencial en l'experiència del dol: espais, intimitat i accessibilitat dels recursos

Els resultats dels estudis analitzats, posen de manifest que l'entorn físic i assistencial té un paper determinant en la vivència del dol, evidenciant mancances rellevants en l'organització del sistema sanitari i en l'atenció a les necessitats emocionals de les dones.

En primer lloc, diversos estudis coincideixen a destacar l'impacte negatiu de la manca d'intimitat i de compartir espais. Es descriu com un "acte violent" el fet d'haver de compartir habitació amb mares i nadons sans, ja que aquest entorn reforça el sentiment de fracàs i dificulta l'elaboració del dol. Aquesta idea es veu reforçada pels estudis de Ramos González i Da et al., que descriuen com escoltar el plor d'altres nadons genera un patiment emocional intens, fins al punt de ser percebut com una experiència profundament traumàtica. S'assenyala la necessitat organitzativa d'ubicar aquestes dones en espais diferenciats per evitar aquest impacte, mentre que l'estudi realitzat a Alemanya al 2026 insisteix en la importància d'aïllar els ambients i facilitar una alta més àgil per reduir l'exposició a aquestes situacions. Aquestes evidències expliquen també decisions com les descrites per Cowley et al., on la dona opta per una dilatació i evacuació per evitar compartir espais amb altres dones en procés de part (30,34,38,40–42).

La disponibilitat d'espais íntims, protegits i adaptats emergeix com un factor clarament protector. L'estudi de Damm et al., descriu com una unitat específica per al dol perinatal (UPL) pot crear una "bombolla" de seguretat i tranquil·litat, diferenciada de l'entorn hospitalari convencional, que permet a les dones i les seves parelles viure el procés amb més intimitat i control. Elements com la separació física de la sala de parts, l'ambient càlid i acollidor, i la possibilitat de decidir el grau de contacte amb els professionals contribueixen a generar una sensació de seguretat i a facilitar una experiència més humanitzada. Així, l'entorn físic no només té una funció estructural, sinó també simbòlica i emocional en el procés de dol (45).

Un altre aspecte rellevant és la importància dels rituals i de la creació de records en el procés d'elaboració de la pèrdua. Diversos estudis assenyalen que els records tangibles, com fotografies, petjades o objectes del nadó, són altament valorats pels progenitors i esdevenen elements significatius en el dol. Heaney et al., els descriu com a "tresors" que es conserven al llarg del temps, mentre que Irmscher et al., evidencia que moltes

dones haurien desitjat disposar de més records o haver passat més temps amb el nadó. Aquesta necessitat es relaciona també amb el fet de poder veure o sostenir el nadó, aspecte que es considera essencial per assimilar la realitat de la pèrdua i facilitar el comiat. No obstant això, l'estudi de Güçlü et al., posa de manifest que sovint els pares no tenen l'oportunitat de realitzar aquests rituals ni de veure el nadó, fet que pot convertir l'experiència en un esdeveniment més traumàtic (33,34,37,38,43).

En relació amb la presa de decisions i el procés de comiat, els resultats suggereixen la necessitat d'un enfocament individualitzat. Destaca que dir adeu al fetus és una elecció personal i que no totes les dones desitgen fer-ho, motiu pel qual es proposa facilitar espais de comunicació amb altres dones amb experiències similars com a mesura de suport (31).

Finalment, cal considerar les barreres d'accessibilitat als recursos i el seu impacte en la vivència del dol. S'assenyala que les dones de zones rurals o amb menys recursos tenen més dificultats per accedir a suport psicològic, mentre que també es proposa les intervencions digitals com una possible solució, tot i les limitacions en l'adherència. A més, es posa de manifest la càrrega econòmica associada al procés, incloent-hi costos mèdics, laborals i funeraris, que poden afegir estrès a una situació ja de per si vulnerable (30,32,42).

En conjunt, aquests resultats evidencien que l'entorn físic, l'organització assistencial i l'accessibilitat als recursos no són elements neutres, sinó factors determinants que poden modular de manera significativa l'experiència del dol, afavorint-ne o dificultant-ne l'elaboració.

