

**Pau Ardila Millán**  
**Hanan Douar Boukerrouni**

**EL ROL D'INFERMERIA EN L'ATENCIÓ A DONES AMB PROBLEMES DE  
SALUT MENTAL PERINATAL**

**TREBALL DE FI DE GRAU**

**Dirigit per la Dra. Judit Vives Espelta**

**Infermeria**



**UNIVERSITAT  
ROVIRA i VIRGILI**  
**Facultat d'Infermeria**

**Seu Baix Penedès**



## AGRAÏMENTS

*Gràcies a la nostra tutora, Judit Vives Espelta, per la seva dedicació a guiar-nos i donar-nos suport des del principi. Li desitgem molta sort en aquesta nova etapa com a Doctora. Agraïm també a tots els docents que ens han acompanyat en la nostra formació aquests anys que ens han aportat noves idees que mai oblidarem.*

*Volia agrair al meu germà, al Marc, per haver-me fet de suport des de sempre. A més, donar gràcies als meus pares, amics i companys que han estat aquests anys acompanyant-me en aquest viatge.*

*“El primer profesor de un hijo es su madre”*

*Pau Ardila*

*A la meva família i amics per la seva paciència i suport tots aquests anys.  
A les infermeres i infermers per ensenyar-me a saber cuidar i confiar en mi.*

*Hanan Douar*

## ÍNDEX

Índex de taules .....	5
Índex d'il·lustracions .....	5
Resum .....	6
Abstract .....	7
1. Introducció .....	8
2. Objectius.....	9
3. Marc teòric.....	10
3.1 Etapa perinatal .....	10
3.2 Salut mental perinatal.....	10
3.3 Trastorns del vincle .....	13
3.4 Trastorns d'ansietat .....	13
3.5 Trastorn per estrès post-traumàtic.....	14
3.6 Trastorn obsessiu-compulsiu .....	15
3.7 Depressió perinatal .....	15
3.7.1 Depressió prenatal .....	16
3.7.2 Tristesa postpart ('Maternity blues') .....	17
3.7.3 Depressió postpart .....	17
3.8 Psicosi puerperal.....	19
3.9 El paper d'infermeria .....	21
3.9.1 Prevenció .....	22
3.9.2 Detecció .....	23
3.9.3 Tractament farmacològic .....	24
3.9.4 Tractament no farmacològic .....	25
3.9.5 Unitat mare-nadó.....	26
3.9.6 Teoria de les transicions .....	26
4. Metodologia .....	28
5. Resultats.....	31
6. Discussió .....	39
6.1 El rol de la infermera en l'atenció a la salut mental perinatal .....	39
6.2 Les intervencions en l'atenció a la salut mental perinatal .....	43
6.3 Els recursos i circuits en l'abordatge de la salut mental perinatal .....	46
6.4 Els estigmes sobre els problemes de salut mental perinatal.....	46
7. Conclusions .....	48

8. Limitacions.....	50
9. Cronograma.....	51
10. Bibliografia .....	52

## **Índex de taules**

Taula 1. Principals dominis de la teoria de les transicions.....	27
Taula 2. Pregunta d'investigació.....	28
Taula 3. Descriptors utilitzats en les estratègies de recerca .....	28
Taula 4. Estratègies de recerca.....	29
Taula 5. Resultats dels articles inclosos en la revisió .....	38
Taula 6. Cronograma .....	51

## **Índex d'il·lustracions**

Il·lustració 1. Diagrama de flux PRISMA .....	30
---	----

## RESUM

**Introducció:** La salut mental perinatal comprèn des del benestar emocional, psicològic i social de la persona durant l'embaràs i el primer any post-part. Les funcions d'infermeria en aquest àmbit consisteixen principalment en prevenir, detectar i abordar els problemes de salut mental perinatal. Una de cada 5 dones pateix un trastorn mental perinatal, i per tant, és clau el desenvolupament del rol d'infermeria.

**Objectius:** L'objectiu principal és conèixer el rol d'infermeria en l'atenció a les dones amb problemes de salut mental perinatal en l'àmbit hospitalari i comunitari. Descriure les intervencions d'infermeria en dones amb problemes de salut mental perinatal. Identificar els recursos i circuits disponibles pels professionals d'infermeria per l'abordatge dels problemes de salut mental perinatal. Explorar els estigmes vers els problemes de salut mental perinatal en període perinatal dels professionals sanitaris.

