

Rosa María Bayarri Martínez

**ATENCIÓ D'INFERMERA OBSTÈTRICA I PRENATAL EN
DONES EMBARASSADES AMB ESQUIZOFRÈNIA**

TREBALL FI DE GRAU

Dirigit per Dra. Sílvia Reverté Villarroya

Facultat d'infermeria



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

TORTOSA 2021

*«Cuando yo tenía 5 años, mi madre me decía que la felicidad era la clave de la vida.
Cuando fui a la escuela, me preguntaron que quería ser cuando fuera grande. Yo
respondí «Feliz». Me dijeron que yo no entendía la pregunta y yo les respondí, que
ustedes no entendían la vida»*
John Lennon

ÍNDEX

RESUM.....	7
ABSTRACT	8
1. INTRODUCCIÓ:	9
2. MARC TEÒRIC:.....	11
2.1. Antecedents històrics: Actuació d'infermera	11
2.2. Evolució històrica del concepte de l'esquizofrènia	12
2.3. Epidemiologia.....	13
2.4. Curs de l'esquizofrènia i recuperació.....	13
2.5. Classificació clínica de l'esquizofrènia	14
2.6. Embaràs i maternitat	15
2.7. Psicosis durant l'embaràs	16
2.8. Tractament i lactància materna.....	16
3. JUSTIFICACIÓ:	18
4. PREGUNTA D'INVESTIGACIÓ:	19
5. OBJECTIUS DE LA INVESTIGACIÓ	19
5.1. Objectiu general	19
5.2. Objectius específics	19
6. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓ	20
6.1. Disseny de l'estudi	20
6.2. Termes de cerca	21
6.3. Criteris d'inclusió i exclusió.....	21
7. RESULTATS	22
7.1. Diagrama de flux de les diferents fases del procés de selecció d'estudis, segons les directrius PRISMA.....	22
7.2. Taula de resultats.....	23
8. DISCUSSIÓ	31
9. CONCLUSIONS	40
10. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	42

ÍNDEX DE TAULES

<i>Taula 1 : Termes de cerca bibliogràfica DeCs i MeSH.</i>	<i>21</i>
<i>Taula 2: Criteris d'inclusió i exclusió.</i>	<i>21</i>
<i>Taula 4: Taula de resultats.....</i>	<i>23</i>
<i>Taula 5.Resultats extrets dels articles inclosos en la revisió sistemàtica.....</i>	<i>24</i>
<i>Taula 6. Qualitat de l'evidència segons JBI Critical Appraisal dels articles seleccionats</i>	<i>30</i>

LLISTAT D'ACRÒNIMS

TMG	Trastorn mental greu
DSM	Diagnòstic and Statistical Manual of Mental Disorders
CIE	Classificació Internacional de Malalties
EE.UU.	Estats Units
DeCS	Descriptors en Ciències de la Salut
MeSH	Medical Subject Heading
JB	Joanna Briggs Institute
NICE	Institut Nacional per a la Salut i l'Excel·lència Clínica

RESUM

Introducció: L'esquizofrènia és un trastorn mental greu (TMG), un dels més difícils i complexos, afecta més de 21 milions de persones a tot el món. El fet de patir aquesta patologia i quedar-se embarassades pot donar algunes complicacions obstètriques i neonatals com un comportament sexual d'alt risc, poques mesures de protecció, o cursar amb embarassos no desitjats, creant un estat de vulnerabilitat per al fetus i generant crisi en la patologia de la mare.

Objectiu: Estudiar l'abordatge de la infermera davant els embarassos de dones amb esquizofrènia, identificant la qualitat d'atenció i els resultats per definir una atenció sanitària integral.

Metodologia: El disseny de l'estudi s'emmarca en una revisió sistemàtica d'articles científics a través d'un procés de recopilació d'evidència científica de les principals bases de dades, seguint el procés per fases de la declaració PRISMA. Per determinar els criteris de qualitat metodològica, s'han aplicat els instruments de la "*Joanna Briggs Institute*" (JBI).

Resultats: Dels articles utilitzats per a l'estudi cal destacar la qualitat d'atenció en les dones embarassades amb esquizofrènia és deficient per la falta de coneixements, habilitats i preparació de la infermeria. La majoria no utilitza mètodes d'anticonceptius, com a conseqüència les taxes d'embaràs no desitjat i avortament eren alts. L'estigma i les actituds negatives no ajuden en oferir un assessorament i atenció adequada, sobre l'elevada taxa de complicacions obstètriques i neonatals que poden presentar.

Conclusió: Les infermeres i llevadores accepten que el seu paper és avaluar l'estat de salut mental de les dones, però moltes se senten mal preparades per fer-ho i expressen un fort desig de més coneixements i habilitats en diversos temes de salut mental perinatal. Accepten que existeixen estereotips negatius; per tant, és difícil negar la seva influència en l'atenció en aquestes dones.

Paraules claus: Embaràs, Maternitat, Esquizofrènia, Atenció d'infermera, Humanització

ABSTRACT

Introduction: Schizophrenia is a severe mental illness (SMI), one of the most difficult and complex, affecting more than 21 million people worldwide. Suffering from this pathology and becoming pregnant can lead to some obstetric and neonatal complications such as high-risk sexual behavior, few protective measures, or unwanted pregnancies, creating a state of vulnerability for the fetus and generating crises in the mother's pathology.

Objective: To study the nurse's approach to pregnancies in women with schizophrenia, identifying the quality of care and outcomes in order to define comprehensive health care.

Methodology: The design of the study is framed in a systematic review of scientific articles through a process of gathering scientific evidence from the main databases, following the phased process of the PRISMA statement. To determine the methodological quality criteria, the instruments of the "Joanna Briggs Institute (JBI)" were applied.

Results: From the articles used for the study, the quality of care in pregnant women with schizophrenia was deficient due to lack of knowledge, skills and nursing preparation. Most do not use contraceptive methods, as a consequence the rates of unwanted pregnancy and abortion were high. Stigma and negative attitudes do not help in providing adequate counseling and care, about the high rate of obstetric and neonatal complications they may present.

Conclusion: Nurses and midwives accept that their role is to assess women's mental health status, but many feel ill-equipped to do so and express a strong desire for more knowledge and skills in various perinatal mental health issues. They accept that negative stereotypes exist; therefore, it is difficult to deny their influence on care for these women.

Keywords: Pregnancy, Maternity, Schizophrenia, Nursing Care, Humanization

1. INTRODUCCIÓ:

L'esquizofrènia és un trastorn mental greu (TMG), un dels més difícils i complexes, afecta més de 21 milions de persones a tot el món. Es tracta d'un trastorn crònic, caracteritzat per una distorsió del pensament, les percepcions, les emocions, el llenguatge, la consciència de si mateix i la conducta. La persona afectada en aquest trastorn psicòtic pot presentar idees delirants, al·lucinacions, pensaments confusos, creences falses, canvis en l'afecte i perceptivament (1,2).

La presentació clínica és molt variada i presenta un estigma molt elevat. Això genera discriminació i s'associa a una discapacitat considerable, que al seu torn pot limitar l'accés a l'atenció sanitària general, l'educació, l'habitatge i l'ocupació. Les persones amb esquizofrènia corren un major risc de patir violacions dels seus drets humans tant en les institucions de salut mental com a les comunitats (1,3).

El pic d'incidència se situa entre els 15 i 24 anys per a homes i dones. Aquest trastorn no té distinció entre el sexe, però les dones en edat fèrtil es troben més susceptibles a molts canvis físics, psicològics, emocionals, i socials; incrementant així el risc de presentar trastorns mentals com ara l'esquizofrènia (2). No obstant això, les dones amb diagnòstic d'esquizofrènia no es troben exemptes de reformular el desig de la maternitat. El 1997, Miller va inaugurar el camp de l'atenció reproductiva especialitzada per a dones amb esquizofrènia, revisant el que llavors se sabia sobre com la malaltia afecta la sexualitat, l'embaràs, el postpart, la criança i la planificació familiar. Va informar que en aquesta etapa les dones tenen un comportament sexual d'alt risc, utilitzaven poques mesures de protecció, això comportava la presència d'infeccions de transmissió sexual (ITS), o cursar amb embarassos no desitjats, creant un estat de vulnerabilitat per al fetus i generant crisi en la patologia de la mare (4).

Els estudis previs han demostrat que, amb suports pràctics i emocionals, les dones amb esquizofrènia són capaces de ser pares i tenir confiança i èxit com a mares (5,6). No obstant això, des del punt de vista obstètric, una malaltia psiquiàtrica constitueix un factor de risc que pot contribuir, directament o indirectament, a modificar el desenvolupament normal del fetus, l'estat matern o tots dos (7). Aquesta investigació també ha identificat algunes necessitats específiques entre les dones amb esquizofrènia en relació amb l'embaràs, incloses les cures prenatales, el control postpart per a la detecció precoç de símptomes psiquiàtrics i suport amb la lactància materna i la criança dels fills (8). Les dones amb

esquizofrènia informen que reben menys atenció prenatal i tenen més probabilitats de ser víctimes de violència durant l'embaràs. Presenten major risc de parts prematurs i els seus fills, puntuacions més baixes del test Apgar, baix pes en néixer, retard del creixement intrauterí, malformacions i morts perinatals. Aquest augment del risc de complicacions obstètriques i neonatals pot estar parcialment relacionat amb la malaltia en si (9).

En aquest sentit, és crucial l'assessorament i el suport per part dels professionals d'infermeria¹ a aquestes dones, ja que aquesta població presenta unes necessitats específiques que requereixen la posada en marxa de cures centrades en el context biopsicosocial. No obstant això, el desconeixement d'aquestes necessitats, així com la fragmentació de coneixements dins de l'equip pluridisciplinari, pot reduir la qualitat de l'atenció prestada a aquesta població de dones. Per aquest motiu, la present investigació va dirigida a estudiar l'atenció d'infermeria en aquestes dones embarassades amb esquizofrènia per oferir una atenció sanitària integral, i unes cures humanitzades, promovent el seu confort i cobrint les seves necessitats. Tanmateix, disminuir els riscos en l'embaràs i maternitat derivats de la malaltia i millorar les experiències assistencials de les gestants amb aquest diagnòstic (7).

¹ “En aquest treball s'utilitza el terme infermera i llevadora, que també inclou els infermers i llevadors”

2. MARC TEÒRIC:

2.1. Antecedents històrics: Actuació d'infermera

Al llarg de la segona meitat del segle XX ha anat canviant l'acceptació social dels malalts mentals greus, en part degut a la disminució de la simptomatologia produïda per la introducció de fàrmacs antipsicòtics, el que va donar lloc de forma progressiva a què els països desenvolupats occidentals passessin de la institucionalització del pacient a l'atenció basada en el model comunitari. Aquest canvi en la xarxa assistencial de Salut Mental ha suposat una innegable millora en el tractament i pronòstic i una dignificació en les condicions de vida de les persones amb patologia mental greu. A Espanya, el model d'atenció comunitària es va incorporar en la llei general de sanitat 1989: *"... la plena integració de les actuacions relatives a la salut mental en el sistema sanitari general i de la total equiparació del malalt mental a les altres persones, potenciant l'atenció en l'àmbit comunitari i els recursos assistencials ambulatoris i indicant que l'atenció en règim d'hospitalització, si és així es requereixi, es realitzi en unitats psiquiàtriques dels hospitals generals"* (10,11).

