

Clàudia Maria Moragas Fernández

**ANÀLISI DE TRES CASOS
DE DOL PERINATAL**

Treball de final de màster

Dirigit per Elisabet Sánchez Rodríguez

MÀSTER EN PSICOLOGIA GENERAL SANITÀRIA

Departament de psicologia



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, 2024

ÍNDIX

| | |
|--|-----------|
| 1. Introducció..... | 1 |
| 2. Fonamentació teòrica..... | 1 |
| 2.1 El procés de dol..... | 1 |
| 2.2 El dol perinatal..... | 4 |
| 2.3 Avaluació psicològica del dol i comorbiditat..... | 7 |
| 2.4 Tractament i formats d'intervenció..... | 8 |
| 3. CAS CLÍNIC 1: Pèrdua antenatal..... | 9 |
| 3.1 Presentació del cas..... | 9 |
| 3.2 Anàlisi funcional..... | 11 |
| 3.3 Avaluació..... | 13 |
| 3.4 Hipòtesis diagnòstiques, de manteniment i d'origen del problema..... | 14 |
| 3.5 Objectius del tractament..... | 17 |
| 3.6 Tractament..... | 18 |
| 3.7 Dades post tractament i discussió dels resultats..... | 23 |
| 3.8 Seguiment..... | 24 |
| 4. CAS CLÍNIC 2: Interrupció voluntària de l'embaràs (IVE)..... | 26 |
| 4.1 Presentació del cas..... | 26 |
| 4.2 Anàlisi funcional..... | 27 |
| 4.3 Avaluació..... | 29 |
| 4.4 Hipòtesis diagnòstiques, de manteniment i d'origen del problema..... | 31 |
| 4.5 Objectius del tractament..... | 34 |
| 4.6 Tractament..... | 36 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 4.7 | Dades post tractament i discussió dels resultats..... | 40 |
| 4.8 | Seguiment..... | 41 |
| 5. | CAS CLÍNIC 3: Nou embaràs després d'una pèrdua perinatal..... | 43 |
| 5.1 | Presentació del cas..... | 43 |
| 5.2 | Anàlisi funcional..... | 46 |
| 5.3 | Avaluació..... | 47 |
| 5.4 | Hipòtesis diagnòstiques, de manteniment i d'origen del problema..... | 48 |
| 5.5 | Objectius del tractament..... | 51 |
| 5.6 | Tractament..... | 53 |
| 5.7 | Dades post tractament i discussió dels resultats..... | 57 |
| 5.8 | Seguiment..... | 58 |
| 6. | Anàlisi de les limitacions del treball..... | 59 |
| 7. | Conclusions..... | 59 |
| 8. | Bibliografia..... | 60 |
| 9. | Annexos..... | 66 |
| | Annex 1..... | 66 |
| | Annex 2..... | 67 |
| | Annex 3..... | 68 |
| | Annex 4..... | 69 |
| | Annex 5..... | 70 |
| | Annex 6..... | 71 |
| | Annex 7..... | 72 |
| | Annex 8..... | 73 |
| | Annex 9..... | 74 |
| | Annex 10..... | 75 |

| | |
|---------------|----|
| Annex 11..... | 76 |
| Annex 12..... | 77 |
| Annex 13..... | 80 |

Aquest treball conté informació confidencial i no pot ser compartit en la seva totalitat.

1. Introducció

En aquest treball s'exposa l'anàlisi clínic de tres casos en els que les pacients van realitzar un procés terapèutic després de perdre les seves filles en diferents moments del període de gestació. Al llarg d'aquest, es profunditzarà en aquesta realitat i en les diferents manifestacions que sorgiran en funció del context de la defunció, així com en un embaràs posterior a la pèrdua.

2. Fonamentació teòrica

2.1 El procés de dol

En termes generals diferents autors (Kübler-Ross, 2000; Neymeier, 2001; Payàs, 2010) han coincidit en descriure el dol com la reacció natural i adaptativa davant de la mort o pèrdua d'una persona estimada, animal, objecte o esdeveniment significatiu, la qual comprèn tot un seguit de reaccions emocionals i somàtiques, i de pensaments i conductes que es desencadenen arrel de l'anticipació o la pèrdua d'aquell ésser o objecte estimat. L'experta en dol Alba Payàs (2010) també es refereix a aquestes reaccions com a respostes d'afrontament i descriu la seva missió com la de garantir la seguretat i restaurar el desequilibri que es produeix a nivell emocional, físic i cognitiu. La mateixa autora recorda com ja indicaven altres autors (Neymeier, 2001; Worden, 2000), que aquestes seran diferents i úniques en cada persona donat el caràcter subjectiu del dol, i seran determinades pels següents factors intrapersonals: experiències prèvies d'altres pèrdues, tipus d'estil d'aferrament i vinculació amb l'ésser o objecte estimat, estil de personalitat (història personal i familiar, antecedents de salut mental, etc.), capacitats i recursos personals, valors i creences.

Models conceptuals del procés de dol

Diversos autors han estat treballant per comprendre millor aquest procés, de manera que durant dècades han desenvolupat diferents models explicatius que es poden englobar dos grans enfocaments: el model basat en fases o etapes i el model basat en tasques (veure Annex 1). El primer, defensa que la persona en dol ha de transitar unes etapes que determina cada autor segons la seva teoria (Bowlby, 1983; Kübler-Ross, 2000; Rando, 1993) per elaborar el dol, pel que ofereixen una visió generalista i poc individualitzada que deixa de banda les diferències individuals. El segon i més actual, parteix d'unes necessitats o tasques que s'han de realitzar per re-significar la pèrdua i aconseguir el creixement o transformació personal que li donarà sentit, segons expliquen els autors partidaris d'aquest model (Neymeier, 2001; Payàs, 2010; Worden, 2000). Entre aquests, es troba la psicoterapeuta Alba Payàs, qui va publicar al 2010 el seu model al que va anomenar model integratiu-relacional (veure Annex 2), que defensa que una visió integradora que permeti abordar les reaccions que es donen durant el curs del dol considerant el marc en el que es produeixen, que són tots els elements que formen part de l'experiència vital de la persona que afronta la pèrdua, farà possible el disseny d'una intervenció individualitzada a la que es refereix com "un vestit a mida" (Payàs, 2010). Per aquest motiu, serà el model que s'utilitzarà com a base per enfocar l'anàlisi dels casos clínics que s'analitzaran.