**Metodologia:** Revisió bibliogràfica integrativa. S'ha realitzat una cerca a les bases de dades PubMed, CINAHL, y PsycInfo entre desembre de 2024 i març de 2025.

**Resultats:** Es van seleccionar i analitzar 16 articles que complien els criteris d'inclusió.

**Conclusió :** El rol d'infermeria és fonamental en l'atenció a les dones amb problemes de salut mental perinatal, tot i estar encara en desenvolupament, ja que proporciona una atenció de qualitat que impacta positivament en la detecció, assessorament i tractament. Es tracta d'una figura que pot actuar de manera autònoma i liderar tant a nivell hospitalari com comunitari.

**Paraules clau:** atenció d'infermeria, atenció perinatal, salut mental perinatal, trastorn mental, estigma social.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Perinatal mental health includes the emotional, psychological and social well-being of the person during pregnancy and the first year postpartum. The nurse's role in this area consists mainly of preventing, detecting and treat perinatal mental health problems. One in 5 women suffers from perinatal mental disorder, and therefore, the development of the nursing role is key.

**Objectives:** The main aim is to understand the role of nursing in the care of women with perinatal mental health problems in the hospital and community setting.

**Methodology:** Integrative bibliographic review. A search was carried out in the PubMed, CINAHL, and PsycInfo databases between December 2024 and March 2025.

**Results:** 16 articles which met the inclusion criteria were selected and analysed.

**Conclusion:** The role of nursing is fundamental in the care of women with perinatal mental health problems, despite being still in development, as it provides quality care that has a positive impact on detection, counselling and treatment. It is a figure that can act autonomously and lead both at the hospital and community level.

**Key words:** nursing care, perinatal care, perinatal mental health, mental disorders, social stigma.

## 1. Introducció

La salut mental perinatal comprèn des del benestar emocional, psicològic i social de la persona durant l'embaràs i el primer any post-part. Dins d'aquest període, es poden produir canvis hormonals, físics i psicològics, que poden influir en la salut mental de la persona. Els trastorns mentals perinatals poden ubicar-se des de la depressió postpart, ansietat perinatal, psicosi postpart, entre altres trastorns mentals perinatals. És així que aquests trastorns poden tenir conseqüències importants en la mare, el nadó i per l'entorn familiar (1,2).

La funció de la infermera haurà de ser, entre altres, abordar i prevenir situacions de risc de patir i desenvolupar trastorns de salut mental perinatals. Per això, la infermera fa una funció clau per fer promoció de la salut mental, donar suport a les persones que ho pateixen i fer una detecció precoç a partir de les cures d'infermeria, facilitant l'accés i l'acompanyament en aquest període (3).

A nivell estadístic, es contempla que al voltant d'una de cada cinc dones en el món experimenten problemes de salut mental durant aquest període perinatal. Pel que consta a l'Organització Mundial de la Salut (OMS), parlem de un problema que inclou i exposa que una de cada deu dones en països d'altos ingressos el pateixen. Hi ha disponibles diverses guies relacionades amb els problemes de salut mental perinatals, on la seva intenció es poder abordar els diferents problemes i trobar-hi un abordatge comú en un consens (en el cas d'Espanya, l'OMS) (4,5).

Aquest estudi té com a objectiu poder analitzar aquest paper de la infermera com a rol de detecció precoç, suport emocional i implementar intervencions que garanteixin una atenció integral d'aquests pacients. En el cas d'aquesta recerca, es centra en les intervencions d'infermeria, incloent tots els recursos que disposa un infermer, l'exploració dels estigmes associats als trastorns en l'àmbit sanitari i social a partir d'un anàlisi de la literatura disponible.

Es posa en relleu, per tant, l'abordatge del rol d'infermeria en els problemes de salut mental perinatals, amb un abordatge i detecció claus per el bon desenvolupament de la professió. Per això desenvolupem aquest estudi a partir de la pregunta d'investigació: Quin és el rol d'infermeria en l'estat de salut en dones amb problemes de salut mental en període perinatal?