7.5. Intervencions infermeres

Un dels objectius d'aquest estudi ha estat identificar les intervencions infermeres actualment implementades en l'abordatge del dol després d'un avortament voluntari per diagnòstic prenatal de malformació congènita. La recerca en aquest àmbit ha estat enriquidora, ja que ens ha permès identificar tant fortaleeses com mancances en l'atenció, tant estatalment com globalment, gràcies a la diversitat d'estudis analitzats.

Els estudis analitzats posen de manifest la importància de les intervencions infermeres en l'acompanyament del dol perinatal, tot i que no tots mencionen explícitament la figura infermera. Tot i això, moltes de les accions descrites s'emmarquen dins de la nostra pràctica professional.

En primer lloc, diversos estudis coincideixen a assenyalar que l'actitud i les competències dels professionals són elements centrals en la vivència de les dones. Es destaca el valor d'un tracte comprensiu i atent per part de l'equip sanitari, mentre que altres estudis, insisteixen en la necessitat de cures humanitzades, basades en la sensibilitat i la validació emocional. En aquesta línia, es proposa un enfocament innovador basat en la cura informada del trauma i reforça el paper de la llevadora com a figura de referència i continuïtat assistencial, capaç de sostenir emocionalment la dona durant tot el procés (30,33,34,37).

Malgrat aquesta evidència, diversos estudis remarquen l'absència de guies clíniques clares. Ambdós estudis realitzats a Espanya, un del 2022 i l'altre del 2023, assenyalen que no existeix un consens general sobre el procés d'acompanyament, evidenciant una manca de protocol·lització en la pràctica. Aquesta idea es veu reforçada pels estudis de l'Iran del 2020 i el d'EUA del 2020, que també denuncien la manca de protocols i la necessitat de dissenyar intervencions estructurades basades en les necessitats reals de les dones, incloent-hi el seguiment posterior i la detecció precoç de símptomes greus per evitar la cronificació del dol (37,39,40,44).

En resposta a aquesta mancança, alguns estudis proposen models d'intervenció concrets. L'estudi Delphi modificat del 2024, desenvolupa un programa d'intervenció psicosocial estructurat segons un model cognitiu-emocional-conductual, adaptat a les diferents fases del procés (confirmació, presa de decisions i recuperació). Aquest programa incorpora la teràpia d'acceptació i compromís (ACT) com a eina central per millorar la flexibilitat psicològica, amb intervencions específiques adaptades a cada moment evolutiu de la dona (31).

En aquesta mateixa direcció, Peng et al., proposen intervencions dirigides a la modulació dels processos cognitius, destacant la importància d'ajudar les dones a interpretar l'experiència de manera més objectiva per reduir l'autoculpabilització, així com fomentar la comunicació oberta amb l'entorn per disminuir l'estigma social. A més, assenyalen la necessitat que els professionals identifiquin possibles biaixos cognitius negatius, que poden intensificar sentiments de vergonya i malestar emocional (32).

També es proposa un model anomenat Model de Salut Mental Positiva com a marc d'intervenció infermera orientat a potenciar els recursos personals de les dones. Aquest model es basa en 6 dimensions claus: satisfacció personal, autocontrol, autonomia, solució de problemes, autoestima i aspiracions, i té com a objectiu millorar la capacitat

d'afrontament, reduir l'estrès i afavorir la qualitat de vida. L'estudi destaca el paper clau de les infermeres i llevadores en l'acompanyament dels progenitors (40).

En la mateixa línia, es descriuen diferents models d'intervenció infermera, com les cures psicològiques per etapes, distingint les etapes com: cures abans de la inducció del part, cures durant i cures després. Les intervencions les classifica així: cures psicològiques clíniques (proporcionades per infermeres, oferint principalment suport psicològic i intervencions dirigides a les alteracions emocionals), infermeria empàtica, que inclou escolta activa, pensament empàtic, l'enfocament centrat en la solució, etc. Aquests models han demostrat reduccions significatives en ansietat i depressió, tot i que sovint no disposen de protocols detallats pel que fa a la seva implementació (42).

Altres estudis també aporten propostes d'intervenció orientades a la detecció precoç i la personalització de les cures. Es destaca la importància d'identificar factors predictors de risc per poder oferir un suport psicològic més intens a les dones que ho necessitin. També es posa èmfasi en la necessitat d'utilitzar eines d'avaluació estandarditzades per millorar la identificació dels casos amb més risc de patiment psicològic. Així mateix, l'estudi realitzat a Turquia l'any 2021 proposa el desenvolupament d'instruments clínics per identificar pares que requereixen seguiment, així com la incorporació d'intervencions específiques com l'assessorament en trauma o la teràpia de parella (35,36,38,43).