Entre les malalties mentals, l'esquizofrènia, per les seves característiques clíniques i evolutives i per la seva elevada prevalença, ocupa un lloc primordial, ja que la malaltia pertorba de manera significativa la capacitat de l'individu per a funcionar en la societat i desenvolupar les relacions interpersonals (3).

La infermera forma part d'aquest equip multidisciplinari dins del model comunitari, en el que acompanyant al pacient en la seva evolució tant en l'àmbit hospitalari com extrahospitalari. A través del model de relació d'ajuda la infermera ha d'identificar la fase en la qual es troba el pacient, servint-li de guia per a millorar la seva malaltia, deixant que aconsegueixi la màxima autonomia, segons les seves possibilitats. En el marc de les cures a pacients amb trastorn psicòtic, és fonamental la teoria de la interacció personal de Peplau: la infermera és un model per al pacient en el qual es mira i té com a exemple per aprendre noves formes adaptatives de resoldre conflictes. Al mateix temps, el procés té un sentit invers en què la infermera segueix aprenent i creixent personalment en establir cada relació terapèutica (10,11).

2.2. Evolució històrica del concepte de l'esquizofrènia

L'esquizofrènia és un trastorn psicòtic i, com tots els trastorns mentals d'aquesta categoria, les seves principals manifestacions pertanyen al rang dels anomenats símptomes psicòtics. Històricament, els símptomes psicòtics han sigut definits amb major o menor precisió dins les constructes psicosis; definicions de caràcter restrictiu s'han referit a la psicosi exclusivament com el quadre característic per deliris i al·lucinacions manifestades, mentre que altres definicions més amples inclourien aspectes com a simptomatologia negativa o el deteriorament funcional que caracteritza al patiment de l'esquizofrènia. Podem dir avui dia que l'esquizofrènia representa la psicosi, per això és oportú parlar de l'evolució del concepte de psicosi per a fer una correcta aproximació a la definició de l'esquizofrènia (12).

El terme psicosi va ser introduït en 1845 per Freuchtersleben per definir els “trastorns de l'ànima”. La definició de psicosi a través de la seva evolució s'ha convertit en una categoria psicopatològica no exempta de polèmica, per la variabilitat de símptomes més o menys extensa segons l'autor (idees delirants, al·lucinacions, llenguatge i pensament desorganitzat, etc.). Tots coincideixen no obstant això, que la seva principal característica és la pèrdua del contacte amb la realitat (10).

Fins a la segona meitat del segle XIX no comencen a ser estudiats els casos d'esquizofrènia de forma sistemàtica i classificats. En 1893 Kraepelin va reunir diversos grups de casos que havien sigut diagnosticats de “idòcia adquirida”, terme propi d'Esquirol, “d'estupidesa o demència juvenil” (proposat per Morel) i de “hebefrènia i catatonía” (utilitzat per Hecker), agrupant-los en una sola entitat la va anomenar *demència precoç*. Definint-la com una espècie de bogeria caracteritzada per la seva evolució progressiva cap a un estat de debilitament psíquic i pels profunds trastorns de l'afectivitat. Distingia tres formes clíniques en la demència precoç: una simple, l'hebefrènia; catatònica o hebefrenocatatònica, i una forma paranoide, definida per la importància de les idees delirants, més o menys extravagants i intricades (13). Però tots els observadors d'aquesta època coincidien que en aquests casos es tractava menys d'una demència (en el sentit de debilitament intel·lectual global, progressiu i irreversible) que d'una dissociació de la vida psíquica, que perd la seva unitat; era per tant una espècie de disgregació de la personalitat. És precisament aquesta noció la subjacent al concepte d'esquizofrènia introduït en 1911 per Bluer, per a qui aquests

malalts no eren dementats, sinó persones afectades per un procés de dissociació o disgregació. Bluer també va proposar una classificació de símptomes, separant-los en símptomes fonamentals i accessoris, però va ser Kurt Schneider, en 1946, qui va aportar una classificació de signes psicòtics, indicant que no eren específics de l'esquizofrènia i que no sempre es donaven, però eren útils per fer un diagnòstic (12).

El diagnòstic de la malaltia en l'actualitat segueix uns criteris consensuats per experts, que s'agrupen en dues grans classificacions, el Diagnòstic and *Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) i la Classificació Internacional de Malalties (CIE) (14).

2.3. Epidemiologia

S'estima que més de 500.000 embarassos als Estats Units (EE.UU.) cada any, les dones tenen malalties psiquiàtriques que, o bé són anteriors o que apareixen durant l'embaràs, i s'estima que un terç de totes les dones embarassades estan exposades a un medicament psicotròpic en algun moment durant l'embaràs. En el marc del cicle de vida, l'impacte de la maternitat en els trastorns ja existents o vulnerabilitats en el pacient és de primordial interès, així com els episodis que estan etiològicament relacionats amb la maternitat. Ocorre en aproximadament l'1-2% de les dones, amb una edat d'inici més freqüent durant l'edat fèrtil (3).

2.4. Curs de l'esquizofrènia i recuperació

L'esquizofrènia és una malaltia complexa, caracteritzada per la presència de símptomes positius (al·lucinacions, deliris, desorganització conductual, etc.) i negatius (apatia, abúlia, empobriment afectiu, etc.) en diferent grau al llarg del curs de la malaltia. La idea que l'esquizofrènia és una malaltia degenerativa ha anat canviant en els últims anys (10,14).

Per realitzar el diagnòstic de l'esquizofrènia un dels criteris és la presència durant un mes, de dos o més símptomes i que persisteixin almenys sis mesos la simptomatologia activa unida al deteriorament laboral o social. L'inici de la malaltia es produeix de manera característica durant l'adolescència i inclús en la infància, o a l'inici de l'edat adulta. Pot ser molt variant, amb un inici insidiós o debutar amb simptomatologia molt florida, la major part dels pacients alternen els episodis psicòtics aguts amb fases estables de remissió total o parcial. La malaltia que habitualment és de tipus crònic, es

pot caracteritzar per fases que es fusionen unes amb altres sense que existeixin límits molt clars (10).

- En la **fase pròdroms** és abans de l'aparició de la simptomatologia i en aquest període de temps predominen els símptomes negatius i afectius, l'aïllament progressiu del pacient, la disminució del funcionament cognitiu, social i emocional, etc. Després del qual pot aparèixer un símptoma característic de la fase activa de l'esquizofrènia. També es pot donar un període prodròmic abans de presentar una recaiguda. Aquest període pot durar entre diversos dies i unes setmanes i a vegades pot persistir durant diversos mesos
- Quant a la **fase aguda** o crisis, es caracteritza per un episodi psicòtic agut i en el que es presenten els símptomes positius com deliris o al·lucinacions, i un pensament greument desorganitzat i el pacient pateix una desconexió total en l'entorn que li impedeix dur a terme qualsevol activitat instrumental o activitats bàsiques. Amb freqüència els símptomes negatius passen a ser més intensos.
- **Fase d'estabilització** o després de la crisi, el pacient està lliure de símptomes psicòtics aguts o és conscient d'ells i és capaç de conviure amb la seva presència. Correspon als 6-12 mesos posteriors a un episodi agut. Durant aquesta fase va recuperant la seva funcionalitat adaptant-se a un entorn progressivament més exigent. Normalment existeixen símptomes negatius però més atenuats (10,15,16).

La major part dels estudis longitudinals de l'esquizofrènia suggereixen que el seu curs és variable: en alguns pacients no es presenten nous episodis, en la majoria es produeixen exacerbacions i remissions, i en una petita part persisteix un estat psicòtic greu de manera crònica. La remissió completa no és freqüent en aquesta malaltia (15).

2.5. Classificació clínica de l'esquizofrènia

La classificació de l'esquizofrènia ha variat al llarg del temps. Els tipus d'esquizofrènia que es recullen en el DSM-IV són: paranoide, desorganitzada, catatònica, indiferenciada i residual. Aquests subtipus desapareixen en el nou manual DSM-5 (10). En la recent publicació DSM-5 es recull l'esquizofrènia com "trastorn de l'espectre esquizofrènic i altres trastorns psicòtics". Introdueix alguns canvis com l'eliminació dels subtipus; no s'identifiquen, sinó que el subtipus es determina segons la simptomatologia predominant en el moment de l'avaluació (12).

Segons la quinta edició del DSM dels trastorns mentals, per al diagnòstic de l'esquizofrènia, es requereixen, entre altres criteris, que la persona mostri, almenys, dos símptomes dels què s'anomenen a continuació, havent de presentar, com a mínim, un dels tres primers: deliris, al·lucinacions, pensaments desorganitzats i símptomes negatius (abúlia, disminució de l'expressió emocional, etc.) (7).

2.6. Embaràs i maternitat

L'embaràs constitueix una etapa singular de l'existència, Oppenheim va descriure que les dones en aquest període de la vida podrien tenir alteracions de l'esfera psicològica. Aquest període és un període de canvis que afecta totes les àrees incloent la física psíquica social i cultural, i és que tenir un nen es considera un succés estressant causa de tot el que implica. Per tot això és essencial conèixer quines són les manifestacions normals i quines són les patològiques per identificar una malaltia mental com l'esquizofrènia, i oferir atenció sanitària adequada (17).

Tradicionalment, les dones amb l'esquizofrènia han tingut taxes de fertilitat baixes, amb poca atenció dedicada a la seva salut reproductiva. Però amb el temps s'ha observat un augment de les taxes de fertilitat entre les dones amb esquizofrènia, cridant l'atenció sobre la necessitat de tenir en compte resultats reproductius en aquest grup vulnerable (18).

En aquest augment de fertilitat també es detecta una taxa més alta d'embarassos no planificats i no desitjats. Anteriorment molts malalts crònics es mantenien a l'hospital, però amb el tancament d'aquests serveis, diversos d'ells, incloent-hi dones en edat reproductiva, es van trobar als carrers, desemparats i sense la protecció del medi hospitalari. Això comporta un augment del risc, de tenir activitat sexual sense protecció anticonceptiva i com a resultat embarassos no desitjats. Miller va opinar que la psicosi pot contribuir a la negació de l'embaràs, la mala interpretació dels canvis somàtics i fins i tot la manca de reconeixement del treball, el que comporta una sèrie de problemes en la gestació i maternitat en aquestes dones (19,20). Una varietat de resultats adversos de l'embaràs en les dones amb esquizofrènia han estat reportats, incloent-hi part prematur, sota pes al néixer, petit per l'edat gestacional, hemorràgia prenatal, augment de les taxes de malformacions congènites, especialment del sistema cardiovascular i una major incidència de mort postnatal (3).

2.7. Psicosi durant l'embaràs

La psicosi és rara durant l'embaràs, però les persones que han sofert en algun moment anterior un episodi d'aquestes característiques, tenen una major incidència a què es descuidi de la seva pròpia salut i repercuteixi en la del fetus. Això és degut al fet que no segueixen les pautes mèdiques, no acudeixen a les visites de seguiment durant l'embaràs, no prenen els nutrients necessaris o els prenen en excés i inclús fan servir substàncies tòxiques perjudicials en aquesta etapa de la gestació. Els símptomes que pot presentar en la psicosi són accentuacions en la patologia que presenta de salut mental i accions dirigides a finalitzar l'embaràs de forma dràstica i agressiva (17).