Tipus de dol complicat

Tot i que fa dècades ha existit controvèrsia entre diferents professionals en relació a englobar amb una etiqueta diagnòstica les complicacions que es poden trobar en un procés de dol, l'any 2022 l'Associació Americana de Psiquiatria (APA) va incloure el trastorn per dol prolongat (TDP) en la

publicació del manual DSM-5-TR (APA, 2023), en el qual es poden consultar els criteris diagnòstics pertinents (Levy, E., 2022). A mode de resum, aquest implicaria la presència de les reaccions normals d'un procés de dol, amb la diferència de que en el cas del TDP la duració i la intensitat serien més elevades, persistint durant més de dotze mesos des de la pèrdua en adults i en nens durant més de sis mesos, i els símptomes es manifestarien casi cada dia durant almenys un mes en un grau clínicament significatiu (APA, 2023). Altres autors proposen alguns subtipus interessants d'aquest tipus de dol que es presenten a continuació i que poden ser útils per a formular hipòtesis clíniques i dissenyar intervencions més específiques:

-Dol crònic: els símptomes del dol perduren en el temps i hi ha una absència de progrés o evolució. Segons alguns models de dol, aquest està relacionat amb un estil de vinculació insegur-ansiós, en el que la persona s'ha relacionat des d'un patró de dependència (Payàs, 2010).

-Dol inhibit, posposat o absent: predomina l'anestèsia emocional, eviten connectar amb les emocions que produeix la pèrdua i s'enfoquen en la restauració sense passar pels sentiments de pèrdua. Aquest es relaciona amb un estil de vinculació insegur-evitatiu, en el que la persona té una gran dificultat per mostrar i sentir les seves emocions, pel que tendirà a negar o inhibir les reaccions pròpies del dol (Payàs, 2010).

-Trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT): Gómez i Contreras (2021) consideren el TEPT com un tipus de dol complicat que apareix davant de pèrdues no anticipades amb components traumàtics com en el cas de suïcidis, homicidis o pèrdues múltiples, o les pèrdues perinatal. Per tot això, tot i tractar-se d'un procés natural que generalment es realitza sense ser-ne

plenament conscient, rebre ajuda professional durant aquest procés pot ser una eina per prevenir aquests subtipus de dol complicat.

2.2 El dol perinatal

En l'annex 3 es presenta la classificació de les diferents modalitats de mortalitat intrauterina i neonatal reconegudes per l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2017) i la "Sociedad Española de Ginecología i Obstetricia" (SEGO, 2021), que pot ser utilitzar com a referència en els casos clínics s'analitzaran en la segona part d'aquest treball. Tanmateix, independentment del tipus de mort, segons Gómez i Contreras el dol perinatal fa referència "al dol que succeeix quan mor el bebè en qualsevol circumstància i en qualsevol etapa de l'embaràs, en el part o en els seus primers dies i mesos de vida" (Gómez i Contreras, 2021, p.57). Així doncs, es pot concloure que aquest procés formarà part de l'adaptació a una realitat en la que el fill/a que s'esperava no hi serà, pel que també es cursarà un dol per les expectatives davant la maternitat/paternitat, la formació d'una família i els plans de futur que s'havien generat al voltant de la seva arribada. Com apunten diferents autors, serà un dol estarà marcat per les particularitats d'aquest tipus de pèrdues per les circumstàncies que envoltaran la mort, que són les següents:

1. S'ha donat a destemps, no ha estat anticipada o en el cas de les interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE) per causes mèdiques es tindrà molt poc temps per assimilar-ho i prendre una decisió (si és abans de la setmana 22) (Gómez i Contreras, 2021)
2. Moltes vegades serà una mort sobtada i impensable, pel que activarà l'estrès, la por i la sensació d'indefensió sent una experiència traumàtica, com indica Claramunt et al. (2009).

3. I serà un tipus de pèrdua molt estigmatitzada a nivell social, marcada pel silenci de l'entorn, la desautorització i solitud, perdent el dret d'acollir-se a les facilitats que habitualment es poden donar en altres situacions (baixes laborals, ser recolzats per l'entorn, fer rituals per la pèrdua, entre d'altres), expliquen Cabasa i Rubio (2024)

Molts autors (Claramunt et al., 2009; Gómez i Contreras, 2021; (Cabasa i Rubio, 2024) coincideixen en que les reaccions que podrà experimentar la persona en el dol perinatal seran principalment: tristesa, sentiment de culpa, ansietat, irritabilitat, por, estat d'alerta, labilitat emocional, tendència a l'aïllament, solitud, incomprensió, pensaments intrusius, records fora de control i fantasies supersticioses, entre d'altres. Aquestes reaccions estaran condicionades pels factors protectors i els factors de risc dels quals, tot i haver estat nombrats en els anteriors paràgrafs, se'n fa un recull detallat en l'annex 4. A continuació, es detallen les particularitats de les tres tipus de pèrdues que es presentaran en els casos clínics (apartats 3, 4 i 5).

La pèrdua antenatal

Els estudis de García i Yagüe (1999) mostren que en els casos de mort fetal tardana, experimenten reaccions de pena més intenses degut a que han tingut més temps per crear un vincle afectiu amb el nadó. Afirmen que en els casos de morts antepart, intrapart o les morts neonatals precoces hi haurà major imprevisibilitat i per tant la vivència de la pèrdua serà més traumàtica. A més a més, segons Gómez i Contreras (2021), les dues primeres estaran marcades per la por al part i a veure el nadó mort, i degut a l'estat de xoc serà molt difícil prendre decisions que condicionaran el dol posterior com, si es vol tenir contacte amb el seu cos, recollir-ne records, o decidir la disposició

final del seu cos. Les reaccions de fugida com la immediatesa per acabar amb la situació a través d'un part per cesària, l'ús de sedants per deixar de sentir el dolor i la por, o la sol·licitud de tallar la pujada de llet farmacològicament sense pensar en les altres opcions que a dia d'avui s'ofereixen en molts centres hospitalaris, com la donació de llet, seran per diferents autors (García i Yagüe, 1999; Gómez i Contreras, 2021; Waldby et al., 2023), factors que augmentaran la probabilitat de patir complicacions en el procés de dol.

La interrupció de l'embaràs (IVE) per causes mèdiques

Segons les especialistes en psicologia perinatal Guida Rubio i Marta Cabasa, les IVE es situen dins les situacions de mort perinatal més complexes. Altres professionals (Gómez i Contreras, 2021) afirmen això és degut a la decisió gairebé impossible que han de prendre els pares en molt poc temps basada en un pronòstic mèdic que sovint serà ambigu, que de vegades revelarà el diagnòstic de malalties dels progenitors i que comportarà un qüestionament ètic i moral. També comenten que en els casos en els que el diagnòstic es realitzi passada la setmana 22 serà el comitè mèdic qui prendrà la decisió i per tant experimentaran una gran falta de control sobre la situació. Finalment, afegixen que, tot i ser una pèrdua igual que qualsevol altra, seran més susceptibles al judici de l'entorn al tractar-se d'una interrupció.

Segons una enquesta presentada per Cruz i Chamorro (2022) es que va realitzar entre els anys 2021 i 2022 per millorar la qualitat assistencial en les IVE a Espanya que van realitzar de forma conjunta diferents associacions de dol perinatal, els principals símptomes que van aparèixer en les dones després de la IVE van ser: solitud i incomprensió (78,2%), culpa (77,2%), ansietat (71,3%) i dificultat per relacionar-se amb l'entorn (69,3%). Malgrat

això, només a un 22,8% de les participants se'ls va oferir rebre ajuda d'un psicòleg/a o psiquiatra del seu centre mèdic.