## **2. Objectius**

- Objectiu general:
  - Conèixer el rol d'infermeria en l'atenció a les dones amb problemes de salut mental perinatal en l'àmbit hospitalari i comunitari.
- Objectius específics:
  - Descriure les intervencions d'infermeria en dones amb problemes de salut mental perinatal.
  - Identificar els recursos i circuits disponibles pels professionals d'infermeria per l'abordatge dels problemes de salut mental perinatal.
  - Explorar els estigmes vers els problemes de salut mental perinatal dels professionals sanitaris.

### **3. Marc teòric**

#### **3.1 Etapa perinatal**

El període perinatal està constituït per l'embaràs, el part i el postpart. Tot i que està clar que aquestes tres processos fisiològics en formen part, diferents autors difereixen en l'inici i conclusió d'aquesta etapa. Segons *l'Organització Mundial de la Salut*, comença a les vint-i-dues setmanes de gestació, i acaba al setè dia després del part. La definició que dona la *Classificació de malalties* (o CIM-11) concorda amb la de l'OMS. Segons el diccionari *Taber*, inicia en la setmana vint-i-vuit i acaba vint-i-vuit dies del naixement. Altres fonts, com la *National Institute for Health and Care Excellence*, ho allarguen fins un any postpart. (6,7,8,9)

Es tracta, doncs, d'una etapa del cicle vital on la dona presenta una gran vulnerabilitat pels canvis a nivell físic, emocional i mental. Quan un o diversos factors es veuen compromesos, es desencadena una crisi de tipus madurativa o bé situacional. Durant aquestes crisis es produeixen canvis en la percepció de la situació, les relacions interpersonals i autoconcepte. (1,2)

Fisiològicament, es produeixen alteracions que acostumen a desaparèixer després de la gestació. Aquests canvis poden ser observables per la persona (augment de pes, pol·laciúria, hiperpigmentació...), pel professional en l'exploració física (augment de freqüència cardíaca, disminució de la tensió arterial, augment del cabal cardíac...), i observats en proves diagnòstiques o de cribratge (per exemple: analítiques, exàmens d'orina). En quant als canvis psicològics, les fluctuacions hormonals produeixen un augment en la sensibilitat de la dona que, conjuntament amb els neguits per l'embaràs, fan que sigui més susceptible a l'ansietat o a canvis de l'estat d'ànim. (1)

#### **3.2 Salut mental perinatal**

La *Organització Mundial de la Salut* (OMS) va definir el concepte salut l'any 1948 com un estat complet de benestar físic, psíquic i social. És a dir, la salut no és només l'absència de la malaltia, o discapacitat física, sinó tot un conjunt d'aspectes psicosocials i físics que donen a lloc una estabilitat, i per tant el correcte funcionament d'una persona. (2,10)

Segons l'OMS, una de cada vuit persones al món pateix un trastorn mental (11). Això implica un impacte o variació en el pensament, comportament o capacitat de regular emocions. Existeixen uns factors socials (família, comunitat, exposició a

situacions adverses), biològics, psicològics i emocionals que intervenen en el desenvolupament d'aquests trastorns. (7,8)

La morbiditat psíquica es tracta d'un dels problemes de salut més incapacitants en la gestació i postpart. Durant l'etapa perinatal, hi ha una sèrie de canvis fisiològics, hormonals, cognitius i socials els quals la dona s'ha d'adaptar i que poden desencadenar un problema de salut mental. Contràriament al que es creia durant anys en la comunitat científica, la maternitat no és un factor protector contra els problemes de salut mental que pugui tenir la dona durant el procés. A més a més, el conjunt de símptomes relacionats amb aquests problemes de caràcter psíquic s'han tractat com irrelevants al considerar-ho inherent al període perinatal, impeding un correcte diagnòstic i tractament per la dona. És per això que en anys recents s'ha destacat la importància de millorar les intervencions per detectar, prevenir i tractar aquesta problemàtica de manera que es pugui millorar la qualitat de vida de les dones afectades. (3)

Els problemes de salut mental comprenen una diversitat d'estats, situacions o condicions on la persona pot presentar malestar per una afectació en l'estat mental (exemple: dol). En canvi, els trastorns mentals es tracten de situacions específiques que afecten significativament en la funcionalitat psicobiològica de la persona, i que es solen identificar mitjançant uns criteris concrets i clínica específica (exemple: trastorn d'ansietat). (3,4,11)