La psicosi durant l'embaràs o el puerperi, a causa de qualsevol incidència (mèdica, farmacològica o psiquiàtrica) constitueix una emergència. Tot i que les causes mèdiques o farmacològiques han estat identificades, la consulta psiquiàtrica es justifica per garantir la seguretat del pacient i de la seva descendència. En particular, les idees estranyes sobre l'embaràs o el nou-nat han d'augmentar la preocupació per la seguretat del pacient i del seu fill. El trasllat a una unitat d'hospitalització psiquiàtrica es recomana si la inestabilitat mèdica determina que la cura del pacient psicòtic han de ser manejats en la unitat d'obstetrícia, que ha de ser col·locat en una minuciosa observació constant (3).

Un dels trastorns amb psicosi és l'esquizofrènia, i aquesta malaltia pot provocar en algunes situacions l'infanticidi, en la qual el nadó és part del sistema delirant. En una bona proporció de casos d'infanticidi hi ha un trastorn psiquiàtric clarament demostrable en la mare, però en altres no és així. Una dona amb un estat maníac pot pensar que el nadó té poders sobrenaturals o demoníacs i posar-lo en risc (20). L'infanticidi roman en molts sistemes legals, com un crim menor pel que fa a l'assassinat, encara que comporti l'assassinat deliberat d'un nadó. Les raons que donen suport a aquest fet es recolzen en la necessitat de proporcionar una defensa especial a les mares que han patit un trauma psicològic a conseqüència del part (21).

2.8. Tractament i lactància materna

Per estabilitzar els símptomes de l'esquizofrènia es duen a terme diferents tractaments: psicoteràpia (individual, de grup i familiar), instrucció en habilitats socials i administracions de fàrmacs neurolèptics o antipsicòtics, en aquest cas requereix valorar els possibles riscos contra els beneficis (7,22).

En realitat, cap medicament neurolèptic es pot considerar totalment "segur" i sobretot durant el primer trimestre de la gestació; però, atès que algunes dones tenen simptomatologia greu, serà necessari l'ús dels medicaments antipsicòtics en els seus casos, però es recomana prioritzar la mínima dosi durant l'embaràs. L'exposició a medicaments antipsicòtics durant l'embaràs s'associa amb riscos coneguts de teratogènia, obstètrics, neonatals i per a la mare. Malgrat això, en moltes ocasions el benefici del tractament antipsicòtic és major que els riscos, i la reducció del psicoticisme millora el pronòstic general de les gestants (15,23). Poden haver-hi efectes devastadors de l'esquizofrènia, tant en la mare com en el nen, com el suïcidi de la mare, la negació de l'embaràs derivat del rebuig de l'atenció prenatal, i l'infanticidi, si la mare deixa el tractament durant l'embaràs. A més, la interrupció brusca del tractament en la mare pot donar lloc a una nova descompensació psicòtica.

Hi ha dos tipus de fàrmacs antipsicòtics: els convencionals o típics i els atípics, o de segona generació. Els segons estan reemplaçant als primers, ja que els antipsicòtics convencionals, tot i reduir els deliris i les al·lucinacions, produeixen considerables efectes secundaris, com l'augment de la simptomatologia negativa, l'aparició de trastorns motors semblants als de la malaltia de Parkinson i hiperprolactinèmia, que influeix disminuint la fertilitat.

Els fàrmacs antipsicòtics de segona generació (clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina i ziprasidona), a més de millorar els símptomes positius, redueixen els negatius i tenen escassos efectes extrapiramidals. Tanmateix, tenen una influència major sobre les funcions metabòliques. Segons l'evidència disponible, s'accepta l'ús d'antipsicòtics atípics durant l'embaràs si els beneficis clínics justifiquen els riscos potencials en el fetus, sospesant en cada cas la relació benefici / risc del seguiment d'un tractament, del canvi d'aquest o de la seva absència. Les recomanacions actuals propugnen el control adequat dels trastorns mentals durant l'etapa perinatal i posteriorment, tot i que són indispensables noves investigacions per determinar el seu impacte amb més precisió (15).

La lactància materna té beneficis clars tant per a la mare i el nen, i en la presa de la decisió de recomanar la lactància, aquests beneficis han de sospesar davant els riscos per al nadó de l'exposició a l'antipsicòtic durant la lactància. La majoria dels medicaments es transfereixen a través de la llet materna, encara que la majoria es troben en nivells molt baixos i probablement no són clínicament rellevants per al nounat. Alguns dels efectes de la clozapina durant la

lactància: sedació, disminució de l'alletament, irritabilitat i inestabilitat cardiovascular al lactant. La lactància s'ha d'interrompre immediatament si un lactant desenvolupa símptomes anormals més probables associats amb l'exposició al medicament (3).

En general, la lactància materna es veu afavorida quan s'ha pautat la menor dosi necessària d'un sol fàrmac, mentre que les mares que necessiten dos o més psicòtrops simultàniament o en dosis elevades no haurien de donar de pit (15).

3. JUSTIFICACIÓ:

L'esquizofrènia té un inici típic en l'edat primerenca, a la fi de l'adolescència fins a la primera edat adulta, però en les dones sol ser uns 5 anys més tard que en els homes, a l'alçada dels anys reproductius de la dona (8). La gravetat de les seves alteracions psicopatològiques i el caràcter crònic de la seva evolució tenen, en moltes ocasions, un efecte devastador per a la persona i el seu entorn, i generen enormes costos socials, familiars i assistencials (1).

És una de les patologies amb major capacitat estigmatitzant; no obstant els avanços en les intervencions farmacològiques i psicosocials asseguren un futur esperançador (24). Sabem que l'evolució de l'esquizofrènia depèn en gran part de l'aliança entre pacient, família i professionals per tal de garantir el compliment terapèutic, evitar els factors de risc de recaigudes, potenciar al màxim les habilitats i recursos de les persones malaltes i minimitzar així la tendència del deteriorament de la malaltia. En aquesta aliança, el paper de la infermera és fonamental i encara més si està en una situació més vulnerable com l'embaràs. Representa un important impacte en la salut poblacional, repercuteix no sols a la dona que pateix la malaltia, sinó en el seu fill i en l'àmbit familiar i social (11).

El procés de l'embaràs i, sobretot, el moment del part són circumstàncies amb una potència emocional imprevisible, superior a la majoria d'experiències de la vida i capaç d'alterar transitòriament l'equilibri psíquic de les dones més vulnerables, especialment si prèviament patien un problema de salut mental com l'esquizofrènia. Estudis recents basats en la població, demostren que les dones amb esquizofrènia tenen més probabilitats de patir resultats adversos en l'embaràs que les dones no afectades, incloses les taxes de trastorns hipertensos de l'embaràs, així com el naixement prematur i els nadons nascuts amb pesos extrems per a l'edat gestacional, nadons

amb un major risc de patir diversos problemes crònics de salut mèdica i mental durant tota la vida (18,25–27). Per això, aquest estudi s'enfoca en estudiar l'atenció de la infermera en les dones embarassades que pateixen la malaltia, identificant els errors reportats per la literatura existent. Oferir un compromís amb el pacient i la seva família poden millorar molts aspectes del rendiment de la salut, com la qualitat de vida, la seguretat de la mare i el nen, i la satisfacció dels professionals d'infermeria implicats.

4. PREGUNTA D'INVESTIGACIÓ:

P: Dones embarassades amb esquizofrènia

I: Intervencions de la infermera

C: No aplica

O: Disminuir el risc de complicacions obstètriques i neonatals

- Quines actuacions de la infermera (**I**) són les més favorables per disminuir el risc de complicacions obstètriques i neonatals (**O**) en les dones embarassades amb esquizofrènia (**P**)?

5. OBJECTIUS DE LA INVESTIGACIÓ

5.1. Objectiu general

- Estudiar l'abordatge de la infermera davant els embarassos de dones amb esquizofrènia, identificant la qualitat d'atenció i els resultats per definir una atenció sanitària integral.

5.2. Objectius específics

- Estudiar l'afectació de l'esquizofrènia en l'embaràs i maternitat, les necessitats psicosocials que puguin aparèixer, així com les possibles complicacions de risc durant la gestació i la resposta dels professionals d'infermeria.
- Identificar l'impacte de l'esquizofrènia, complicacions i riscos psicosocials en l'embaràs i maternitat.
- Conèixer les recomanacions i seguiment a les gestants amb esquizofrènia, tant en l'àmbit hospitalari com extrahospitalari.

6. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓ

6.1. Disseny de l'estudi

El disseny de l'estudi s'emmarca en una revisió sistemàtica d'articles científics sobre l'atenció de la infermera obstètrica i prenatal en dones embarassades amb esquizofrènia. L'estudi es centra a tenir més visibilitat en aquestes dones gestants i mares amb esquizofrènia a través d'un procés de recopilació d'evidència científica de les principals bases de dades, escollint els articles més idonis que se centren en els objectius de la investigació, seguint el procés per fases de la declaració PRISMA (28). Per determinar els criteris de qualitat metodològica, s'han aplicat els instruments de la "*Joanna Briggs Institute*" (JBI) (29). El període de la recerca bibliogràfica es va realitzar entre octubre de 2020 i febrer de 2021. Les bases de dades consultares foren:

- **Medline:** Inclou 90.000 fonts autoritzades, 6.000 milions de pàgines digitals i que abasta sis segles. Inclou la col·lecció més gran del món de dissertacions i tesis; 20 milions de pàgines i tres segles de diaris mundials, nacionals, regionals i especialitzats; més de 450.000 llibres electrònics; riques col·leccions agregades de revistes i publicacions acadèmiques més importants del món (30).
- **Scopus:** Combina de forma única una base de dades abstracta i de citacions completa i comissariada amb dades enriquides i contingut acadèmic enllaçat (31).
- **Web of Science:** és una plataforma formada per una extensa col·lecció de bases de dades bibliogràfiques i referències de publicacions científiques de qualsevol disciplina del coneixement, en ciència, tecnologia, ciències socials, arts i humanitats (32).
- **Pubmed:** comprèn més de 30 milions de citacions per a literatura biomèdica de MEDLINE, revistes de ciències de la vida i llibres en línia. Les citacions poden incloure enllaços a contingut de text complet de PubMed Central i llocs web d'editors (33).

6.2. Termes de cerca

Es van dur a terme cerques utilitzant les paraules claus que van ser extretes dels “Descriptores en Ciencias de la Salud” (DeCS) i “Medical Subject Heading” (MeSH), un vocabulari estructurat per a servir com a llenguatge únic en la indexació d'articles i com a cerca i recuperació d'assumptes de la literatura científica.

Les paraules clau exposades a continuació van ser combinades amb el operadors booleans AND, OR I NOT, per trobar articles originals i adequats que responien als objectius de la investigació.

Taula 1: Termes de cerca bibliogràfica DeCs i MeSH

Paraules clau	DeCs	MeSH
Embaràs	Embarazo Ectópico	Pregnancy
Maternitat	Enfermería Maternoinfantil	
Esquizofrènia	Esquizofrenia	Schizophrenia
Atenció de la infermera	Atención de Enfermería	Nursing care
Humanització	Humanization of Assistance	Humanizing Humanisation

Font: Elaboració pròpia.