La recerca d'un nou embaràs després d'una mort perinatal

Segons les professionals Cabasa i Rubio (2024) no existeix un moment òptim per buscar un nou embaràs, sinó que estarà marcat pel criteri mèdic, psicològic (evolució del dol, funció del nou embaràs i estat emocional) i individual (desig, pressió de l'edat). Les investigacions de Wojcieszek et al. (2018) mostren que un nou embaràs no solament no calmarà el dol, sinó que els símptomes ansiosos-depressius augmentaran durant l'embaràs, disminuiran entre els sis i divuit mesos després del naixement del nadó i tornaran a incrementar-se als trenta-sis mesos de postpart. Armstrong (2004) apunta que la pèrdua anterior serà un factor del risc de depressió postpart en un proper fill/a. Algunes de les reaccions que apareixeran segons Cabasa i Rubio (2024) seran: la culpa davant els sentiments afectius cap a un altre bebè, les conductes d'hipervigilància i visites recurrents a urgències o la pèrdua de la innocència durant l'embaràs, que pot esdevenir una dificultat per establir un vincle afectiu amb el nadó. Per últim, Claramunt et al. (2009) defensa que aquesta dificultat tindrà conseqüències en la relació postnatal que es manifestaran, o bé amb una manca de vincle o rebuig cap al nadó, o amb un vincle depressiu-ansiós marcat per la sobrepreocupació.

2.3 Avaluació psicològica del dol i comorbiditat

L'avaluació del dol perinatal es centrarà en conèixer en profunditat la vivència del dol i avaluar-ne l'impacte en la vida de la persona, actualment existeixen algunes escales que s'han adaptat i validat per població espanyola (consultar Annex 5), com la Perinatal Grief Scale - Spanish Version For Spain (PGS-SV-

SP)(Paramio-Cuevas, 2016), la Perinatal Grief Intensity Scale (PGIS)* (Hutti et al.,1998) i la Stillbirth Stigma Scale (SSS)* (Pollock et al., 2019; 2020). També s'utilitzarà per valorar la comorbiditat d'altres patologies psicològiques que presenten similituds amb el curs d'un procés de dol perinatal, com serien segons destaca Levy (2022) el trastorn per dol prolongat (TDP), la depressió postpart, el TEPT o l'episodi de depressió major.

2.4 Tractament i formats d'intervenció

Segons Alba Payàs, la relació amb el terapeuta en sí, ja és promotora de canvi en la persona en dol (Payàs, 2010). En la mateixa direcció, Cabasa i Rubio (2024) afirmen que per les persones que estan cursant un procés de dol perinatal, la relació de confiança o aliança terapèutica que es construirà amb el psicòleg/a, en la que podran compartir lliurement el que senten i pensen sense por, sense que se'ls canviï de tema, sense sentir que parlar de la seva pèrdua és una molèstia o quelcom que incomoda a la persona que les està escoltant, ja serà una intervenció que promourà l'elaboració d'un dol saludable. D'aquesta manera, com deia Payàs (2010), la sintonia relacional serà l'eina més valuosa que el terapeuta podrà oferir a l'espai terapèutic, i a través d'ella estarà legitimant la vida del seu fill/a i, per tant, es trencarà amb el silenci que socialment es genera al voltant d'aquest tipus de pèrdues. Recollint les aportacions de diferents experts en la teràpia de dol perinatal (Claramunt et al., 2009; Gómez i Contreras, 2021; Cabasa i Rubio, 2024), es pot arribar a la conclusió de que els principals objectius terapèutics seran:

1. Escoltar de forma autèntica i sostenir la història de la pèrdua.
2. Oferir un espai segur lliure de judicis, ni cap les decisions que s'han pres ni cap que s'està sentint o pensant o fent.

3. Validar com s'està afrontant i transitant el procés de dol, la identitat del fill/a i el rol com a mare/pare/familiar.
4. Respectar la individualitat i subjectivitat de cada procés de dol, adaptant la intervenció a les necessitats i moment de la persona amb flexibilitat.
5. Recomana o desaconsella recursos o estratègies que dificulten la realització del dol, com per exemple l'ús de reborns, un embaràs immediat, posar-li el mateix nom al següent fill/a.

Tanmateix, trobem tot un seguit de tècniques que poden ser útils per a tals fins, i també per abordar les complicacions pròpies d'un TDP (veure Annex 6). Per finalitzar aquest apartat, cal destacar que els grups d'ajuda mútua contribueixen a la millora de l'aïllament social, la incomprensió i la solitud, ja que segons diversos professionals Claramunt et al., (2009) ofereixen un context social segur en el que desapareix el tabú o estigma sobre la pèrdua i en el que mares i pares poden compartir vivències similars des de l'empatia i el respecte mutu. Per tot això, es recomana la participació que pot ser complementària al procés de teràpia individual.

8. Bibliografia

Alonso, L. (2020) Mindfulness y Duelo: Programa MADED, *Psicooncología*, 17(1), pp. 105–116. doi:10.5209/psic.68244.

Angulo, E. i Ruiz, J.F. (2019) *Havia de néixer Una Estrelleta*. Autoedició.

American Psychiatric Association (APA) (2023). *DSM-5-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5th ed.). Editorial Médica Panamericana S.A.

Armstrong D. S. (2004). Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*, 33(6), 765–773. <https://doi.org/10.1177/0884217504270714>

Avila, M. M., i De la Rubia, J. M. (2019). Distribución del Inventario Breve de Síntomas (BSI-18) en una muestra de mujeres con cáncer de mama en México. *Revista de PSICOLOGÍA DE LA SALUD*, 7(1), 287-305. <https://doi.org/10.21134/pssa.v7i1.878>

Bados, A., i García Grau, E. (2010). *Reestructuración cognitiva*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universitat de Barcelona. <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>

Ballesteros, R. (2015). *Cambrer, aquest cafè està fred!: primers auxilis per millorar l'assertivitat, la comunicació i les relacions personals*. Angle.

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., i Bullis, J. R. (2018). *Protocolo Unificado para el tratamiento*. Alianza Editorial.

Beyebach, M., i Herrerro de Vega, M. (2021). *200 Tareas En Terapia Breve* (2nd ed.). Herder i Herder.

Cabasa, M. i Rubio, G. (11 abril – 16 maig 2024) *Curs d'ampliació sobre la mort i el dol gestacional i neonatal. Aprofundint en aquesta realitat*. Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya.

Claramunt, M. À., Jové, R., i Santos, E. (2009). *La cuna vacía : el doloroso proceso de perder un embarazo*. La Esfera de los Libros, S.L.