Respecte els trastorns mentals perinatals (TMP), no hi ha cap codi específic per identificar-los en cap classificació existent. Es reconeixen com els trastorns psiquiàtrics que es desencadenen durant l'embaràs i fins un any postpart. En 1994 va aparèixer per primer cop en el DSM-IV una menció als trastorns mentals postpart, i més endavant van fer aparició en el CIE-10. Tot i que en el DSM-III es va fer menció en l'apartat '*trastorns psicòtics no especificats*'. També es preveu que en el futur s'inclogui codis específics que puguin permetre la seva documentació i sigui utilitzat en la investigació. (3)

D'acord amb l'OMS, es contempla que al voltant d'una de cada cinc dones en el món experimenten problemes de salut mental durant aquest període. Entre aquestes persones, entorn a un 20% tindrà pensaments suïcides o cometrà autolesions. D'acord amb el Consell Oficial de la Psicologia de Madrid, s'estima que la prevalença de la depressió perinatal sigui del 15% a Espanya en el primer any del postpart. S'estima també que a Espanya un 18,1% ha presentat TMP no psicòtics. A més, es considera que, globalment, en els tres primers mesos és quan existeix un major risc de TMP. I durant el primer mes és quan succeeixen més ingressos psiquiàtrics. Aquesta alta

prevalença ha fet que en les últimes dècades hagués més ímpetu en detectar i tractar els problemes de salut perinatals. (3,4,12,13)

Els TMP són associats a un major nombre de complicacions durant la gestació, el part, el desenvolupament neonatal i el vincle matern-filial. Per la qual cosa, una correcta detecció i tractament és fonamental tant en l'embaràs com durant el postpart. Tanmateix, la dona requereix en aquests casos d'atenció per part d'unitats obstètriques, neonatals i psiquiàtriques. Hi ha un seguit de factors de risc que poden influir en el desenvolupament de qualsevol TMP:

- Antecedents personals i/o familiars: problemes psiquiàtrics previs, familiars amb antecedents de trastorns psiquiàtrics.
- Factor biològic: alteracions hormonals (progesterona, oxitocina, cortisol, hormona estimulant de la tiroide...), condicions mèdiques (per exemple: obesitat), mala nutrició, dèficits nutricionals (per exemple: àcid fòlic, vitamina D) etc.
- Factors ambientals: exposició a contaminació atmosfèrica, fumador passiu.
- Factors psicològics: trets de personalitat (vulnerable, ansiosa, perfeccionista...), situacions adverses durant la vida (durant la infància, parts anteriors difícil...), situacions estressants (embaràs no planificat, complicacions en la gestació, violència obstètrica...), canvis vitals transcendents (transició a la maternitat, dificultat en l'adaptació, edat de la gestant...).
- Factors socials: manca de suport social, víctima d'abús de qualsevol tipus, dificultats econòmiques, discriminació de qualsevol tipus, etc. (13,14)

Com a conseqüència, aquests factors poden ocasionar complicacions durant l'embaràs i part. La negació com a mecanisme d'afrontament es relaciona a una major incidència de diabetis gestacional, mentre que d'altres, com desfogar-se, redueixen aquests tipus de complicacions. La manca d'hores de son o descans, signe prevalent en diversos trastorns mentals, també ocasiona un major risc en el desenvolupament de problemes gestacionals. Els TMP també estan associats a que els infants naixin amb baix pes, baix APGAR, preterme o amb poc vincle mare-fill. (3)

A més a més, els estigmes que sorgeixen sobre els TMP, que són estereotips o idees generalitzades negatives sobre un grup de persones o tema en concret, dificulten la capacitat de les dones per demanar ajuda a professionals i/o a la xarxa de suport. Els

TMP poden passar desapercebuts per por a ser percebudes com incapaces de ser mares o ser mares dolentes, desconeixement dels seus propis símptomes o avergonyiment. (14,15,16,17)

Per una altra banda, també existeixen certs factors que poden reduir les possibilitats que la dona pateixi un TMP. Un bon grup de suport (comunitat, família i/o amics), oportunitats educatives i/o laborals, mantenir-se informada i ser capaç de prendre decisions, i professionals altament competents i empàtics són fonamentals per protegir el benestar de la persona i el nadó. (17)