6.3. Criteris d'inclusió i exclusió

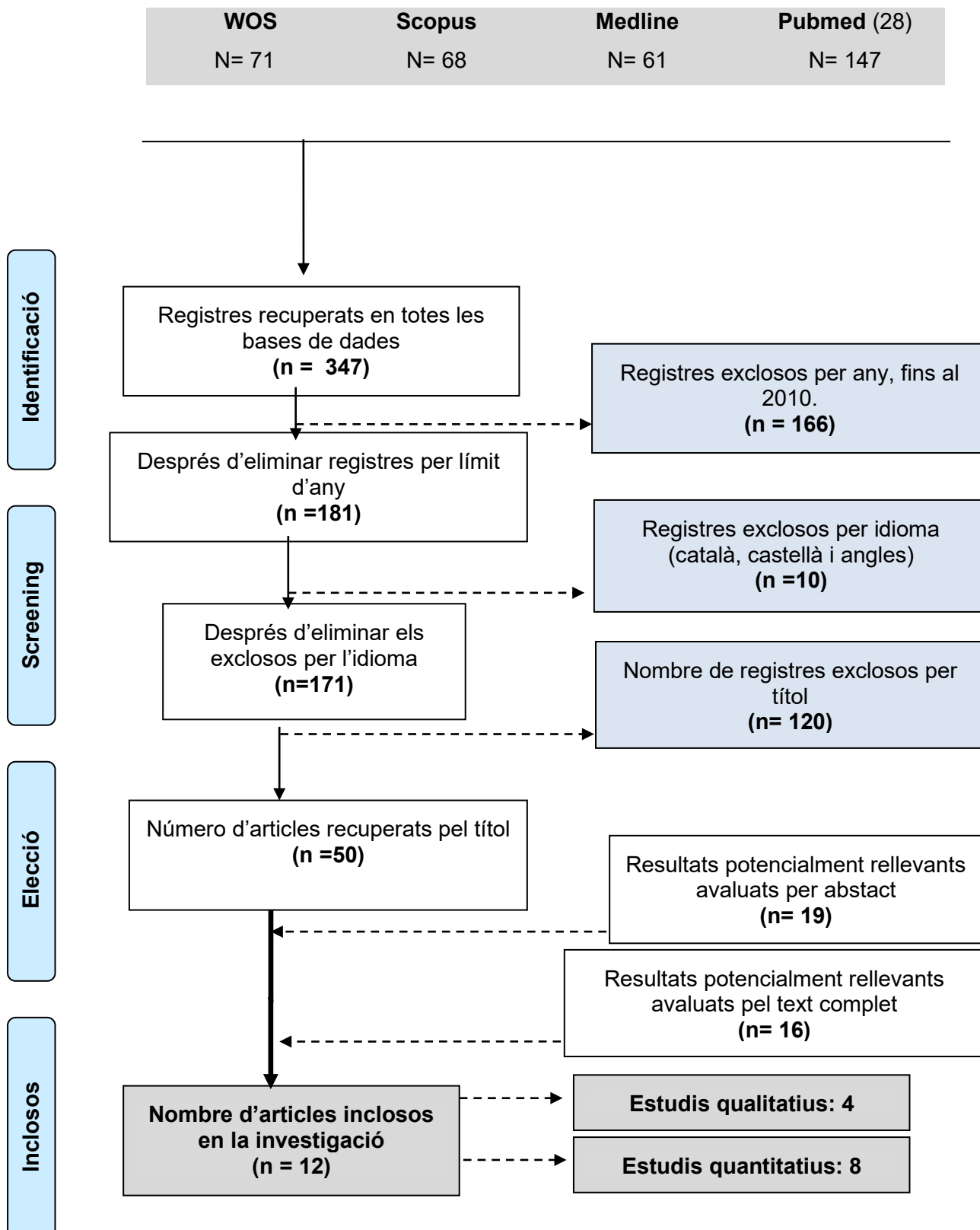
Taula 2: Criteris d'inclusió i exclusió.

Criteris d'inclusió	Criteris d'exclusió
➤ Articles publicats entre 2010 i 2021. ➤ Idioma en castellà, català o anglès. ➤ Accessibilitat al resum o text complet i d'accés gratuït. ➤ Articles que es centren en l'embaràs i maternitat en dones amb esquizofrènia. ➤ Publicacions amb actuacions d'infermeria en gestants amb esquizofrènia.	➤ Articles publicats abans del 2010. ➤ Articles amb textos incomplets o de difícil accés. ➤ Articles sense relació amb l'esquizofrènia i embaràs. ➤ Tots els que no compleixin els criteris d'inclusió.

Font: Elaboració pròpia.

7. RESULTATS

7.1. Diagrama de flux de les diferents fases del procés de selecció d'estudis, segons les directrius PRISMA.



7.2. Taula de resultats

En les següents taules, es mostren els resultats obtinguts a través de la cerca exhaustiva de diferents combinacions de les paraules claus de la *Taula 1* i els connectors en les diferents bases de dades anteriorment anomenades i els seus resultats en cadascuna d'elles (*Taula 5*).

Taula 4: *Taula de resultats*

Base de dades	Estratègia de cerca	Nombre d'articles	Nombre d'articles utilitzats
Scopus	Schizophrenia AND pregnancy AND nursing	48	1 ⁽³⁶⁾
	Schizophrenia AND pregnancy AND nursing AND care	20	1 (35)
Medline	Schizophrenia AND pregnancy AND nursing	61	1 (36)
Pubmed	Schizophrenia AND pregnancy AND nursing	100	3 ⁽³⁹⁻⁴¹⁾
	Humanizing AND schizophrenia AND pregnancy	47	0
Web of science	Schizophrenia AND pregnancy AND nursing	71	6 (40-45)
TOTAL		347	12

Font: Elaboració pròpia.

Taula 5. Resultats extrets dels articles inclosos en la revisió sistemàtica.

REFERÈNCIA BIBLIOGRÀFICA	AUTORS, ANY I PAÍS	METODOLOGIA / OBJECTIU	INSTRUMENT	POBLACIÓ	RESULTATS / CONCLUSIONS
Australian midwives knowledge, attitude and perceived learning needs around perinatal mental Health (36).	Y. Hauck, G. Kelly, M. Dragovic et al. (Australià, 2015)	M: Estudi transversal. O: Explorar el coneixement de les llevadores, i les actituds cap als trastorns de salut mental en dones en edat fèril.	Enquesta.	238 llevadores de maternitat	La qualitat d'atenció de les dones embarassades amb trastorn mental, inclòs l'esquizofrènia és deficient per la falta de preparació, coneixements i habilitats addicionals de les llevadores. Accepten que existeixen estereotips negatius; per tant, és difícil negar la seva influència en l'atenció en aquestes dones.
Family Planning awareness, utilization and associated factors among women of reproductive age attending psychiatric outpatient care, a cross- sectional study, Addis Ababa, Ethiopia (40).	T. Zerihun, D. Bekele, E. Birhanu et al. (Etiòpia, 2020)	M: Estudi transversal. O: Identificar els factors associats a la utilització dels mètodes de planificació familiar en consultes externes psiquiàtriques.	Qüestionari estructurat.	423 dones que van assistir a consultes psiquiàtriques ambulatories	La majoria de dones amb malalties mentals no utilitzava mètodes d'anticonceptius per la por a la interacció amb els fàrmacs psiquiàtrics. Es va veure també la necessitat de reforçar l'educació i l'assessorament sobre la planificació familiar de les dones que assisteixen a les consultes psiquiàtriques.

Reproductive health in women with serious mental illnesses (41).	N. Özcan, N. Boyacıoğlu, S. Enginkaya et al. (Turquia, 2013)	M: Estudi descriptiu. O: Determinar els tipus de problemes de salut reproductiva que experimentaven els pacients psiquiàtrics.	Entrevistes cara a cara i qüestionari.	292 dones tractades en una sala psiquiàtrica d'hospitalització aguda.	Les pacients amb trastorns psiquiàtrics tenien atributs més negatius pel que fa al matrimoni, la sexualitat, la planificació familiar, les característiques maternes i l'embaràs. Com a conseqüència les seves taxes d'embaràs i avortament eren altes, amb menys atenció prenatal.
Nurses' professional stigma and attitudes towards postpartum women with severe mental illness (42).	R. Ordan, R. Shor, M. Liebergall-Wischnitzer et al. (Israel, 2017)	M: Estudi prospectiu, transversal. O: Examinar l'estigma dels professionals de la salut i les actituds de paternitat cap a les dones amb malaltia mental greu i l'associació entre les actituds de les infermeres postpart i les intervencions d'infermeria que promouen la maternitat.	Qüestionaris.	61 infermeres que treballen a la unitat postpart, la mitjana d'edat és de 43 anys (24-56 anys)	Les infermeres que presten atenció a dones postpart amb malalties mentals greus i als seus nadons poden proporcionar menys intervencions rutinàries postpart a causa de l'estigma professional i actituds negatives sobre les habilitats parentals. Les infermeres haurien de proporcionar una atenció individualitzada i personalitzada que permeti a les dones amb malalties mentals greus convertir-se en mare en la mesura del que pugui.

Pregnancy Experiences of Western Australian Women Attending a Specialist Childbirth and Mental Illness Antenatal Clinic (43).	Y. Hauck, S. Allen, F. Ronchi et al. (Australià, 2013)	M: Estudi qualitatiu exploratori. O: Explorar les experiències d'embaràs de dones australianes que assistien a una clínica prenatal especialitzada en parts i malalties mentals.	Entrevistes telefòniques.	Dones amb malalties mentals greus que reben atenció prenatal: 41 dones, 24 primíparaes i 17 múltiples	La gestió d'una malaltia mental greu com l'esquizofrènia a més dels riscos associats a l'embaràs i el naixement requereixen una atenció especial. Així es demostra que, la continuïtat de l'atenció dins d'un petit equip pot contribuir a una experiència d'embaràs satisfactòria per a aquestes dones vulnerables.
Nurses' attitudes towards breastfeeding among women with schizophrenia in southern Israel (44).	R. Artzi-medvedik, I. Chertok, Y. Romem (Israel, 2011)	M: Estudi transversal. O: Estudiar les actituds de les infermeres del sud d'Israel sobre la lactància materna de dones esquizofrèniques.	Qüestionari.	110 infermeres que treballaven als centres mèdics d'ensenyament general i psiquiàtric: 40 llevadores, 37 psiquiàtriques i 33 infermeres postpart.	La majoria d'infermeres amb un 70% tenen actituds positives envers la lactància materna entre les dones amb esquizofrènia, almenys a nivell declaratiu. Els resultats de l'enquesta indiquen que les infermeres poden donar suport i guiar a la mare amb esquizofrènia i al seu nadó, per a qui és segur i adequat alletar.

Midwives and assessment of perinatal mental Health (45).	K. Mccauley, S. Elsom, E. Muir-Cochrane et al. (Australià, 2011)	M: Estudi descriptiu exploratori. O: Examinar el que les llevadores pensaven sobre les seves habilitats i coneixements de salut mental quan treballaven amb dones amb una malaltia mental que acabava de tenir un nadó.	Enquestes.	160 llevadores enquestades treballaven en sales prenatales on es presta atenció a dones amb embarassos d'alt risc. De 24 i 63 anys.	Les llevadores no tenen coneixements i habilitats en salut mental, descriuen la seva manca de confiança i sentint-se incòmodes i insegures quan presten atenció a dones amb malalties mentals. També informen del poc coneixement dels recursos disponibles per proporcionar serveis adequats a aquestes dones.
Adverse obstetric and neonatal outcomes in women with severe mental illness: To what extent can they be prevented? (35).	F. Judd, A. Komiti, P. Sheehan et al. (Australià, 2014)	M: Estudi retrospectiu. O: Comprendre millor els factors que poden influir en les complicacions obstètriques i neonatals en aquest grup vulnerable.	Qüestionari.	112 dones amb un diagnòstic DSM-IV d'esquizofrènia i trastorn bipolar.	L'atenció centrada en la persona permet abordar l'estil de vida i els factors relacionats amb el tractament que puguin tenir efectes significatius sobre el resultat de l'embaràs, així com l'estabilització de l'estat mental matern.