Clark, David M., (2015) Anxiety states: Panic and generalized anxiety in Keith Hawton, and others (eds), *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide* (Oxford, 1989; online edn, Oxford Academic, <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780192615879.003.0003>)

Cruz, C. i Chamorro, G. (3 de juny de 2022) Conferència: Característiques específiques del dol perinatal en una IVE per motius mèdics en funció de l'atenció sanitària rebuda citar conferencia IVE amb enquesta. Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya. <https://www.youtube.com/watch?v=CX20ksdDFwQ&t=5427s>

Derogatis, L. R. (2000). *Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18)* APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t07502-000>

Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I., i Sarasua, B. (1997). Escala de Gravedad de síntomas del Trastorno de Estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526. <https://psycnet.apa.org/record/1997-38657-003>

Fernández-Alcántara, M., Congost-Maestre, N. i Cabañero-Martínez, M.J. (2023) Traducción, adaptación cultural y validación Lingüística (inglés-castellano) de dos cuestionarios de evaluación del duelo perinatal (PGIS Y SSS), *Panacea*. <http://hdl.handle.net/10045/140674> (Accessed: 26 July 2024).

Ferreira, E. y Calderón, C. (2022). Evaluación de Adultos: CRI-A. *Evaluación del afrontamiento del estrés*. [Documento docente]. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.

García Martínez, C., i Yagüe Frías, A. C. (1999). Duelo perinatal. *Revista de enfermería*, 10, 17-20.

Gendlin, E. T. (1978). *Focusing - Proceso y tecnica del enfoque corporal*. Bilbao. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=35692>

Gessel, A. H. (2022). Edmund Jacobson: el fundador de la relajación científica. *Apuntes De Psicología*, 9(32), 17-21.

<https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/1085>

Gold, K. J., Leon, I., Boggs, M. E., i Sen, A. (2016). Depression and Posttraumatic Stress Symptoms After Perinatal Loss in a Population-Based Sample. *Journal of women's health* (2002), 25(3), 263–269. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5284>

Gómez, P., i Contreras, M. (2021). *Duelo perinatal*. Síntesis.

González, J.A. i Álvarez, Y. (2022) 'DSM-5-TR: Antecedentes históricos y descripción general de los principales cambios', *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 33(2), 302–317. <https://doi.org/10.55611/reps.3302.08>

González, A. (2022). *Las cicatrices no duelen*. Editorial Planeta.

González, A. (2017) *No soy yo: Entendiendo el trauma complejo, el apego, y la disociación: una guía para pacientes*. Autoedición.

Greenberg, L. i Paivio, S. (2000) *Trabajar con las emociones en Psicoterapia*. Paidós.

Grotberg, E. H. (2004). Resilience for today: gaining strength from adversity. *Choice Reviews Online*, 41(09), 41-5592. <https://doi.org/10.5860/choice.41-5592>

Guía de Atención al Duelo Gestacional y Perinatal. (2022, maig 30). Astursalud. Accés el 7 de juliol 2024: <http://www.astursalud.es/documents/35439/800740/GuiaAtencionalduelo.pdf/fd29848f-3e13-c402-fb95-264a0d73edcc>

Hunter, A., Tussis, L., i MacBeth, A. (2017). The presence of anxiety, depression and stress in women and their partners during pregnancies following perinatal loss: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 223, 153–164. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.004>

Hutti, M. H., Armstrong, D. S., i Myers, J. (2011). Healthcare utilization in the pregnancy following a perinatal loss. *MCM. The American journal of maternal child nursing*, 36(2), 104–111. <https://doi.org/10.1097/NMC.0b013e3182057335>

Instituto IPIR. (2019, 3 julio). *La culpa en el Duelo y 10 pasos para sanarla*. Alba Payàs [Vídeo]. <https://www.youtube.com/watch?v=w5fFVtFQM-0>

Kübler-Ross, E. (2000). *Sobre la muerte y los moribundos: Alivio del sufrimiento psicológico para los afectados*. Random House Mondatori.

Lasker, J. (7 de juliol 2024). *Adaptación transcultural y evaluación psicométrica de la escala de duelo perinatal*. <https://judithlasker.com/wp-content/uploads/2018/04/perinatal-grief-scale-spanish-version-for-spain.pdf>

Lazarus, A. A. (1983). *Terapia multimodal*. Ippem, Buenos Aires <https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433014672.pdf>

Levy, E. (2022) Trastorno por duelo prolongado: un nuevo diagnóstico en el DSM 5-TR. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 33(156), 51-55. <https://doi.org/10.53680/vertex.v33i156.179>

Lewinsohn, P. M. (1975). The Behavioral Study and Treatment of Depression. *Progress in behavior modification* (p.19-64). <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-535601-5.50009-3>

Martínez García, M., Huguet Roselló, A., i Nieto Luna, R. (2014). *Métodos y técnicas en el trabajo social sanitario*. UOC. <https://openaccess.uoc.edu/pdf>

Miller, W. R., i Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping people change*. Guilford Press.

Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Carbonell Vayá, E. J., Cardenal Hernáez, V., Ortiz-Tallo Alarcón, M., Sánchez López, M. P., i Alberte Montserrat, M. (2018). *MCMII-IV: inventario clínico multiaxial de Millon-IV*. Pearson. <https://www.pearsonclinical.es/mcmmi-iv-inventario-clinico-multiaxial-de-millon>

OMS (2018). CIE-11. Clasificación internacional de enfermedades, 11.ª revisió. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>

OMS (2017). *Para que cada bebé cuente Auditoría y examen de las muertes prenatales y neonatales*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258931/9789243511221-spa.pdf?sequence=1>

Pace, P. (2018). *Integración del Ciclo Vital: Conectando los Estados del Ego a través del Tiempo*. Eirene Imprint.

Paramio-Cuevas, J. C. (2016). *Adaptación transcultural y evaluación psicométrica de la escala de duelo perinatal* [Tesis doctoral]. Universidad de Cádiz

Parro-Jiménez, E., Morán, N., Gesteira, C., Sanz, J., i García-Vera, M. P. (2021). Duelo complicado: Una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España. *Anales de Psicología*, 37(2), 189-201. <https://doi.org/10.6018/analesps.443271>

Payàs, A. (2010) *Las Tareas del Duelo: Psicoterapia de Duelo desde UN Modelo Integrativo-relacional*. Paidós.

Perls, F. S. (1975). *Yo, hambre y agresión: una revisión de la teoría y del método de Freud*. Sociedad de Cultura Valle-Inclán.

Pollock, Danielle; Adrian Esterman, Elissa Pearson, Megan Cooper, Tahereh Ziaian i Jane Warland (2020): «Exploring the psychometric validity and reliability of the Stillbirth Stigma Scale», *Evidence-Based Midwifery*, 18: 5-11 www.rcm.org.uk/media/4174/ent370-midirs-ebm-june2020-electronicversion.pdf

Pubill, M. J. (2016). *Guía para la intervención emocional breve*. Paidós.