### **3.3 Trastorns del vincle**

El vincle matern-infantil és la relació afectiva de la mare vers el fill que es forma aviat, i que es distingeix per calidesa emocional i positivitat. Si aquest és forma adequadament, pot permetre una regulació natural de les emocions i conductes. No obstant, si la dona presenta una manca de resposta emocional o bé mostra indiferència davant el recent nascut durant les primeres hores o dies postpart, es pot produir un lleu retràs en la instauració d'aquesta relació. Això es pot donar en casos on el part ha sigut difícil o traumàtic i no és necessàriament una resposta patològica. (3)

Els trastorns del vincle són un conjunt d'afeccions clíniques que tenen en comú l'alteració en l'afecte vers el recent nascut. La manca de sentiments d'afecte o ambivalència afectiva; l'ansietat en el cuidatge del fill; la irritabilitat, hostilitat i/o el rebuig respecte el nadó; o les conductes agressives verbals i/o físiques, són alguns signes i símptomes d'aquests trastorns. Es poden identificar utilitzant qüestionaris de cribatge com el *Postpartum Bonding Questionnaire*, el *Maternal Postpartum Scale*, o el *Mother-to-infant Bonding Scale Attachment*. (3)

### **3.4 Trastorns d'ansietat**

Els trastorns d'ansietat poden arribar a generar una severa disfuncionalitat psicològica i social en les dones embarassades i puerperis. A nivell global, tenen una prevalença elevada, al voltant del 13%, amb una major incidència en el primer i tercer trimestre de gestació, tot i que la simptomatologia és més intensa en el primer. A més, presenten una alta comorbiditat entre si i amb altres trastorns depressius. (3)

Existeixen diferents manifestacions com fòbia vers el recent nascut i el seu estat de salut, vers adoptar el rol de mare, ansietat per la separació materna, por a la mort sobtada del lactant. També hi ha preocupacions relacionades amb la situació econòmica, aspecte físic, tasques domèstiques i neteja. El quadre clínic és semblant al

de qualsevol altre trastorn d'ansietat en altres moments del cicle vital. La simptomatologia inclou ansietat, preocupació constant, sensació de terror, irascibilitat i por a fer mal al fill. (3)

Com a conseqüència, els trastorns d'ansietat poden provocar un gran patiment tant per la dona com a la seva família, impedit que pugui gaudir de la maternitat i disminuint notòriament la seva qualitat de vida. A més a més, s'ha observat que una ansietat excessiva influeix negativament en el desenvolupament del nadó. Tot i això, aquests trastorns es veuen malauradament minimitzats tant per la societat com per professionals sanitaris. És per això que és fonamental la detecció, diagnòstic i el tractament juntament amb un cuidatge integral i holístic de la dona que pateix d'un trastorn d'ansietat. (4)

### **3.5 Trastorn per estrès post-traumàtic**

El trastorn per estrès post-traumàtic (TEPT) pot aparèixer en el període perinatal com a conseqüència d'experiències traumàtiques durant la gestació, part o postpart o fins i tot per experiències prèvies a la concepció. Aquest trastorn té una prevalença global del 6-8% durant l'embaràs i de l'1 al 6% en el postpart. El TEPT es refereix a aquells esdeveniments traumàtics que han pogut amenaçar la vida o integritat de la mare o el seu fill, com són les complicacions obstètriques, en embarassos previs. (3)

Els factors de risc associats al TEPT inclouen antecedents psiquiàtrics, abús sexual, ansietat, por intensa, primiparitat, manca de suport social, sensació de pèrdua de control, dissociació peripart, entre d'altres. A més, diversos estudis indiquen que aquest trastorn persisteix un mínim de 6-12 mesos postpart, i la remissió espontània és infreqüent. Es caracteritza per la reexperimentació del part a través de records intrusius, malsons, conductes evitatives, dificultat per establir el vincle matern-filial, tocofòbia, etc. (3)

Per tal de minimitzar les situacions traumàtiques i el malestar psicològic és vital incrementar la sensació de control de la dona respecte el seu embaràs i part, facilitar el contacte mater-filial i donar suport i un correcte assessorament. També s'ha d'afavorir la lactància materna i donar una atenció de qualitat per qualsevol simptomatologia associada. (3)