Interpersonal nurse-patient relationship with a young schizophrenic pregnant woman (34).	R. de Oliveira, A. Furegato (Brasil, 2016)	M: Estudi exploratori. O: Investigar elements de la història personal i psiquiàtrica, així com els reptes relacionats amb la maternitat, d'una jove dona esquizofrènica, a través de la interacció terapèutica centrada en la persona.	Entrevista.	Una jove esquizofrènica, anomenat L. en aquest estudi, tenia 30 anys, tenia un nen de dos anys i estava embarassada de tres mesos. Havia estat tractada a la institució durant 10 anys.	Els resultats de l'estudi va analitzar que els episodis d'hospitalització, la convivència amb altres pacients, i els medicaments van promoure la comprensió dels símptomes, i l'acceptació del diagnòstic. La relació interpersonal va establir evidències que, la jove va caure entesa i que les seves necessitats van ser ateses, va superar diverses dificultats que havia denunciat i se sentia satisfeta i integrada en el seu entorn social.
Rapid repeat pregnancy in women with schizophrenia (39)	R. Gupta, H. Brown, L. Barker et al. (Canadà, 2019)	M: Estudi d'una cohort poblacional. O: Comparar les dones amb, i sense esquizofrènia sobre el seu risc d'embaràs de repetició ràpida, definit com a embaràs dins dels 12 mesos següents a un naixement viu.	A través del registre de dades administratives sanitàries d'Ontario.	Les dones amb esquizofrènia d'Ontario d'entre 18 i 49 anys amb un naixement viu entre l'1 d'abril de 2002 i el 31 de març de 2013.	Les dones amb esquizofrènia tenen més risc que els seus companys per a l'embaràs de repetició ràpida, però utilitzen anticoncepció sense barrera a taxes similars. El període postnatal és un moment oportú per iniciar intervencions dirigides dissenyades per optimitzar la planificació de qualsevol embaràs futur, i contribuir a millorar la salut materna i infantil en aquest col·lectiu vulnerable.

Health professionals' attitudes towards breastfeeding among women with schizophrenia: Greek version of a specific rating scale (38)	E. Sakellari, M. Iliadou, K. Pikouli et al. (Atenes, 2020)	M: Estudi descriptiu transversal. O: Explorar les actituds dels professionals de la salut cap a la lactància materna entre les dones amb esquizofrènia a Grècia i examinar la validesa i fiabilitat de la versió grega d'una escala de qualificació específica per a una major investigació sobre les actituds cap a la lactància materna entre les dones amb esquizofrènia.	Qüestionari.	Professionals de la salut que treballaven estretament amb dones/mares (visitants de la salut (n=66), llevadores (40), infermeres que treballen en l'atenció de salut mental (n=65).	Les persones que havien tingut un contacte previ amb un pacient amb esquizofrènia presentava majors puntuacions sobre actituds. Existeixen diverses barreres per als professionals que aborden problemes de salut mental amb dones, moltes d'elles relacionades amb factors organitzatius, mentre que d'altres relacionades amb la manca d'habilitats en relació amb la salut mental en el període perinatal.
Obstetric outcomes for women with severe mental illness: 10 years of experience in a tertiary multidisciplinary antenatal clinic (37)	J. Frayne, T. Nguyen, S. Allen et al. (Australià, 2019)	M: Estudi de cohort retrospectiu. O: Descriure deu anys d'atenció prenatal i resultats per a dones amb malaltia mental greu.	Registres d'embaràs completats durant els darrers 10 anys.	Dones amb malaltia mental greu com l'esquizofrènia, que assistien al servei prenatal. (n=420)	Les taxes d'assistència es van reduir significativament amb l'esquizofrènia. Les persones amb esquizofrènia tenien un risc més elevat amb un major risc d'amenaça de part prematur, diabetis gestacional i reducció de la probabilitat d'un part vaginal espontani. Tenen taxes més altes de comorbiditats mèdiques, estils de vida i factors de risc psicosocial que se sap que contribueixen a mals resultats obstètrics.

Taula 6. Qualitat de l'evidència segons JBI Critical Appraisal dels articles seleccionats.

Critical appraisal JBI Satisfied Items (29)	1 ^a	2 ^b	3 ^c	4 ^d	5 ^e	6 ^f	7 ^g	8 ^h	9 ⁱ	10 ^j	11 ^k	Total items	%
Analytical Cross Sectional Studies (46)													
T. Zerihun, D. Bekele, E. Birhanu et al. 2020									-	-	-	6/8	75
R. Ordan, R. Shor, M. Liebergall-Wischnitzer et al. 2017									-	-	-	5/8	63
a) Where the criteria for inclusion in the sample clearly defined? b) Were the study subjects and the setting described in a valid and reliable way? c) Was the exposure measured in a valid and reliable way? d) Were objective, standard criteria used for measurement of the condition? e) Were confounding factors identified? f) Were strategies to deal with confounding factors stated? g) Were the outcomes measured in a valid and reliable way? h) Was appropriate statistical analysis used?													
Cohort studies design (47)													
R. Gupta, H. Brown, L. Barker et al. 2019												8/11	73
J. Frayne, T. Nguyen, S. Allen et al. 2019												9/11	82
a) Similar groups, b) Similar exposure measurement for assignment, c) Valid and reliable exposure measurement, d) Identified confounding factors, e) Stated strategies to deal with confounding factors, f) Participants free of the outcome at the start, g) reliable outcome measurement, h) Follow up time reported and sufficient, i) Follow up complete or justification, j) Use of strategies to address incomplete follow up, k) Appropriate statistical analysis													
JBI critical appraisal checklist for qualitative research (48)													
Y. Hauck, G. Kelly, M. Dragovic et al. 2015												8/10	80
N. Özcan, N. Boyacıoğlu, S. Enginkaya et al. 2013												7/10	70
Y. Hauck, S. Allen, F. Ronchi et al. 2013												8/10	80
R. Artzi-medvedik, I. Chertok, Y. Romem 2011												8/10	80
K. Mccauley, S. Elsom, E. Muir-Cochrane et al. 2011												7/10	70
F. Judd, A. Komiti, P. Sheehan et al. 2014												8/10	80
R. de Oliveira, A, Furegato 2016												8/10	80
E. Sakellari, M. Iiadou, K. Pikouli et al. 2020												7/10	70
a) Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology? b) Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives? c) Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data? d) Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data? e) Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results? f) Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically? g) Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed? h) Are participants, and their voices, adequately represented? i) Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body? j) Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?													

Yes



No



Poc clar



N/A



8. DISCUSSIÓ

El primer objectiu d'aquest treball se centrava a estudiar la manca de necessitats, coneixements i actituds d'aprenentatge imperants de les infermeres i les llevadores, d'acord amb l'evidència que aquestes expressen. Hi ha una necessitat creixent de desenvolupament professional relacionada amb les necessitats de salut mental de les dones que tenen fills. Segons els autors Y. Hauck, G. Kelly, M. Dragovic et al., la majoria de llevadores (87,7%) van reportar el seu paper d'avaluar l'estat de salut mental de les dones a la seva cura i menys de la meitat (42,7%) considerava, que els problemes de salut mental durant l'embaràs sempre havien de ser remesos a un especialista (36). A més del coneixement sobre els trastorns de salut mental, gairebé tres quarts parts de les llevadores volien educació addicional sobre l'impacte de la maternitat en la salut mental i una millor comprensió de les opcions de servei disponibles. La gran majoria (aproximadament el 95%) va informar que, de vegades o amb freqüència, van tenir contacte amb dones en edat fèrtil amb trastorn de salut mental. En canvi, menys d'una quarta part tenia experiència prèvia treballant en un entorn de salut mental (psiquiàtric). Finalment, gairebé la meitat van indicar que havien assistit a una sessió educativa sobre salut mental perinatal durant els darrers dos anys. Només una minoria se sentia ben equipada per donar suport a les dones amb trastorns perinatals de salut mental, i poc més de la meitat també indicava que no tenien accés suficient a la informació. Així doncs, es fa palesa d'una demanda particularment elevada (gairebé el 75%) d'educació addicional sobre l'impacte de la maternitat en les malalties mentals i una millor comprensió de les opcions de servei disponibles (36).

És important destacar la falta de recursos i coneixements que disposen les infermeres per poder fer abordatge d'infermeria de qualitat en aquesta població. Tot i això, només el 51,3% va estar d'acord que els problemes de salut mental eren fàcils de detectar. La majoria dels participants també va aprovar la creença que és probable que les dones amb trastorns de salut mental es recuperin (83,5%) i només el 19% suggereix que és probable que aquestes dones siguin difícils de controlar. De la mateixa manera, només un 14% va estar d'acord amb l'afirmació que les dones amb un trastorn de salut mental greu no s'haurien d'animar a tenir fills i molt menys (3,9%) van estar d'acord que no se'ls hauria de permetre que els seus nadons suggerissin una sèrie d'actituds positives respecte a la mentalitat (36).

Les actituds i intervencions d'infermeria respecte a la relació terapèutica infermera-pacient poden quedar disminuïdes si apareix l'estigma envers les mares que s'enfronten a l'esquizofrènia, disminuït així l'empoderament de la mare (42). Els autors N. Özcan, N. Boyacıoğlu, S. Enginkaya et al., van observar que gairebé la meitat dels participants van declarar haver rebut atenció mèdica prenatal. La recepció d'atenció prenatal es veu afectada per moltes variables, incloses l'edat de la mare, el seu nivell educatiu i la regió on viu (41).

També es van examinar les actituds envers la criança, els resultats van revelar que l'estigma influeix en les actituds envers la paternitat, en general, i en les actituds relacionades amb les habilitats parentals. Les infermeres postpart posen èmfasi en les dones postpart que proporcionen atenció física al seu nadó. Per tant, l'actitud de les infermeres segons la qual les dones postpart amb TMG no poden proporcionar aquesta atenció física pot provocar que les infermeres adoptin un enfocament paternalista que no inclogui intervencions d'infermeria adequades (42).

Infermeres i llevadores coincideixen en la necessitat formativa envers l'abordatge de les gestants amb problemes de salut mental, inclosa la esquizofrènia, tot i que son fàcil detectar-los.

Es van identificar diferències importants en els resultats obstètrics i neonatals de dones amb esquizofrènia en comparació amb les dones sense aquests diagnòstics tractades en el mateix entorn de maternitat. En primer lloc, assistien més tard a la seva primera cita prenatal durant l'embaràs i eren molt més propenses a consumir alcohol o drogues il·lícites i fumar. A causa de la patologia, gran part de les dones amb esquizofrènia es va tractar amb medicaments antipsicòtics. Les dones amb afectació de l'esquizofrènia van tenir més complicacions de l'embaràs i taxes més elevades de preeclàmpsia i diabetis gestacional (37). Es va observar que aquest augment del risc de complicacions metabòliques gestacionals i de nadons grans per a edat gestacional en dones tractades amb antipsicòtics de segona generació (37). Aquest tipus de fàrmac, a més de millorar els símptomes positius, redueixen els negatius i tenen escassos efectes extrapiramidals, per això estan reemplaçant-se pels convencionals. No obstant això, tenen una influència major sobre les funcions metabòliques (15).