En paral·lel, diversos estudis remarquen la importància d'oferir intervencions adaptades i personalitzades, destacant accions com l'escolta activa, la identificació de necessitats individuals i la derivació a grups de suport com a elements clau de la pràctica infermera (44).

S'aporta una visió més organitzativa del rol infermer, destacant la funció de la llevadora en l'estructuració del procés assistencial. Dins de les unitats específiques per pèrdues perinatales, a través del concepte de "Kronos", la llevadora assumeix l'organització del temps clínic, cosa que permet que la dona i la seva parella puguin centrar-se en el "Kairos", és a dir, en la vivència emocional del moment. Aquest enfocament posa en relleu la necessitat de formació específica per a les llevadores, temps assistencial i suport institucional perquè els professionals puguin desenvolupar una atenció de qualitat en situacions de pèrdua (45).

En conjunt, els resultats evidencien que les intervencions infermeres són diverses i engloben tant enfocaments més tradicionals que es basen en l'acompanyament emocional i la cura humanitzada, fins a propostes innovadores estructurades en models cognitiu-conductuals i intervencions psicosocials específiques. Tot i aquesta diversitat, es constata que les intervencions existents encara són poc homogènies i insuficientment protocol·litzades, fet que dificulta la seva aplicació sistemàtica i genera variabilitat en la pràctica clínica.

Finalment, es posa de manifest la necessitat d'avançar cap a models d'intervenció més estructurats, basats en l'evidència científica i adaptats a les necessitats de les dones i les seves parelles. Es reforça la importància de consolidar el paper de la infermeria i la llevadora com a figura en l'acompanyament del dol per garantir una atenció continuada.

8. ASPECTES ÈTICS. Ús d'eines d'intel·ligència artificial

Per l'elaboració d'aquest treball, s'han utilitzat eines d'intel·ligència artificial per donar suport a tasques com la revisió de l'estil lingüístic i l'organització del contingut a desenvolupar.

L'ús d'aquestes eines s'ha dut a terme de manera crítica i responsable, garantint la revisió del contingut.

9. LIMITACIONS DE L'ESTUDI

Durant l'elaboració de l'estudi ens hem trobat diverses limitacions. D'una banda, la inclusió d'estudis internacionals ha aportat riquesa i diversitat de perspectives, i la selecció final de 16 estudis ha permès extreure conclusions sòlides. Així mateix, la realització del treball en parella ha facilitat el contrast d'informació i el debat continu, fomentant el pensament crític durant tot el procés.

D'altra banda, ha estat necessari modificar els criteris d'inclusió inicials, ja que molts estudis no especificaven les setmanes de gestació, dificultant la selecció centrada en gestacions fins a les 22 setmanes. A més, no s'han trobat estudis quantitatius ni assaigs clínics, així com tampoc un nombre suficient d'estudis que abordin de manera directa i específica el rol de la infermeria.

Finalment, la limitada disponibilitat d'estudis seleccionats en l'àmbit nacional constitueix una altra limitació, ja que restringeix la contextualització dels resultats en l'àmbit local.

10. FUTURES LÍNIES D'INVESTIGACIÓ

Pel que fa a les línies futures d'investigació, es considera prioritari impulsar la creació i implementació de protocols específics que orientin la pràctica assistencial, amb l'objectiu d'homogeneïtzar l'atenció i millorar la qualitat de les cures, especialment en relació amb el rol de la infermeria.

En aquest sentit, també seria molt enriquidor desenvolupar i avaluar unitats d'atenció especialitzada que permetin oferir un seguiment professional continuat després de la intervenció, donat que actualment es detecten buits importants en l'acompanyament a llarg termini.

11. CONCLUSIONS

A continuació, s'exposen les conclusions amb relació als objectius que s'havien plantejat inicialment.

11.1. Objectiu 1.

“Identificar les intervencions infermeres implementades en l’abordatge del dol després d’un avortament voluntari per malformació congènita”.

En relació amb aquest objectiu, els estudis revisats permeten concloure que les intervencions infermeres en el dol per TOPFA inclouen principalment cures humanitzades, suport emocional, informació adaptada i models d'intervenció psicosocial estructurada, com per exemple els cognitiu-conductuals, ACT o el Model de Salut Mental Positiva.