### **3.6 Trastorn obsessiu-compulsiu**

El trastorn obsessiu-compulsiu (TOC) generalment es caracteritza per la presència de pensaments impulsius o imatges intrusives i reiterades que no són pas desitjades i que produeixen un malestar o ansietat en les persones que ho pateixen. La prevalença mundial d'aquest trastorn gira entorn a un 2-3% en el període perinatal, sent la seva aparició més freqüent en el postpart. S'ha observat que el període es tracta d'una etapa de risc, exacerbant o iniciant aquest trastorn, ja que les dones en aquest període són fins a dues vegades més propenses a patir TOC que la població general. Es relaciona amb alteracions hormonals durant l'embaràs, considerant l'estrogen com a responsable de l'increment de dopamina. (3, 18)

El TOC sol tenir una aparició sobtada durant el postpart en les 2-4 setmanes després del part. Els antecedents d'episodis de depressió major (incloent la depressió perinatal), el síndrome disfòric premenstrual i el trastorns de personalitat obsessiu-compulsiu i evitatiu s'han associat com a factors de risc pel desencadenament del TOC. (3,18)

Durant l'embaràs hi ha un increment de símptomes obsessius, especialment en el tercer trimestre, que s'han relacionat amb la contaminació i rituals de neteja. En el postpart aquests símptomes es poden veure reflectits en conductes evitatives i rituals de verificació. En altres ocasions es poden presentar fòbies d'impulsió amb pensaments obsessius de fer mal al nadó. (3, 18)

Aquest trastorn sol passar desapercbut durant l'etapa perinatal fins que es presenten símptomes que impedeixen la persona viure amb una funcionalitat psicosocial correcte i hi ha una maladaptació obvia. Addicionament, existeixen dificultats perquè la dona manifesti el seu malestar per vergonya a ser percebuda com un fracàs com a mare, incrementant el seu patiment. Per tant, és important valorar durant la gestació i puerperi símptomes obsessius. Respecte el tractament, la primera elecció és la fluoxetina. (4)

### **3.7 Depressió perinatal**

La depressió perinatal és un trastorn de l'estat d'ànim que té lloc durant la gestació o després del part i que es considera generalment com un tipus de depressió major. Així doncs, tant la depressió prenatal com la postpart estan incloses en la depressió perinatal. Addicionalment, les dones amb problemes de tiroides, diabetis, trastorn disfòric premenstrual o les que han sigut tractades per infertilitat tenen més probabilitats de patir una depressió perinatal.

S'estima que afecta entorn a un 10-20% de dones. Actualment, la depressió perinatal és tractable per la qual cosa és imprescindible la detecció de símptomes i factors de risc. No obstant, s'ha de tenir en compte que cada persona viu la depressió de diferent manera; tant la simptomatologia com la intensitat d'aquesta difereix en cada cas i pot canviar al llarg del temps. S'associa aquest trastorn amb complicacions com la preeclàmpsia, diabetis gestacionals o una menor duració de la lactància materna. També dificulta les relacions amb la parella o família i a més s'ha observat diversos casos d'ideació suïcida. (13,19,20)

La simptomatologia és diversa però els signes i símptomes més comuns inclouen:

- Sentiments de tristesa i plor.
- Anhedonia i manca d'energia o motivació.
- Preocupació excessiva.
- Alteració de la son i la ingesta d'aliments.
- Dificultat per concentrar-se i prendre decisions.
- Sentiments de culpabilitat o desesperança.
- Sensació d'inutilitat.
- Pensaments pessimistes constants.
- Possibles pensaments d'autolesió o autolítics.
- Síntomes físics no específics
- Records o somnis d'experiències dolentes.
- Distanciament de familiars i amics.

També existeixen símptomes més específics de la depressió perinatal:

- Preocupació excessiva vers el nadó.
- Sentiment d'incapacitat de cuidar al nadó.
- Pensaments negatius respecte el nadó. (17)

### **3.7.1 Depressió prenatal**

La depressió prenatal té una prevalença mundial d'entre 15% i 20%, major que la de la depressió postpart. L'episodi depressiu es situa en un 8% mentre que la distímia té una prevalença d'un 1%. Tot i que la simptomatologia no difereix a la d'una depressió major s'ha vist que en els casos d'intents per suïcidi es fan ús de mètodes més violents. Es relaciona amb parts pretermes, baix pes del nadó i restriccions en el creixement intrauterí. (17,20)