Els resultats també van demostrar que les dones amb diagnòstic d'esquizofrènia eren particularment vulnerables a l'amenaça de part prematur (37). Aquest risc més elevat estava relacionat amb el tabaquisme, i els seus nadons eren menys propensos a tenir una puntuació Apgar entre 8-10, relacionat amb l'ús de medicaments materns i reducció de visites de control (37). A més a més tenen menys probabilitats de tenir un part vaginal espontani i més probabilitats de què se'ls practiqui una cesària d'emergència (37).

Cal posar de manifest totes les dificultats i complicacions, tant durant l'embaràs de dones amb esquizofrènia com després del naixement del nen: a més del risc d'herència que presenten, està l'efecte teratogènic dels psicotròpics per al fetus i per al lactant; un major risc d'episodis durant l'embaràs i el puerperi, a causa de la modificació o la interrupció del tractament farmacològic; limitacions per a la cura del nen (maternitat com a sobrecàrrega); hospitalitzacions recurrents, que comprometen la cura del nen i el vincle mare-fill; i obstaculitzar el desenvolupament de les capacitats del nen per fer front a les adversitats i situacions estressants (34). Segons els autors F. Judd, A. Komiti, P. Sheehan et al. les complicacions obstètriques i neonatals en dones amb esquizofrènia poden acumular-se per afectar negativament la trajectòria del neurodesenvolupament del seu fill. Així com, és més probable que les mares amb malalties mentals tinguin dificultats en la interacció emocional primerenca amb el lactant i en la promoció de l'organització de l'afecció. Els nadons poden estar exposats a interaccions estressants i atencions inconsistentes (35).

Els problemes de salut reproductiva als quals s'enfronten les pacients psiquiàtriques són qüestions que s'han descuidat tant en els àmbits de la psiquiatria com en la salut de les dones. La literatura més recent recolza la necessitat de la implicació d'infermeria en la prestació d'atenció que englobi el benestar mental de les dones embarassades amb esquizofrènia. L'examen de l'estat mental i l'avaluació psiquiàtrica, tot i que actualment no s'inclouen en molts plans d'estudis dels cursos d'infermeria, són cada vegada més importants per a la prestació i atenció de les gestants (45).

Aproximadament 1 de cada 16 dones amb esquizofrènia amb un nadó viu van tornar a estar embarassades un any després del naixement. Una explicació de les troballes actuals podria ser que les dones amb esquizofrènia presenten un risc elevat d'embaràs no planificat. Les dones amb esquizofrènia són socialment vulnerables, presenten un alt risc d'agressió sexual i presenten taxes elevades de trastorns de l'ús de substàncies comòrbides, que podrien conduir a un embaràs

no planificat. Es va comprovar que el 40,1% dels participants havien estat exposats a la violència durant l'embaràs i que el tipus de violència que més van trobar aquestes dones va ser la violència física (27,6%). Es va trobar que un 11,3% dels pacients psiquiàtrics havien estat violats (per algú que no fos la seva parella). Es va determinar que una cinquena part dels participants havien estat obligats a mantenir relacions sexuals per una parella sexual (41).

Les dones amb trastorns psicòtics presenten un risc més alt que les dones no afectades de perdre la custòdia dels seus fills a causa dels serveis socials. R. Gupta, H. Brown, L. Barker et al., comenta que l'esquizofrènia també s'associa amb un processament cognitiu deteriorat, dèficits socials i anomalies en la percepció de la realitat que poden provocar dificultats en la planificació i afirmació de l'ús de l'anticoncepció durant la intimitat o l'adherència inconsistent als mètodes anticonceptius, fins i tot en trobades sexuals planificades i consensuades. És possible que la repetició ràpida de l'embaràs en aquest grup pugui representar la repetició intencionada de l'embaràs i una altra oportunitat en la maternitat (39). Segons J. Frayne, T. Nguyen, S. Allen et al, les dones amb esquizofrènia han augmentat les necessitats psicosocials, amb un terç de la nostra mostra que requereix derivació a serveis de protecció infantil, i una de cada cinc té ingrés psiquiàtric mentre està embarassada (37). Es recomana un estret enllaç entre professionals de la salut durant l'embaràs i el període postnatal per a un tractament òptim de les dones embarassades d'alt risc (43). Les raons més freqüents que se sap que són responsables del no ús de la planificació familiar van incloure l'estigma, la por als efectes secundaris dels mètodes, els mites sobre la planificació familiar i els temors d'interacció entre medicaments i drogues. Els mètodes de barrera s'utilitzen amb menys freqüència entre les dones amb esquizofrènia i l'adhesió píndola anticonceptiva és menor que entre dones no afectades, especialment en el context d'un trastorn comòrbid d'ús de substàncies (40).

Les dones embarassades amb esquizofrènia tendeixen a consumir tòxics (alcohol i tabac), altres drogues, no fer un bon compliment obstètric-neonatal i parir per cesària.

Presenten riscos psicosocials com aïllament, alteració de la realitat, manca d'acceptació, abusos, tot plegat pot conduir a embarassos no desitjats <1any i afectar al neurodesenvolupament del nadó, així com a mantenir la seva custòdia. Les complicacions més freqüents són el risc d'herència, l'efecte teratogènic dels psicotròpics per al fetus i lactant, hospitalitzacions recurrents, compromentent la cura del nen i el vincle mare-fill.

El tracte humanitzat en l'atenció que exerceix la infermera davant les dones embarassades diagnosticades d'esquizofrènia, influeix en les vivències de les gestants. L'estigma al voltant de les malalties mentals, especialment l'esquizofrènia, és generalitzat, no només en la comunitat general, sinó també entre els professionals de la salut mental. A més, l'evidència infermera suggereix que la manca de coneixements, habilitats i formació respecte als trastorns de salut mental més problemes de càrrega de treball s'han associat amb actituds negatives. Una enquesta australiana recent va trobar que les característiques d'actitud estigmatitzant en professionals de la salut eren comparables a la comunitat general. Poc menys del 30% dels consumidors considerava que els professionals no se sentien còmodes parlant amb ells i més de la meitat (51%) es preocupava que la percepció dels professionals fos desfavorable. Tot i això, el 55% va informar que el seu professional de la salut era optimista per a la seva recuperació i va animar (59%) per al futur (36).

Els autors Y. Hauck, S. Allen, F. Ronchi et al., afirmen que la relació amb els professionals de la salut pot millorar el compliment del tractament per a pacients amb malalties mentals greus. Tanmateix comenten que l'augment de les possibilitats de les dones de veure el mateix cuidador en cada visita pot no millorar per si sol l'experiència general de l'atenció, però el temps dedicat a personalitzar cada trobada en l'atenció prenatal pot millorar l'acceptació amb la planificació de l'atenció. En general, es demostra que les dones embarassades que sentien que les seves cuidadores les coneixien i les recordaven eren més propenses a valorar altament les seves cures. Finalment, les dones que tenien continuïtat assistencial tenien més probabilitats de debatre sobre preocupacions

prenatals i postnats, assistir a classes d'educació dels pares, sentir-se preparades i recolzades durant el part i sentir-se preparades per a la cura dels fills. Les dones amb una malaltia mental greu, manifesten la necessitat d'una atenció complexa sota la direcció d'un equip multidisciplinari (43). De fet, l'Institut Nacional per a la Salut i l'Excel·lència Clínica (NICE) recomana una planificació acurada durant l'embaràs, el naixement i el període postnatal per a dones embarassades amb antecedents actuals o passats de malaltia mental greu. NICE suggereix centrar-se en el desenvolupament d'una relació de confiança amb la dona embarassada per part d'un equip amb qui se senti còmode. La confiança, l'elecció i l'empoderament també es reconeixen com a qüestions significatives en salut mental, amb una continuïtat assistencial reconeguda com a facilitadora de la confiança dels pacients (43).

Malgrat la percepció general negativa de la maternitat per part de les dones amb esquizofrènia, la majoria d'infermeres d'aquesta mostra donaven suport a la relació d'al·letament matern en aquesta població, almenys a nivell declaratiu. Existeixen diverses barreres per als professionals que aborden problemes de salut mental amb dones, moltes d'elles relacionades amb factors organitzatius, mentre que d'altres relacionades amb la manca d'habilitats en relació amb la salut mental en el període perinatal (38). Es va trobar que l'educació acadèmica, el sentiment negatiu envers les dones amb esquizofrènia i el coneixement sobre aquests grups de trastorns s'associaven significativament a la formació d'actituds infermeres. L'educació acadèmica va predir positivament les actituds de les infermeres, cosa que s'explica a través del contacte amb un conjunt més ampli de coneixements i un enfocament més basat en l'evidència de les cures d'infermeria (44).

Els autors R. Artzi-Medvedik, I. Chertok, Y. Romen destaquen que els sentiments negatius, com la por, contribueixen a actituds negatives. Es va trobar que les infermeres, que se senten amenaçades o incòmodes amb un pacient amb esquizofrènia, desenvolupen actituds negatives cap a qualsevol tema relacionat amb aquesta població. Les actituds de les infermeres poden estar influïdes per l'enfocament negatiu comú en la comunitat general, ja que els investigadors havien demostrat que el coneixement de les malalties mentals no era un predictor d'actituds positives entre el personal de l'hospital (44).

Segons R. De Oliveira, A. Furegato demostren que la infermera psiquiàtrica pot contribuir a la recuperació de la persona amb trastorn mental mitjançant la relació interpersonal. Mitjançant l'ús de tècniques interpersonals centrades en la persona,

la infermera valora el subjecte i les seves experiències, oferint-li l'oportunitat d'escoltar-se, reflexionar sobre les seves accions i identificar els recursos interns que té per afrontar les adversitats. El fet de ser reconeguda i valorada pel professional augmenta l'esperança i l'optimisme i contribueix a descobrir la seva identitat i el seu significat per a l'episodi de patiment. Un estudi australià va mostrar que els pacients psiquiàtrics desitjaven ser reconeguts com a persones i no com a conjunt de signes i símptomes. Valoren la proximitat de la infermera i l'establiment del diàleg i la confiança (34).

En l'estudi de R. De Oliveira, A. Furegato li dóna importància a la relació interpersonal centrada en la persona, ja que és contrària a les actituds paternalistes i autoritàries. Es destaca que algunes actituds que els pacients valoren en les infermeres i altres professionals de l'equip són el respecte, la calma, la paciència, la confiança, la compassió, la preocupació, la sensibilitat, l'empatia i l'humor, la sinceritat, la comprensió, l'honestedat, el diàleg i l'escolta i la mirada atenent (34).

Les infermeres que presten atenció a dones embarassades amb esquizofrènia i als seus nadons poden proporcionar actituds negatives sobre les habilitats parentals i influir en la capacitat de la infermera per reconèixer la gravetat de diferents trastorns psiquiàtrics i la individualitat de cada dona.

Els autors R. De Oliveira, A. Furegato destaquen que les hospitalitzacions psiquiàtriques, la convivència amb altres pacients, l'ús correcte de medicaments i l'atenció centrada en les seves necessitats són decisius perquè la pacient pugui conèixer els seus símptomes, acceptar el diagnòstic i esdevenir un participant actiu en el procés. Es va demostrar que l'educació, la socialització i l'adherència a la teràpia farmacològica, durant l'hospitalització psiquiàtrica, són recursos importants per al coneixement i acceptació de la malaltia. Un grup d'investigadors nord-americans que va desenvolupar un model perquè les infermeres psiquiàtriques poguessin dirigir-se a aquells pacients que presentaven al·lucinacions auditives. Algunes estratègies recomanades per a l'autocontrol de les al·lucinacions van ser: ignorar les veus; conversar amb altres persones; escoltar música; mirar la televisió; controlar l'ansietat; mantenir-se ocupat ajudant altres persones; prendre medicaments correctament i evitar l'ús d'alcohol i altres drogues.