Reguera, B., Altungy, P., Cobos Redondo, B., Navarro, R., Gesteira Santos, C., Fausor de Castro, R., ... i Sanz Fernández, J. (2021). Desarrollo de una versión breve de la PTSD Checklist (PCL) basada en la definición de trastorno de estrés postraumático de la CIE-11.

Sanz, J., García-, M. P., Reguera, B., Cobos Redondo, B., Navarro, R., Gesteira, C., Fausor R., i Moran, N. (2020) Traducción al español de la PCL-5: C. Vázquez, P. Pérez-Sales y G. Matt. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.

Serra, A. (4 d'agost de 2024) *Cartas M.A.R.*
<https://www.almaserra.com/cartas-mar-para-el-duelo/>

Shapiro, F. (2019). *Terapia de desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares (EMDR): Principios básicos, protocolos y procedimientos*. Asociación EMDR España.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [SEGO] (2021). Guía de asistencia en la muerte perinatal. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 64(3), 124-154. https://sego.es/documentos/progresos/v64-2021/n3/04-Guia_de_asistencia_en_la_muerte_perinatal.pdf

Toedter, L. J., Lasker, J. N., i Alhadeff, J. M. (1988). The Perinatal Grief Scale: development and initial validation. *The American journal of orthopsychiatry*, 58(3), 435-449. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1988.tb01604.x>

Vázquez, C., Pérez-, P., i Matt, G. (2006). Post-traumatic stress reactions following the Madrid March 11, terrorist attacks: a cautionary note about the measurement of psychological trauma. *Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 161-174. <http://doi.org/10.1017/S1138741600005989>

Wojcieszek, A. M., Boyle, F. M., Belizán, J. M., Cassidy, J., Cassidy, P., Erwich, ... Flenady, V. (2018). Care in subsequent pregnancies following stillbirth: an international survey of parents. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 125(2), 193-201. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14424>

9. Annexos

- Annex 1: Resum de les principals diferències i autors dels models explicatius del dol.

| | MODEL BASAT EN FASES O ETAPES | MODEL BASAT EN TASQUES |
|--------------------|--|---|
| Descripció | <p>El procés de dol s'entén com una successió d'etapes o fases que la persona va transitant, que serien, guardant subtils diferències entre autors, les de negació/ira, negociació, depressió i acceptació.</p> <p>Aquest enfoc ha estat criticat per nombrosos autors que defensen que el dol és una experiència particular i per tant no totes les persones han de passar per totes les etapes, ni ho ha de fer de forma seqüencial.</p> | <p>El procés de dol està constituït per un conjunt de tasques que la persona en dol ha de portar a terme per avançar en el procés. Aquestes serien les d'afrontar la vessant traumàtica de la pèrdua, manegar el sistema defensiu evitatiu, elaborar els aspectes relacionals i experimentar la integració i els canvis.</p> <p>Segons aquest model no hi hauria fases rígides o lineals, sinó que al llarg aniran sorgint necessitats que requeriran afrontaments diferents.</p> |
| Diferències | <p>Enfocament clàssic</p> <p>Conceben el dol com un procés lineal i seqüencial</p> <p>La persona té un rol passiu</p> | <p>Enfocament modern</p> <p>Conceben el dol com un procés dinàmic i anacrònic</p> <p>La persona té un rol actiu</p> |
| Autors | <p>Lindemann, Bowlby, Parkes i Weiss, Rando i Kübler-Ross</p> | <p>Worden, Neymeier i Payàs</p> |

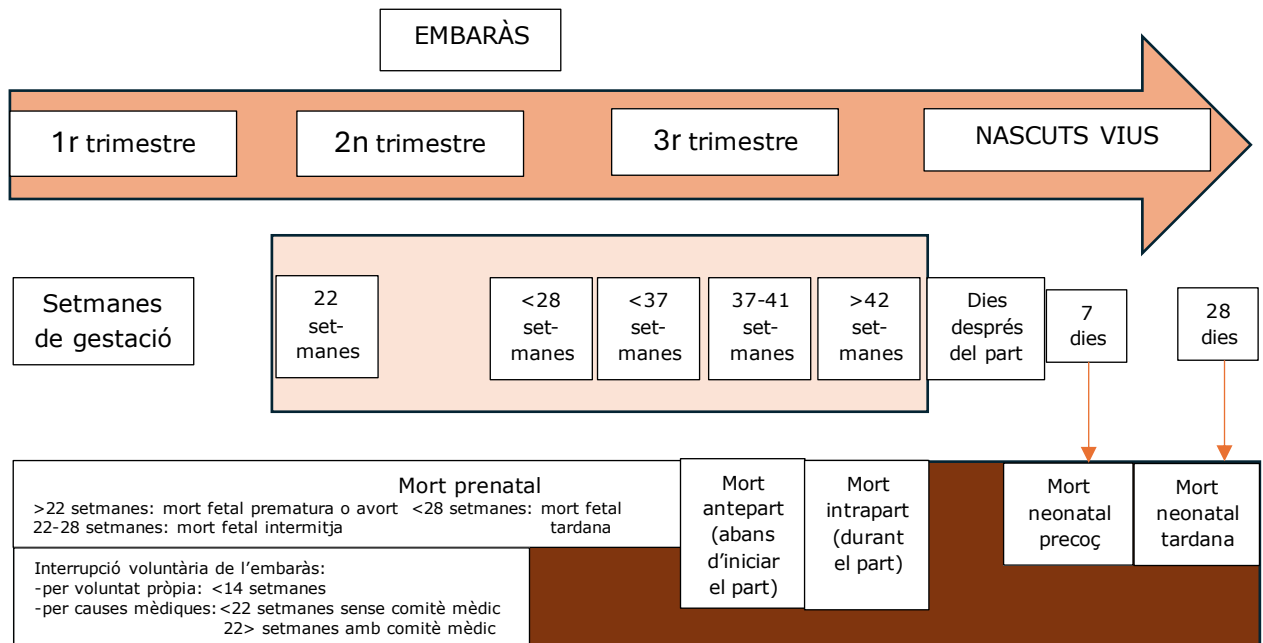
Font: Elaboració pròpia a partir de Payàs (2010)

- Annex 2: Necessitats relacionals fonamentals de les persones en dol

1. Ser escoltades i cregudes en tota la seva història de pèrdua.
2. Ser protegides i tenir permís per expressar emocions.
3. Ser validades en la forma d'afrontar el dol.
4. Estar en una relació de suport des de la reciprocitat.
5. Definir-se en la forma individual i única de viure el dol.
6. Sentir que la seva experiència de dol té un impacte en l'altre.
7. Estar en una relació on l'altre agafi la iniciativa.
8. Poder expressar amor i vulnerabilitat.