Així mateix, es mostra el valor de la llevadora com a figura clau, així com el seu paper en l'acompanyament mitjançant estratègies com la creació d'espais íntims i rituals de comiat.

S'observa com les intervencions són heterogènies, poc protocol·litzades i insuficientment estandarditzades, generant una gran variabilitat en la pràctica i posant de manifest l'absència d'un consens clar sobre el model d'acompanyament a seguir.

A més, es detecten mancances importants en el seguiment a llarg termini, la detecció sistemàtica de risc i la integració d'intervencions psicosocials estructurades dins la pràctica habitual. Per això, es remarca la necessitat de desenvolupar guies de pràctica clínica clares, protocols unificats i models d'atenció infermera que garanteixin una atenció continuada i centrada en les necessitats reals de les dones.

11.2. Objectiu 2.

“Determinar els factors protectors o de risc en la vivència de la dona davant de l’avortament”.

La vivència del dol està influïda per una combinació de factors de risc i protectors que modulen l'evolució.

Entre els factors de risc identificats als estudis seleccionats, destaquen l'estigma tant social com religiós, que es relacionen amb l'aparició de símptomes depressius. A més, el fet que la interrupció de l'embaràs sigui fruit d'una decisió activa és un aspecte que diferencia aquest procés d'altres pèrdues i pot intensificar el sentiment de culpa de la

dona. A aquesta situació, s'afegeix la càrrega emocional associada a la dona, ja que és "qui porta al nadó", aspecte que pot afectar a la seva autoestima i generar la percepció de que és incapaç de tenir un nadó sa.

Tot i que la influència de l'edat gestacional presenta resultats contradictoris, alguns estudis suggereixen una possible associació amb nivells més elevats de depressió, dol, estrès posttraumàtic i símptomes depressius, mentre que altres no hi troben relació significativa. També es remarca la conseqüència que pot provocar estar un entorn hospitalari poc íntim o l'exposició a altres nadons i gestants sanes, intensificant el malestar social.

Pel que fa als factors protectors, el suport social (parella, família i entorn proper) és clau, juntament amb una atenció sanitària empàtica i sense judicis, amb accés a recursos especialitzats i suport psicològic.

Els espais adequats i una bona informació són importants, així com respectar en tot moment les decisions preses per la dona i la parella. Aquests factors, poden modular significativament la vivència i contribuir a un procés d'afrontament més adaptatiu.

11.3. Objectiu 3.

"Analitzar les repercussions psicològiques que poden generar sobre la salut mental de la dona".

La TOPFA té un impacte psicològic profund i pot considerar-se una experiència potencialment traumàtica. Les dones poden presentar tristesa, ansietat, ràbia, buit i entumiment emocional, especialment en les primeres fases.

La literatura descriu que el malestar que esdevé no és estàtic, i la vivència no es considera un procés transitori ni lineal, sinó que és fluctuant amb l'aparició de moments significatius. S'evidencia que l'impacte psicopatològic és superior al de les gestacions sense complicacions, reconeixent el dol perinatal com un dol "silenciat" invisible socialment i sanitàriament.

Per tant, es posa de manifest la necessitat d'intervencions continuades i adaptades amb el temps, que no es limitin al moment immediat de la pèrdua, sinó que incloguin seguiment i suport emocional a llarg termini.