R. De Oliveira, A. Furegato afirmen que les al·lucinacions auditives són produïdes per la persona esquizofrènica com un intent d'emascarar situacions o afeccions que li causen patiment. Comenten que el seu contingut està estretament relacionat amb les necessitats pròpies de la persona, que una persona que se senti sola pot desenvolupar al·lucinacions per superar el sentiment de solitud (companyia). En l'estudi es plasma que mitjançant aquest procés interactiu, la infermera pot ajudar a controlar les al·lucinacions de la persona esquizofrènica, que la relació amb persones reals redueix el patiment psíquic i la necessitat de distorsionar la realitat. Es destaca el procés de recuperació dels trastorns mentals crònics com la cerca de la mateixa identitat i el sentit de la vida. Un indicador important de la progressió d'aquest procés el defineix en el moment en què la persona esquizofrènica assumeix la responsabilitat de la vida d'algú, deixant de centrar-se només en el trastorn i els seus símptomes. Segons Joyce Travelbee, un important pioner de la relació interpersonal infermera-pacient, tres postures caracteritzen el procés de salut mental / recuperació de les persones: 1) estimar-se a si mateix i a les altres persones; 2) enfrontar-se a la realitat i 3) trobar una raó / propòsit per viure (34).

En aquest sentit els professionals d'infermeria és imprescindible que compleixin un dels objectius del control prenatal, identificant els signes d'alerta associats a l'esquizofrènia, amb la finalitat d'intervenir per oferir una atenció oportuna i de qualitat. Les cures d'infermeria estan orientades a disminuir aquestes complicacions maternes i fetals, proporcionant una seguretat al pacient amb el control intrahospitalari i seguiment ambulatori de les embarassades amb esquizofrènia, potenciant la vigilància, l'educació per a la salut per a elles i el seu entorn, i les recomanacions a l'alta. Una de les funcions principals d'infermeria, ha de concedir un acompanyament integral amb una atenció sanitària accessible i resolutiva donant resposta a aquelles necessitats d'atenció per a les mares i família que es troben en aquesta situació.

La relació interpersonal és una eina terapèutica que la infermera pot utilitzar per atendre persones amb esquizofrènia. Mitjançant les tècniques interpersonals, s'anima el subjecte a reflexionar sobre el seu context, experimentant la seva malaltia de la manera més sana possible.

Limitacions de l'estudi i línies d'investigació futures

Cal ressaltar la manca d'investigacions sobre l'embaràs i maternitat en dones amb esquizofrènia. A l'inici del treball es va definir el criteri temporal d'inclusió d'articles dels darrers 6 anys, però amb les escasses publicacions per poder realitzar l'estudi, es va haver d'ampliar el període fins als darrers 10 anys.

Per altra banda no s'ha trobat cap article que abordi específicament el tracte humanitzat a les dones embarassades amb esquizofrènia i les seves vivències. Tot i això, s'ha pogut extraure informació d'alguns articles que en feien menció indirecta.

Hi ha altres aspectes que poden estar relacionats o poden interferir amb les gestants que presenten esquizofrènia o problemes de salut mental, com el tractament, altres patologies psiquiàtriques, entorn familiar, nivell socio-econòmic, entre altres, que no han estat objecte d'aquesta revisió sistemàtica.

Quant a la qualitat de l'evidència dels estudis seleccionats segons *JBI Critical Appraisal* sobre l'atenció d'infermeria obstètrica i prenatal en dones embarassades amb esquizofrènia, era limitada. La majoria d'estudis van utilitzar un estudi qualitatiu. Les mides de les mostres van oscil·lar entre 1 i 423, la manca d'informació sobre algunes variables importants i una mostra petita va ser una limitació en alguns estudis (34,37,39,42,44).

Línies d'investigació futures: Es proposa realitzar noves investigacions més centrades sobre les vivències de les dones embarassades amb diagnòstic d'esquizofrènia i de les seves parelles. Destaca una manca estudis d'intervenció que incorporin la humanització del procés d'atenció. Es manifesta la necessitat d'incloure l'avaluació psiquiàtrica durant el procés peri i neonatal. La investigació demana la cerca amb altres professionals de la salut en futures investigacions.

9. CONCLUSIONS

Els resultats assenyalen diversos factors a tenir en compte en relació amb l'atenció d'infermeria obstètrica i prenatal integral en dones embarassades amb esquizofrènia, per això s'identifiquen diferents necessitats:

- Les llevadores i infermeres van revelar dilemes ètics i preocupacions com la influència que tenen a l'hora d'atendre dones postpart amb esquizofrènia, perquè la manca de coneixements i habilitats en salut mental comporta molèsties i ansietat a l'hora d'atendre aquest col·lectiu. Coincideixen en la necessitat formativa envers l'abordatge de les gestants amb esquizofrènia, tot i que confirmen l'acord que el seu paper inclou l'avaluació de la salut mental de les dones a càrrec seu i és fàcil detectar-ho.
- Es presenta la necessitat de seguir treballant en un canvi d'estigma prevalent entre les infermeres i llevadores respecte a les dones embarassades amb esquizofrènia. Aquestes professionals poden tenir problemes per proporcionar intervencions rutinàries a causa de les preocupacions sobre les insuficients habilitats parenterals en aquest col·lectiu de gestants. Aquesta influència pot provocar unes actituds incorrectes paternalistes a la infermera i repercutir negativament en la mare i nen. Per garantir que les dones rebin l'atenció adequada en la salut mental, s'ha d'oferir una correcta avaluació i derivació als serveis adequats. Les infermeres que presten atenció a dones embarassades amb esquizofrènia i als seus nadons poden proporcionar actituds negatives sobre les habilitats parentals i influir en la capacitat de la infermera per reconèixer la gravetat de diferents trastorns psiquiàtrics i la individualitat de cada dona.
- La majoria de les dones amb malaltia mental greu, inclosa l'esquizofrènia no utilitzen mètodes anticonceptius, ja que presenten una baixa consciència d'aquests mètodes, per això s'hauria de reforçar l'educació sanitària. L'atenció a la planificació familiar és una de les obligacions de les infermeres, ja que les dones embarassades amb esquizofrènia tendeixen a consumir tòxics (alcohol i tabac), altres drogues, no fer un bon compliment obstètric-neonatal i parir per cesària. Essent fonamental establir confiança si la dona amb esquizofrènia i els seus familiars han d'estar oberts a rebre informació sobre les complicacions, riscos i possibilitats d'un embaràs durant el curs del trastorn mental. Les complicacions més freqüents són el risc d'herència, l'efecte teratogènic dels

psicotròpics per al fetus i per al lactant, hospitalitzacions recurrents, que comprometen la cura del nen i el vincle mare-fill i obstaculitza el desenvolupament de les capacitats del nen per fer front a les adversitats i situacions estressants. Aquestes dones embarassades amb esquizofrènia presenten riscos psicosocials com aïllament, alteració de la realitat, manca d'acceptació, abusos, tot plegat pot conduir a embarassos no desitjats <1any i afectar al neurodesenvolupament del nadó, així com a mantenir la seva custodia. S'ha d'oferir una atenció basada en l'orientació i aclariments, en la planificació familiar, l'opció per concebre pot ser una decisió més conscient.

- Les dones embarassades amb esquizofrènia que realitzen un seguiment multidisciplinari i segueixen les recomanacions dels professionals de la salut sobre el seu embaràs es va demostrar que van tenir experiències positives i satisfactòria durant la gestació. La creació de relacions, el reconeixement de les necessitats especials i l'atenció amb respecte i comprensió augmentaven el benestar del procés en aquestes dones vulnerables. Mitjançant les tècniques interpersonals, s'anima a les gestants a reflexionar sobre el seu context, experimentant la seva malaltia de la manera més sana possible.

La infermeria hauria de proporcionar una atenció individualitzada i personalitzada que permeti a les dones amb esquizofrènia complir el seu desig de ser mares dins les seves possibilitats. Per això és essencial que totes les llevadores tinguin coneixements i habilitats adequades en salut mental i, per tant, puguin avaluar el benestar de les dones, inclosa la seva salut mental i, si cal, amb confiança, fer una derivació adequada. D'aquesta manera, l'atenció perinatal a aquest col·lectiu, es pot oferir amb un enfocament realment holístic, col·laboratiu i centrat en les dones.

"Com infermeres tenim l'oportunitat de curar el cor, l'ànima i el cos dels pacients, de les seves famílies i les nostres. No recordaran el teu nom, però si recordaran el que vas fer per ells. "
(Maya Angelou)

10. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Organización Mundial de la Salud. esquizofrènia [Internet]. 2019 [citat 28 novembre 2020]. Disponible a: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
2. Bequis Lacera, María De el Cramen; García Ortiz, María Camila; Zapata Supelano D. Cuidados de Enfermería en Pacientes Gestante | Psiquiatria.com. 2018 [citat 30 novembre 2020]; Disponible a: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/cuidados-de-enfermeria-en-pacientes-gestantes-diagnosticadas-con-esquizofrenia-una-revision-integrativa-de-la-literatura/>
3. Women 's Health & Education Center. El Centre per a la Salut i l'Educació de les Dones - Trastorns mèdics durant l'embaràs - Trastorns psiquiàtrics durant l'embaràs [Internet]. 2012 [citat 10 desembre 2020]. Disponible a: <http://www.womenshealthsection.com/content/obsmdsp/obsmdsp017.php3>
4. Seeman M V. Clinical interventions for women with schizophrenia: pregnancy. Acta Psychiatr Scand [Internet]. 1 gener 2013 [citat 28 novembre 2020];127(1):12-22. Disponible a: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1600-0447.2012.01897.x>
5. Seeman M V. Intervention to Prevent Child Custody Loss in Mothers with Schizophrenia. Schizophr Res Treatment [Internet]. 2012 [citat 7 desembre 2020];2012:1-6. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3420381/>
6. Auerbach JG, Hans SL, Marcus J, Maeir S. Maternal psychotropic medication and neonatal behavior. Neurotoxicol Teratol [Internet]. 1 novembre 1992 [citat 7 desembre 2020];14(6):399-406. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/089203629290050K?via%3Dihub>
7. Muñoz-Alba E. Revisión bibliográfica sobre la atención a mujeres con un trastorno de esquizofrenia durante la etapa perinatal Bibliographical review of care for women with schizophrenia at the perinatal stage [Internet]. Vol. 16, Matronas Prof. 2015 [citat 28 novembre 2020]. Disponible a: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revision-bibliografica-esquizofrenia.pdf>