Font: Extret de Payàs (p.230, Figura 4.3)(2010)

- Annex 3: Diferents modalitats de mortalitat intrauterina i neonatal reconegudes per l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2017) i la "Sociedad Española de Ginecología i Obstetricia" (SEGO, 2021)



Font: Adaptació del gràfic "Definicions de mortalitat" de la Guia de assistència al duelo perinatal (p.125) de Segó, 2021.

- Annex 4: Factors de protecció i de risc en el dol perinatal

| | Factors de protecció | Factors de risc |
|------------------------|--|---|
| Relacional | Tenir fills previs sans Comptar amb el suport de l'entorn Compartir les emocions del dol Rebre ajuda d'un professional | Pèrdues anteriors en edat prematura Conflictes en la relació de parella Conflictivitat en les relacions socials En IVE el transfons religiós o cultural |
| Circumstancials | Disposar d'informació sobre el procés de mort i les decisions conseqüents Poder participar en les decisions Estar acompanyada durant el part Contacte amb el cos, saber on està sepultat i tenir-ne records Bon tracte dels professionals Donació de llet materna | Edat gestacional avançada Pèrdua sobtada, inesperada, incerta No veure el cos del nadó, cos aspecte deformat o danyat o no saber on és Violència obstètrica o relacions inadequades amb el personal sanitari, errors mèdics, diagnòstic ambigu Anestesia pels sedants i cesària |
| Personals | Estil d'aferrament segur Experiència en dols anteriors Rutines d'autocura: fer exercici físic, sortir de casa, descansar, alimentar-se d'una forma saludable, realitzar aficions o activitats d'interès Espiritualitat o religiositat | Edat de la mare/pare Estil d'aferrament insegur Antecedents de problemes de salut física i mental, infertilitat Pèrdues perinatals prèvies o dols anteriors no resolts Falta d'autocura i d'interessos Espiritualitat o religiositat en cas d'IVE |
| Contextuals | Bona situació socioeconòmica Ambient laboral favorable Suport social i entorn que fa legítim el dolor i la vida del bebè | Pocs recursos socioeconòmics Conflictes en l'àmbit laboral Interrupció d'un projecte vital Dol desautoritzat o silenciats |

Font: Elaboració pròpia a partir de (Claramunt et al., 2009; Gómez i Contreras, 2021; Guía de Atención al Duelo Gestacional y Perinatal, Astursalud, 2022; Guida i Cabasa, 2024)

- Annex 5: Escales de dol perinatal validades per la població espanyola

| Perinatal Grief Scale - Spanish Version For Spain (PGS-SV-SP) (Paramio-Cuevas, 2016) basada en la Perinatal Grief Scale (PGS) (Toedter et al.,1988) | | | |
|--|--|--|--|
| Tipus | Nº ítems | Població | Característiques |
| Escala Auto-administrada | 16 afirmacions que es puntuen amb una escala de Likert | Dones que han patit una pèrdua perinatal en els últims cinc anys | Avalua la intensitat i la repercussió del dol: l'enuig, disfuncions en l'àrea social, pèrdua de control, culpa o depressió. Els resultants diferencien un dol actiu, d'un dol complicat o d'un dol d'intensitat elevada. |
| Perinatal Grief Intensity Scale (PGIS) (Hutti et al.,1998) validada per Fernández-Alcántara et al. (2023) | | | |
| Tipus | Nº ítems | Població | Característiques |
| Escala Auto-administrada | 14 afirmacions que es puntuen amb una escala de Likert | Dones que han patit una pèrdua perinatal recent | Mesura tres dimensions del dol per identificar factors de risc pel TDP: la percepció de la realitat de l'embaràs i el nadó, la congruència amb l'experiència del procés de dol i la sensació de confort o suport per part de l'entorn. |
| Stillbirth Stigma Scale (SSS) (Pollock et al., 2019; 2020b) Validada per Fernández-Alcántara et al. (2023) | | | |
| Tipus | Nº ítems | Població | Característiques |
| Escala Auto-administrada | 20 afirmacions que es puntuen amb una escala de Likert | Dones que han patit una pèrdua perinatal recent | Avalua la sensació d'estigmatització o de desautorització al voltant del procés de dol a través de quatre dimensions: la devaluació percebuda, la presència de discriminació en diferents escenaris socials, l'autopercepció de l'estigmatització i el nivell d'expressió de la pèrdua perinatal |

Font: Elaboració pròpia a partir de (Fernández-Alcántara et al., 2023; Hutti et al., 1998; Paramio-Cuevas, 2016; Pollock et al., 2019; 2020b; Toedter et al.,1988)

- Annex 6: Escales de dol perinatal validades per la població espanyola

| TIPUS I DESCRIPCIÓ | EXEMPLES |
|---|--|
| Relacionals: centrades en les relacions que la persona genera amb el seu entorn (inclòs amb el terapeuta). | - Escolta activa, reconeixement, normalització, validació, presència, mostres de condol, acomodació - Entrevista motivacional - Treball dels límits i entrenament assertiu |
| Autocura: centrades en la cura d'un mateix per augmentar el benestar i l'autoestima | - Línia de vida espacial - Mindfulness - Llistat d'hàbits d'autocura - Autocompassió |
| Emocionals: centrades en l'adquisició d'estratègies d'intel·ligència emocional. | - Externalitzar el símptoma - Llistat de greuges - Focusing - La cadira buida |
| Expressives: centrades en l'alliberament emocional. | - Cartes projectives M.A.R. - Escriptura terapèutica, arteteràpia, musicoteràpia, dansateràpia, biblioteràpia |
| Cognitives: centrades en el maneig de dissonàncies cognitives. | - Psico-educació sobre el dol - Reestructuració cognitiva - Gràfic circular de la responsabilitat |
| Trauma: centrades en la integració de l'experiència traumàtica. | - Integració del cicle vital (ICV) - EMDR - Tapping - Yoga sensible al trauma - Tècnica de la capsula de sorra |
| Rituals: centrades en elaborar el dol i donar-li un lloc al bebè. | - Crear una capsula o àlbum de records - Jardí infinit - Material per altres famílies en dol |

Font: Elaboració pròpia a partir de (Alonso, 2020; Ballesteros, 2015; Gendlin, 1978; Guida i Cabasa, 2024; Miller i Rollnick, 2013; Pace, 2002; Payàs, 2010; Perls, 1975; Pubill, 2016; Serra, 2024; Shapiro, 2019)

- Annex 7: Escala d'intensitat de dol perinatal (PGIS)

ANEXO 2. Escala de intensidad del duelo perinatal (PGIS)

Esta escala ayuda al personal médico y de enfermería a identificar mejor a los padres que pueden sentir un duelo intenso después de una pérdida fetal temprana o tardía, o de la muerte del bebé.