12. BIBLIOGRAFIA

1. Organització Mundial de la Salut. WHO [Internet]. 2026 [citat 3 novembre 2025]. Aborto. Disponible a: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
2. Generalitat de Catalunya. Canal Salut. [Internet]. 2023 [citat 22 gener 2026]. Interrupció voluntària de l'embaràs quirúrgica o instrumental. Disponible a: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/i/interrupcio-voluntaria-embaras/quirurgica/>
3. Miranda Lucas MJC d'Argemir, D. Discursos de profesionales de la salud y de mujeres sobre el aborto voluntario. Rev Bioet Derecho. 2016;(38):37-53. doi:10.1344/RBD2016.38.17044
4. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España [Internet]. 2025 [citat 21 abril 2026]. Datos estadísticos. Disponible a: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/datosEstadisticos.htm>
5. Boletín Oficial del Estado [Internet]. 2023 [citat 27 gener 2026]. p. 30334-75. Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2023-5364>
6. Rodríguez Díaz RN. Aborto eugenésico actitud ante el diagnóstico de un feto malformado. Dilemata : revista internacional de éticas aplicadas [Internet]. 2015 [citat 31 gener 2026];(17). Disponible a: <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/34990>
7. Organización Mundial de la Salud. WHO. [Internet]. 2023 [citat 22 gener 2026]. Trastornos congénitos. Disponible a: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects>
8. Generalitat de Catalunya. Canal Salut. [Internet]. 2025 [citat 21 abril 2026]. Dol. Disponible a: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/d/dol/index.html>
9. Generalitat de Catalunya. Protocol per a l'atenció a la interrupció voluntària de l'embaràs a Catalunya. 2022.
10. Organización Mundial de la Salud. WHO. [Internet]. 2025 [citat 29 gener 2026]. Aborto. Disponible a: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
11. Boletín Oficial del Estado [Internet]. 2023 [citat 27 gener 2026]. BOE-A-2023-5364 Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2023-5364>

12. Ayala Peralta FD, Mejico Caja M, Racchumí Vela A, Espinola-Sánchez M, Luna Figueroa A, Carranza Asmat C, et al. Factores asociados a malformaciones congénitas. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. diciembre 2019. doi:10.33421/inmp.2019171
13. Bucarano Lliteras I, Gutiérrez Martínez A. PRINCIPALES CAUSAS DE LAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS. Revista CENIC Ciencias Biológicas [Internet]. 19 octubre 2023 [citat 22 gener 2026];54:30-6. Disponible a: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24502023000100030&lng=es&nrm=iso&tlng=en
14. Clínica Corachan. Diagnòstic prenatal: ecografia [Internet]. [citat 31 gener 2026]. Disponible a: https://www.corachan.com/ca/diagnostic-prenatal-ecografia_29348
15. Organización Mundial de la Salud. WHO [Internet]. 2023 [citat 22 gener 2026]. Trastornos congénitos. Disponible a: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects>
16. Taboada Lugo N. Dilemas éticos en la interrupción del embarazo por malformaciones congénitas. Revista Humanidades Médicas [Internet]. 2017 [citat 31 gener 2026];17:17-31. Disponible a: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71635>
17. Alvarez Montes de Oca R, Montes de Oca Pérez MJ, Hernández Rodríguez Z. Ciencia, Tecnología y Sociedad: aspectos preventivos y bioéticos en mujeres con aborto eugenésico. Medimay [Internet]. 5 juliol 2024 [citat 1 febrer 2026];31:e2634. Disponible a: <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/2634>
18. Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT). Gencat [Internet]. 2018 [citat 27 gener 2026]. Protocol de cribratge prenatal d'anomalies congènites. Disponible a: <https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio/embaras-part-puerperi/protocol-seguiment-embaras/protocol-cribratge-prenatal/index.html>
19. Generalitat de Catalunya. Canal Salut. [Internet]. [citat 29 gener 2026]. Dol per la mort d'un fill o filla durant l'embaràs, el part o el postpart. Disponible a: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/e/embaras-part-i-postpart/dol-mort-fill/>
20. Escuela de Postgrado de Psicología y Psiquiatría [Internet]. 2024 [citat 29 gener 2026]. Las 5 Fases del Duelo y Cómo Identificarlas | Escuela Psicología. Disponible a: <https://eepsicologia.com/cuales-son-las-5-fases-del-duelo/>
21. Gabinet Psicològic Mataró. El Dol: tipus i fases [Internet]. [citat 31 gener 2026]. Disponible a: <https://gabinetsicologicmataro.cat/el-dol-tipus-i-fases/>
22. Cortés-Cataldo F, Olhaberry-Huber M, Sieverson-Raddatz C, Romero-Jiménez M, Tagle-Silva MT, Mena-Silva C, et al. Duelo perinatal, salud mental y la importancia del acompañamiento psicológico. Revista Médica Clínica Las Condes. 1 maig 2025;36(3):221-7. doi:10.1016/J.RMCLC.2025.05.002