8. Taylor CL, Munk-Olsen T, Howard LM, Vigod SN. Schizophrenia around the time of pregnancy: leveraging population-based health data and electronic health record data to fill knowledge gaps. 2020 [citat 28 novembre 2020]; Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7488329/>
9. Rega GL, Birriel Y, Caraballo|revista K, López G, Médica R, Profesora P, et al. Embarazo en pacientes con esquizofrenia [Internet]. Vol. 80, Rev Psiquiatr Urug. 2016 [citat 28 novembre 2020]. Disponible a: http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2016/09/02_TO.pdf
10. Galiana Roch JL. Enfermería Psiquiátrica [Internet]. Barcelona: Elsevier; 2016 [citat 30 novembre 2020]. 113-114 p. Disponible a: <https://www-elsevierelibrary-es.sabidi.urv.cat/pdfreader/enfermera-psiquitrica>
11. Rebolledo S, María M, Lobato Rodríguez J, Arroyo MB, Roca Bennasar M. Cómo afrontar la esquizofrenia Una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas Sociedad Española de Psiquiatría Avalado por: Cómo afrontar la esquizofrenia [Internet]. [citat 7 desembre 2020]. Disponible a: <https://consaludmental.org/publicaciones/Comoafrontaresquizofrenia.pdf>
12. Megías-Lizancos, Francisco; Serrano Parra MD. Enfermería en psiquiatría y salud mental I [Internet]. DAE (Grupo Paradigma); 2018 [citat 30 novembre 2020]. Disponible a: <https://ebooks-enfermeria21-com.sabidi.urv.cat/ebooks/-html5-dev/623/179/#zoom=z>
13. Martínez Araujo, Zahiry; Estrella Yannarella W. Tres mirades, una aposta: aproximacions teòriques a l'esquizofrènia. Rev Mal Estar i Subjetivade [Internet]. 2010 [citat 11 desembre 2020];10. Disponible a: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482010000200002
14. Jesús Mardomingo Sanz M. Protocolos de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil [Internet]. 2008 [citat 9 desembre 2020]. Disponible a: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/esquizofrenia.pdf>
15. Servicio De Salud Murciano. Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia [Internet]. Murcia; 2009 [citat 28 novembre 2020]. Disponible a: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf

16. Ministerio de Salud. Guía Clínica. Para el Tratamiento de Personas desde Primer Episodio de Esquizofrenia [Internet]. 2009 [citad 28 novembre 2020]. Disponible a: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Esquizofrenia.pdf>
17. Llorente Ruiz, Gema Susana ; García Rdríguez, Dolores; Balaguer Orellana MM. CONOCER LA DEPRESION Y LA PSICOSIS EN [Internet]. 2018 [citad 10 desembre 2020]. Disponible a: <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/3-3-2017-4-pon2.pdf>
18. Vigod S, Kurdyak P, Dennis C, Gruneir A, Newman A, Seeman M, et al. Maternal and newborn outcomes among women with schizophrenia: a retrospective population-based cohort study. BJOG An Int J Obstet Gynaecol [Internet]. 1 abril 2014 [citad 7 desembre 2020];121(5):566-74. Disponible a: <http://doi.wiley.com/10.1111/1471-0528.12567>
19. Thara R, Kamath S. Women and schizophrenia [Internet]. Vol. 57, Indian Journal of Psychiatry. Medknow Publications; 2015 [citad 9 desembre 2020]. p. 246-51. Disponible a: <https://www.indianjpsychiatry.org/article.asp?issn=0019-5545;year=2015;volume=57;issue=6;spage=246;epage=251;aulast=Thara>
20. Martín Maldonado-Durán J. SALUD MENTAL PERINATAL [Internet]. OMS; 2011 [citad 9 desembre 2020]. Disponible a: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. unicef. NIÑOS Y VIOLENCIA [Internet]. [citad 11 desembre 2020]. Disponible a: <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/digest2s.pdf>
22. MCCAULEY-ELSOM K, GURVICH C, ELSOM SJ, KULKARNI J. Antipsychotics in pregnancy. J Psychiatr Ment Health Nurs [Internet]. 1 març 2010 [citad 28 novembre 2020];17(2):97-104. Disponible a: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2850.2009.01481.x>
23. Guillén JMB, Company ES. Uso de antipsicóticos durante el embarazo y la lactancia [Internet]. Vol. 2, Revista de Psiquiatria y Salud Mental. Elsevier; 2009 [citad 10 desembre 2020]. p. 138-45. Disponible a: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-articulo-uso-antipsicoticos-durante-el-embarazo-13141292>
24. Chien WT, Leung SF, Yeung FKK, Wong WK. Current approaches to

- treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: Psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care [Internet]. Vol. 9, Neuropsychiatric Disease and Treatment. Dove Press; 2013 [citat 7 desembre 2020]. p. 1463-81. Disponible a: [/pmc/articles/PMC3792827/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24811111/)
25. Jones I, Chandra PS, Dazzan P, Howard LM. Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. Vol. 384, The Lancet. Lancet Publishing Group; 2014. p. 1789-99.
 26. Heun-Johnson H, Seabury SA, Menchine M, Claudius I, Axeen S, Lakshmanan A. Association between maternal serious mental illness and adverse birth outcomes. J Perinatol. 1 maig 2019;39(5):737-45.
 27. Simoila L, Isometsä E, Gissler M, Suvisaari J, Halmesmäki E, Lindberg N. Schizophrenia and pregnancy: a national register-based follow-up study among Finnish women born between 1965 and 1980. Arch Womens Ment Health [Internet]. 1 febrer 2020 [citat 7 desembre 2020];23(1):91-100. Disponible a: <https://doi.org/10.1007/s00737-019-0948-0>
 28. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. J Clin Epidemiol. 29 març 2021;
 29. Llorca Cabrera, Jael; Ferre Grau C. Effectiveness of health web-based and mobile app-based interventions designed to improve informal caregiver's well-being and quality of life: A systematic review [Internet]. 2019 [citat 15 febrer 2021]. Disponible a: [https://www.sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S1386505619305258?via%3Dihub](https://www.sciencedirect.com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S1386505619305258?via%3Dihub)
 30. Búsqueda básica - MEDLINE® - ProQuest [Internet]. [citat 21 gener 2021]. Disponible a: <https://search-proquest-com.sabidi.urv.cat/medline/index>
 31. Scopus - Document search [Internet]. [citat 21 gener 2021]. Disponible a: [https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/search/form.uri?display=basic&zone=header&origin=resultslist#basic](https://www.scopus-com.sabidi.urv.cat/search/form.uri?display=basic&zone=header&origin=resultslist#basic)
 32. Web of Science [v.5.35] - Colección principal de Web of Science Búsqueda básica [Internet]. [citat 21 gener 2021]. Disponible a: http://apps.webofknowledge.com.sabidi.urv.cat/WOS_GeneralSearch_input.do?sessionId=72929FD79CB5EC16E22606861A1A6EEE?product=WOS&s

- earch_mode=GeneralSearch&SID=5DLhGC4Zle1MUYJfMfO&preferencesSaved=
33. PubMed [Internet]. [citat 21 gener 2021]. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.sabidi.urv.cat/>
 34. de Oliveira RM, Furegato ARF. Interpersonal nurse-patient relationship with a young schizophrenic pregnant woman. *Interpersona* [Internet]. 2016 [citat 28 novembre 2020];10(2):136-48. Disponible a: <https://interpersona.psychopen.eu/index.php/interpersona/article/view/3497/html>
 35. Judd F, Komiti A, Sheehan P, Newman L, Castle D, Everall I. Adverse obstetric and neonatal outcomes in women with severe mental illness: To what extent can they be prevented? *Schizophr Res* [Internet]. 1 agost 2014 [citat 28 novembre 2020];157(1-3):305-9. Disponible a: <https://www-sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S0920996414002825?via%3Dihub>
 36. Hauck YL, Kelly G, Dragovic M, Butt J, Whittaker P, Badcock JC. Australian midwives knowledge, attitude and perceived learning needs around perinatal mental health. *Midwifery* [Internet]. 1 gener 2015 [citat 18 gener 2021];31(1):247-55. Disponible a: <https://www-sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S0266613814002289?via%3Dihub>
 37. Frayne J, Nguyen T, Allen S, Hauck Y, Liira H, Vickery A. Obstetric outcomes for women with severe mental illness: 10 years of experience in a tertiary multidisciplinary antenatal clinic. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 1 octubre 2019 [citat 18 gener 2021];300(4):889-96. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31410569/>
 38. Sakellari E, Iliadou M, Pikouli K, Konstantakopoulos G. Health professionals' attitudes towards breastfeeding among women with schizophrenia: Greek version of a specific rating scale [Internet]. 2020 [citat 18 gener 2021]. Disponible a: <https://www.psychiatriki-journal.gr/documents/psychiatry/31.2-EN-2020-151.pdf>
 39. Gupta R, Brown HK, Barker LC, Dennis CL, Vigod SN. Rapid repeat pregnancy in women with schizophrenia. *Schizophr Res* [Internet]. 1 octubre 2019 [citat 28 novembre 2020];212:86-91. Disponible a: <https://www-sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S0920996419300001?via%3Dihub>

- com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S0920996419303482?via%3Dihub
40. Zerihun T, Bekele D, Birhanu E, Worku Y, Deyesa N, Tesfaye M. Family planning awareness, utilization and associated factors among women of reproductive age attending psychiatric outpatient care, a cross- sectional study, Addis Ababa, Ethiopia. PLoS One [Internet]. 1 setembre 2020 [citat 20 gener 2021];15(9 september). Disponible a: [/pmc/articles/PMC7473540/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3473540/)
 41. Özcan NK, Boyacıoğlu NE, Enginkaya S, Dinç H, Bilgin H. Reproductive health in women with serious mental illnesses. J Clin Nurs [Internet]. 1 maig 2014 [citat 20 gener 2021];23(9-10):1283-91. Disponible a: <https://onlinelibrary-wiley-com.sabidi.urv.cat/doi/full/10.1111/jocn.12332>
 42. Ordan R, Shor R, Liebergall-Wischitzer M, Noble L, Noble A. Nurses' professional stigma and attitudes towards postpartum women with severe mental illness. J Clin Nurs [Internet]. 1 abril 2018 [citat 28 novembre 2020];27(7-8):1543-51. Disponible a: <https://onlinelibrary-wiley-com.sabidi.urv.cat/doi/full/10.1111/jocn.14179>
 43. Hauck Y, Allen S, Ronchi F, Faulkner D, Frayne J, Nguyen T. Pregnancy Experiences of Western Australian Women Attending a Specialist Childbirth and Mental Illness Antenatal Clinic. Health Care Women Int [Internet]. maig 2013 [citat 20 gener 2021];34(5):380-94. Disponible a: <https://www-tandfonline-com.sabidi.urv.cat/doi/full/10.1080/07399332.2012.736577>
 44. ARTZI-MEDVEDIK R, CHERTOK IRA, ROMEM Y. Nurses' attitudes towards breastfeeding among women with schizophrenia in southern Israel. J Psychiatr Ment Health Nurs [Internet]. 1 octubre 2012 [citat 20 gener 2021];19(8):702-8. Disponible a: <https://onlinelibrary-wiley-com.sabidi.urv.cat/doi/full/10.1111/j.1365-2850.2011.01846.x?sid=worldcat.org>
 45. MCCAULEY K, ELSOM S, MUIR-COCHRANE E, LYNEHAM J. Midwives and assessment of perinatal mental health. J Psychiatr Ment Health Nurs [Internet]. 1 novembre 2011 [citat 20 gener 2021];18(9):786-95. Disponible a: <https://onlinelibrary-wiley-com.sabidi.urv.cat/doi/full/10.1111/j.1365-2850.2011.01727.x?sid=worldcat.org>
 46. The Joanna Briggs Institute. Checklist for Analytical Cross Sectional Studies Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies 2

- [Internet]. 2017 [citat 18 febrer 2021]. Disponible a:
<http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>www.joannabriggs.org
47. The Joanna Briggs Institute. Checklist for Cohort Studies [Internet]. 2017 [citat 18 febrer 2021]. Disponible a: <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>www.joannabriggs.org
48. The Joanna Briggs Institute. Checklist for Qualitative Research [Internet]. 2017 [citat 18 febrer 2021]. Disponible a:
https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Qualitative_Research2017_0.pdf