INSTRUCCIONES: En una escala que va desde «completamente en desacuerdo» hasta «completamente de acuerdo». Rodea con un círculo la respuesta que mejor describa cómo te has sentido en relación a la muerte de tu bebé.

| | Completamente en desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Completamente de acuerdo |
|---|-----------------------------|---------------|------------|--------------------------|
| I. Subescala de Realidad | | | | |
| 1. El embarazo no me parecía real | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. No pensaba en el bebé como una persona | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. No pensaba que el bebé tuviera todavía una personalidad determinada | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. Sentí que había perdido a mi hijo/a, no solo mi embarazo | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. Tanto mi embarazo como mi bebé me parecían reales | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. Parecía más la pérdida de un embarazo que la pérdida de un bebé | 4 | 3 | 2 | 1 |
| SUBTOTAL = | | | | |
| II. Subescala de Confrontación a Otros | | | | |
| 7. En las primeras horas y días después de mi pérdida, si la gente decía cosas (p. ej., puedes tener otro bebé, mejor que te haya pasado antes que después, etc.) o hacía cosas (p. ej., fingir que no había sucedido nada, no hablar del tema, etc.) que me hacían sentir mal, era capaz de pedirles que dejaran de hacerlo. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. En las primeras horas y días después de mi pérdida, si sucedía algo que no me gustaba, generalmente era capaz de resolver el problema. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. En las semanas posteriores a mi pérdida, si la gente decía cosas (p. ej., puedes tener otro bebé, mejor que te haya pasado antes que después, etc.) o hacía cosas (p. ej., fingir que no había sucedido nada, no hablar del tema, etc.) que me hacían sentir mal, era capaz de pedirles que dejaran de hacerlo. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. En las semanas posteriores a mi pérdida, si sucedía algo que no me gustaba, generalmente era capaz de solucionar el problema. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| SUBTOTAL = | | | | |
| III. Subescala de Congruencia | | | | |
| 11. Durante mi pérdida y después de ella, me he sentido conforme con la manera en que se ha desarrollado mi duelo, ya que era algo por lo que tenía que pasar. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. Durante mi pérdida y después de ella, me he sentido satisfecha/o con las relaciones con mi familia. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. Durante mi pérdida y después de ella, me he sentido satisfecha/o con las relaciones con mis amigas/os. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. Durante mi pérdida y después de ella, me he sentido satisfecha/o con las relaciones con el personal de enfermería. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| SUBTOTAL = | | | | |

Font: Extret de Fernández-Alcántara, 2023.

- Annex 8: Escala d'estigma per dol perinatal (SSS)

ANEXO 1. Escala de estigma por muerte perinatal (sss)

Por favor, para cada una de las afirmaciones que encontrarás a continuación, elige la respuesta que mejor describa cómo te sientes (o te vas a sentir):

| | Completamente de acuerdo | De acuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | En desacuerdo | Completamente en desacuerdo |
|---|--------------------------|------------|--------------------------------|---------------|-----------------------------|
| 1. La mayoría de la gente no va a decir el nombre de tu bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. La mayoría de la gente no va a mirarte a los ojos cuando hables de la pérdida de tu bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. La mayoría de la gente va a evitar hablar sobre la pérdida de tu bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. La mayoría de la gente va a aceptar al bebé como uno más de la familia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. La mayoría de la gente no va a mirar recuerdos de tu bebé cuando se los muestres | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. La mayoría de la gente cree que no eres madre o padre si tu bebé ha muerto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Me he sentido excluida/o por mis amigas/os a causa de la pérdida de mi bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Me he sentido a veces menospreciada/o a causa de la pérdida de mi bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Me he sentido excluida/o por mis parientes a causa de la pérdida de mi bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. La gente me ha insultado a causa de la pérdida de mi bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Me he sentido maltratada/o emocionalmente a causa de la pérdida de mi bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Nadie se ha interesado por hablar conmigo desde la pérdida de mi bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Me he sentido excluida/o por profesionales de la salud a causa de la pérdida de mi bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Haber perdido a mi bebé me hace sentir que la vida es injusta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Me he culpado a mí misma/o después de la pérdida de mi bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

75

Panace@ | vol. XXIV, n.º 58. Segundo semestre, 2023

Por favor, para cada una de las afirmaciones que encontrarás a continuación, elige la respuesta que mejor describa cómo te sientes (o te vas a sentir):

| | Completamente de acuerdo | De acuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | En desacuerdo | Completamente en desacuerdo |
|---|--------------------------|------------|--------------------------------|---------------|-----------------------------|
| 16. Me siento decepcionada/o conmigo misma desde la pérdida de mi bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Me siento señalada/o | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Siento la necesidad de ocultar la pérdida de mi bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Me resulta difícil decirle a la gente que he perdido a mi bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Me preocupa que otra gente les cuente a desconocidos que he perdido a mi bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Font: Extret de Fernández-Alcántara, 2023.

- Annex 9: Escala de dol perinatal (PGS-SV-SP)

ANEXO III:

ESCALA DE DUELO PERINATAL – VERSIÓN ESPAÑOLA PARA ESPAÑA

PERINATAL GRIEF SCALE - SPANISH VERSION FOR SPAIN (PGS-SV-SP)

| | | Puntuación | | | | |
|----|---|------------|---|---|---|---|
| 1 | Echo mucho de menos a mi bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Es doloroso recordar la pérdida de mi bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Me altero cuando pienso en mi bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Lloro cuando pienso en mi bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Se me hace difícil llevarme bien con ciertas personas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | He pensado en suicidarme desde que perdí a mi bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | He decepcionado a personas desde que murió mi bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Me siento apartada y aislada incluso cuando estoy con mis amigos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Se me hace difícil tomar decisiones desde que murió mi bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | Me siento feliz por el simple hecho de estar viva | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Tomo pastillas para los nervios | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Me siento desprotegida en un entorno hostil desde que mi bebé murió | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Siento que no valgo nada desde que mi bebé murió | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Me culpo por la muerte de mi bebé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | Siento que es mejor no querer a nadie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 | Me preocupa cómo será mi futuro | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

1 = Estoy totalmente en desacuerdo / 2 = No estoy de acuerdo / 3 = Ni estoy de acuerdo/ni en desacuerdo / 4 = Estoy de acuerdo / 5 = Estoy totalmente de acuerdo

Font: Extret de Lasker, J.