23. López García de Madinabeitia AP. Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* [Internet]. abril 2011 [citat 31 gener 2026];31(1):53-70. Disponible a: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
24. Rodríguez Pérez MÁ, Prats Rodríguez P, Fournier Fisas S, Ricart Calleja M, Echevarria Tellería M, Comas Gabriel C, et al. Guía clínica de actuación de la interrupción del embarazo. *Diagnóstico Prenatal*. gener 2013;24(1):11-4. doi:10.1016/J.DIAPRE.2012.06.005
25. Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues Clin Neurosci*. 1 abril 2022;14(2):187-94. doi:10.31887/DCNS.2012.14.2/AKERSTING PubMed PMID: 22754291.
26. Olondriz Narvaez Director A. El duelo perinatal tras una Interrupción Voluntaria del Embarazo. Navarra; maig 2023.
27. Quinn DM, Chaudoir SR. Living With a Concealable Stigmatized Identity: The Impact of Anticipated Stigma, Centrality, Salience, and Cultural Stigma on Psychological Distress and Health. *J Pers Soc Psychol*. octubre 2009;97(4):634. doi:10.1037/A0015815 PubMed PMID: 19785483.
28. Shellenberg KM, Moore AM, Bankole A, Juarez F, Omideyi AK, Palomino N, et al. Social stigma and disclosure about induced abortion: results from an exploratory study. *Glob Public Health*. setembre 2011;6 Suppl 1(SUPPL.1). doi:10.1080/17441692.2011.594072 PubMed PMID: 21745033.
29. Guerrero Montes NA, Guerrero Castañeda RF, González-Soto CE. ANALYSIS AND EVALUATION OF DYSFUNCTIONAL GRIEF THEORY. *Horiz Enferm*. 2024;35(3):1649-66. doi:10.7764/Horiz_Enferm.3.3.1649-1666
30. Cowley ES, Valley TM, Christianson K, Walczak S, Greenblatt JA, Jacques L. Qualitative Pilot Study: Longitudinal Perspectives From People Who Had Second Trimester Abortions for Fetal Anomaly [Internet]. agost 2024. Disponible a: www.wmjonline.org
31. Wang Y, Huang C, Xie J, Zeng L, Wang Y, He Y, et al. Psychosocial intervention programme based on the needs of women undergoing termination of pregnancy for foetal anomalies: A modified Delphi study. *Nurs Open*. 1 abril 2024;11(4). doi:10.1002/nop2.2164 PubMed PMID: 38606808.
32. Peng H, Li X, Zeng L, Wang Y, Wang Y, Qin C, et al. Reciprocal relationship between abortion stigma and depressive symptoms among women who underwent termination of pregnancy for fetal anomalies: a cross-lagged panel study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 1 desembre 2025;25(1). doi:10.1186/s12884-025-07376-8 PubMed PMID: 40055664.
33. Heaney S, Tomlinson M, Aventin Á. Perceived Impact of Healthcare Relationships and Interactions on Parental Experiences of Prenatal Diagnosis and Termination