<https://judithlasker.com/wp-content/uploads/2018/04/perinatal-grief-scale-spanish-version-for-spain.pdf>

PCL-CIE-11

Código del paciente: _____ Fecha: _____

En esta hoja se mencionan una serie de problemas y de síntomas que la gente tiene a veces en respuesta a experiencias estresantes de la vida. Queremos conocer en qué medida ha tenido usted estas respuestas tras la **experiencia traumática que sufrió**. Por favor, lea cada una con detenimiento y **RODEE** el número que se ajuste mejor **al grado en que ha presentado usted ese problema o síntoma en el último mes**.

| REACCIÓN: | Nada en absoluto (1) | Un poco (2) | Moderadamente (3) | Bastante (4) | Extremadamente (5) |
|---|-------------------------|----------------|----------------------|-----------------|-----------------------|
| 1. ¿Ha tenido <i>recuerdos, pensamientos o imágenes</i> dolorosos de esa experiencia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. ¿Ha tenido pesadillas repetidas de lo sucedido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. ¿Ha actuado o se ha sentido repentinamente como si la experiencia pasada estuviese ocurriendo de nuevo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. ¿Ha evitado <i>pensar o hablar</i> de esa experiencia o ha evitado <i>sentimientos</i> relacionados con lo sucedido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. ¿Ha evitado hacer ciertas <i>actividades</i> o estar en <i>situaciones</i> que le recordasen lo sucedido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. ¿Se ha sentido <i>superalerta</i> o en un estado de permanecer en guardia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. ¿Se ha sentido inquieto o fácilmente sobresaltable? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Font: Extret de Sanz et al. (2020) basada en la PCL-S©.

Annex 11: Entrevista semi-estructurada basada en les dimensions del dol

L'entrevista semi-estructurada basada en les dimensions del dol valora onze dimensions diferents del dol, que per Payàs (2010) i Erskine (1999) son:

1. "Síntomes físics de dol
2. Gestos i expressions físiques
3. Emocions i estats emocionals
4. Pensaments
5. Creences i valors
6. Somnis i fantasies
7. Conductes i decisions
8. Records i evocacions sobre l'ésser estimat
9. Il·lusions i expectatives trencades
10. Interpretacions i significats
11. Esperances i futur "

Font: Extret de Payàs (2010)

Annex 12: Escala EGS-R

**ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO-REVISADA (EGS-R)
(Versión clínica)
(Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello y Muñoz, 2016)**

| | | | |
|---------------|------------|--------------------|-------|
| N°: | Fecha: | Sexo: | Edad: |
| Estado civil: | Profesión: | Situación laboral: | |

1. SUCESO TRAUMÁTICO

Descripción: _____

Tipo de exposición al suceso traumático

| | | |
|-----|--|--|
| ___ | | Exposición directa |
| ___ | | Testigo directo |
| ___ | | Otras situaciones |
| ___ | | Testigo por referencia (la víctima es una persona significativa para el sujeto) |
| ___ | | Interviniente (profesional/particular que ha ayudado en las tareas de emergencias) |

Frecuencia del suceso traumático

| | |
|-----|---|
| ___ | Episodio único |
| ___ | Episodios continuados (por ej., maltrato, abuso sexual) |

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió?: _____ (meses) / _____ (años)

¿Ocurre actualmente? __ No __ Sí (indíquese el tiempo transcurrido desde el último episodio): _____ (meses) / _____ (años)

¿Ha recibido algún tratamiento por el suceso sufrido? __ No __ Sí (especificar):

| | Tipo de tratamiento | Duración | ¿Continúa en la actualidad? |
|-----|---------------------|--------------------------|-----------------------------|
| ___ | Psicológico | ___ (meses) / ___ (años) | ___ No __ Sí |
| ___ | Farmacológico | ___ (meses) / ___ (años) | ___ No __ Sí |

Exposición al suceso traumático en la infancia/adolescencia: __ No __ Sí

Revictimización a otro suceso traumático: __ No __ Sí

Secuelas físicas experimentadas: __ No __ Sí (especificar):

2. NÚCLEOS SINTOMÁTICOS

Colóquese en cada síntoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del síntoma.

| 0 | 1 | 2 | 3 |
|------|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| Nada | Una vez por semana o menos/Poco | De 2 a 4 veces por semana/ Bastante | 5 o más veces por semana/ Mucho |

| Reexperimentación | |
|--|------------|
| Ítems | Valoración |
| 1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria? | 0 1 2 3 |
| 2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso? | 0 1 2 3 |
| 3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo? | 0 1 2 3 |
| 4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/ imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso? | 0 1 2 3 |
| 5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso? | 0 1 2 3 |

Puntuación en reexperimentación: _____ (Rango: 0-15)

| Evitación conductual/cognitiva | |
|---|------------|
| Ítems | Valoración |
| 6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional? | 0 1 2 3 |
| 7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional? | 0 1 2 3 |
| 8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional? | 0 1 2 3 |

Puntuación en evitación: _____ (Rango: 0-9)

| Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo | |
|--|------------|
| Ítems | Valoración |
| 9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso? | 0 1 2 3 |
| 10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro? | 0 1 2 3 |
| 11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático? | 0 1 2 3 |
| 12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza? | 0 1 2 3 |
| 13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana? | 0 1 2 3 |
| 14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean? | 0 1 2 3 |
| 15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)? | 0 1 2 3 |

Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo: _____ (Rango: 0-21)

| Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica | |
|---|------------|
| Ítems | Valoración |
| 16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen? | 0 1 2 3 |
| 17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas? | 0 1 2 3 |
| 18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso? | 0 1 2 3 |
| 19. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso? | 0 1 2 3 |
| 20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias? | 0 1 2 3 |
| 21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador? | 0 1 2 3 |

Puntuación en activación/reactividad psicofisiológica: _____ (Rango: 0-18)

Puntuación total de la gravedad del TEPT: _____ (Rango: 0-63)

3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

| Síntomas disociativos | |
|--|------------|
| Ítems | Valoración |
| 1. ¿Al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted? | 0 1 2 3 |
| 2. ¿Siente como si su cuerpo no le perteneciera? | 0 1 2 3 |
| 3. ¿Siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño? | 0 1 2 3 |
| 4. ¿Percibe al resto de las personas como si no fueran reales? | 0 1 2 3 |

Presencia de, al menos, dos síntomas disociativos: Sí No

| | |
|--|--|
| Presentación demorada del cuadro clínico (al menos, 6 meses después del suceso) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|--|--|

4. DISFUNCIONALIDAD EN LA VIDA COTIDIANA RELACIONADA CON EL SUCESO TRAUMÁTICO

| Áreas afectadas por el suceso traumático | |
|--|------------|
| Áreas | Valoración |
| 1. Deterioro en la relación de pareja | 0 1 2 3 |
| 2. Deterioro de la relación familiar | 0 1 2 3 |
| 3. Interferencia negativa en la vida laboral/académica | 0 1 2 3 |
| 4. Interferencia negativa en la vida social | 0 1 2 3 |
| 5. Interferencia negativa en el tiempo de ocio | 0 1 2 3 |
| 6. Disfuncionalidad global | 0 1 2 3 |

Puntuación en el grado de afectación del suceso: _____ (Rango: 0-18)

Font: Extret de (Echeburúa et al., 2016)

Annex 13: Rutina per millorar d'autoestima

"-Avui m'he sentit bé amb mi mateixa per...

-Avui he fet una cosa bona per mi quan...

-M'agrado més a mi mateixa quan...

-Tinc la virtut de...

-Tot i que he comès un error, me'n adono de que..."

Font: Elaboració pròpia