- of Pregnancy for Foetal Anomaly on the Island of Ireland. *Health Expectations*. 1 octubre 2024;27(5). doi:10.1111/hex.70068 PubMed PMID: 39428704.
34. Fernandes IB, Xavier RB, Bento PA de SS, Rodrigues A. On the way to interrupting the gestation or not: Experiences of pregnant women with anencephalic fetuses. *Ciencia e Saude Coletiva*. 1 febrer 2020;25(2):429-38. doi:10.1590/1413-81232020252.14812018 PubMed PMID: 32022184.
 35. Irmischer L, Marx R, Linke M, Zimmermann A, Drössler S, Berth H. Anxiety, depression, somatization and psychological distress before and 2–6 years after a late termination of pregnancy due to fetal anomalies. *BMC Womens Health*. 1 desembre 2024;24(1). doi:10.1186/s12905-024-03082-3 PubMed PMID: 38658921.
 36. Rønnov-Jessen I, Eklund M, Hammer A, O'Connor M, Prinds C, Hvidtjørn D. Parents' mental health after termination of pregnancy for foetal anomaly—a systematic review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Routledge; 2025. p. 338-65. doi:10.1080/02646838.2024.2431638 PubMed PMID: 39604079.
 37. Kamranpour B, Noroozi M, Bahrami M. Psychological experiences of women with pregnancy termination due to fetal anomalies: A qualitative study from the perspective of women, their spouses, and healthcare providers in Iran. *Reprod Health*. 9 juliol 2020;17(1). doi:10.1186/s12978-020-00959-y PubMed PMID: 32646449.
 38. Irmischer L, Marx R, Linke M, Zimmermann A, Drössler S, Miebach MS, et al. Factors associated with long-term posttraumatic stress following later termination of pregnancy for fetal anomaly: results from a longitudinal study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 31 desembre 2026;47(1):2613419. doi:10.1080/0167482X.2026.2613419 PubMed PMID: 41520278.
 39. Moreno E, Suñol S, Giménez Y, Palacio M, Arranz Á, Gómez O. Valoración de la calidad de atención a pacientes que solicitan interrupción tardía de la gestación. *MUSAS Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*. 30 gener 2022;7(1):130-50. doi:10.1344/musas2022.vol7.num1.7
 40. Ramos González Z del C. Estudio cualitativo sobre las experiencias y emociones de las mujeres en el proceso de interrupción voluntaria del embarazo por causa médica. 2023.
 41. Da C, Shi J, Ma P, Wu C, Zhang Y, Cui Q, et al. Journey Mapping of Chinese Women Undergoing Termination Due to Fetal Abnormalities: A Thematic Content Analysis Based on Social Media Diaries. *Int J Womens Health*. 2025;17:1789-805. doi:10.2147/IJWH.S509259
 42. Xie J, Tang S, Huang C, Chen J, Owusua T, Hu S, et al. Efficacy of psychosocial interventions for psychological distress among women undergoing termination of pregnancy for fetal anomaly: a systematic review. *Annals of Palliative Medicine*.

- AME Publishing Company; 2022. p. 784-805. doi:10.21037/apm-21-2415 PubMed PMID: 35073718.
43. Güçlü O, Şenormanci G, Tüten A, Gök K, Şenormanci Ö. Perinatal grief and related factors after termination of pregnancy for fetal anomaly: One-year follow-up study. *Noropsikiyatri Arsivi*. 1 setembre 2021;58(3):221-7. doi:10.29399/npa.25110
 44. Smith C, Hashmi SS, Czerwinski J, Wagner VF, Promecene P, Milentijevic I, et al. The impact of genetic counseling on women's grief and coping following termination of pregnancy for fetal anomaly. *J Genet Couns*. 1 abril 2021;30(2):522-32. doi:10.1002/jgc4.1338 PubMed PMID: 33103308.
 45. Damm MF, Lou S, Sandager P, Vogel I, Prinds C, Hvidtjoern D. A time/space bubble: Expectant parents' experience of birth after termination of pregnancy due to fetal anomaly in a midwifery-led, obstetric unit for prenatal loss. *Midwifery*. 1 gener 2025;140. doi:10.1016/j.midw.2024.104189 PubMed PMID: 39383647.

13. ANNEXES

13.1. Annex 1

Model CASPe en articles qualitatius:

ARTICLE	It.1	It.2	It.3	It.4	It.5	It.6	It.7	It.8	It.9	It.10	TOTAL
Art. 1	Sí	Sí	Sí	No sé	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	8,5/10
Art. 2	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	9/10
Art. 4	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10
Art. 5	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No sé	Sí	Sí	Sí	Sí	9,5/10
Art. 8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10
Art. 10	Sí	Sí	No sé	Sí	Sí	No	Sí	No sé	Sí	Sí	8/10
Art. 11	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10
Art. 12	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10
Art. 15	Si	Si	No sé	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	8,5/10
Art. 16	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10

Taula 5: Model CASPe en articles qualitatius (font: elaboració pròpia)

13.2. Annex 2

Model CASPe en articles de revisió sistemàtica:

ARTICLE	It.1	It.2	It.3	It.4	It.5	It.6	It.7	It.8	It.9	It.10	TOTAL
Art. 7	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10
Art. 9	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10
Art. 13	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	8/10

Taula 6: Model CASPe en articles de revisió sistemàtica (font: elaboració pròpia)

13.3. Annex 3

Model CASPe en articles de cohorts:

ARTICLE	lt.1	lt.2	lt.3	lt.4	lt.5	lt.6	lt.7	lt.8	lt.9	lt.10	lt.11	TOTAL
Art. 3	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	11/11
Art. 6	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	11/11
Art. 9	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/11
Art. 14	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	11/11

Taula 7: Model CASPe en articles de cohorts (font: elaboració pròpia)