És important l'avaluació dels factors psicosocials prenatals i postnatals. Els prenatals es componen de factors sociofamiliars (grup de suport, factors estressants, relació amb la parella...), factors materns (educació sanitària prenatal, autoestima, antecedents de salut mental), història de violència (violència de gènere, abús intrafamiliar, abús infantil...). Els factors postnatals consisteixen en valorar el vincle mare-fill, la lactància, accés a suport professional, hores de son, relació amb la parella, entre d'altres. (3,13)

### **3.7.2 Tristesa postpart ('Maternity blues')**

La tristesa postpart o *Maternity blues* no és un trastorn sinó que es tracta d'una afectació de l'estat d'ànim transitoria que pot patir la dona entre el primer dia i la tercera setmana. Té major incidència en la primera setmana i sol tenir una duració d'aproximadament dues setmanes. El seu quadre clínic sol caracteritzar-se per labilitat emocional, irascibilitat, astènia i tristesa entre altres símptomes. La prevalença mundial d'aquest trastorn sol ser elevada: entre un 50 a un 85% presenten tristesa postpart. Respecte a la seva etiologia, s'associa a baixos marcadors biològics (estrogen, zinc, triptòfan...) i factors psicosocials (trets de personalitat, experiències traumàtiques, antecedents obstètrics...).

Per a la seva detecció existeixen tres eines fiables però no validades: *The Kennerly and Gath Blues Questionnaire*, *The Stein Questionnaire for Symptoms of the "Blues"* i *The Pitt Scale*. No precisa de tractament però les sessions psicoeducatives per gestants pot ajudar a les dones a reconèixer aquest problema de salut mental. De totes maneres, els professionals de salut han d'estar atents respecte la duració i intensitat dels símptomes. (21)

### **3.7.3 Depressió postpart**

Es va descriure per primer cop la depressió postpart (DPP) l'any 1968 com una depressió atípica, amb símptomes de caràcter ansiós i reactiu. Més endavant, es va demostrar que la simptomatologia és similar a la d'episodis depressius en altres moments del cicle vital. Malgrat això, la presència i la intensitat de diversos símptomes no son sempre igual. Hi ha més agitació psicomotora, menys capacitat de decisió, manca de concentració i una menor ideació suïcida. (3)

Durant els tres primers mesos postpart, la depressió postpart té una prevalença del 19,2% mundialment. Els episodis de depressió major tenen una prevalença global del 6,5% durant aquest període. Hi ha un risc tres vegades superior de patir un episodi

depressiu major durant les cinc setmanes postpart. Respecte a la comorbiditat amb la que cursa la DPP, aquesta és elevada, trobant-se entre un 25 i 38% a nivell global. A més, després del part, tant els canvis propis del període postpart com la nova relació amb el nadó influeixen en els processos cognitius de la dona en aquest moment vulnerable. (3)

Es tracta d'un trastorn mental multifactorial. Hi ha una predisposició genètica amb una heretabilitat del 25%; s'ha associat l'al·lel d'alta expressió del gen transportador de la serotonina als símptomes depressius quan hi ha un increment del triptòfan. També hi ha un aspecte neurohormonal implicat en el desenvolupament de DPP: la baixada d'estrògens i progesterona, l'augment de MAO-A seguit de la baixada d'estrògens, alteracions de l'eix hipotàlem-hipofisari adrenal, alteracions del ritme circadià i son matern, entre d'altres. A nivell cognitiu, les persones amb major neuroticisme, és a dir, inestabilitat i inseguretats emocional; que evadeixen el dolor o danys; o perfeccionistes tenen més probabilitat de tenir DPP. Aquestes cognicions poden estar relacionades amb les capacitats i expectatives que tenen vers la maternitat. Són més susceptibles a tenir sentiments de culpabilitat, preocupació excessiva, autoimatge baix com a mare, dificultats per relacionar-se amb la família o parella, manca d'estratègies d'afrontament, i fins i tot pensaments obsessius de fer mal al nadó en un 40% dels casos a nivell mundial. (3)

L'inici de la DPP pot ocórrer en qualsevol moment durant el primer any postpart. Els símptomes més comuns són l'anhedònia, estat depressiu i fatiga. Altres símptomes que poden aparèixer són canvis en l'activitat psicomotriu, dificultat per dormir o descansar, canvis en la gana i canvis en el pes. El tractament inclou psicoteràpia en casos de depressió lleu o una combinació amb fàrmacs ISRS. El pronòstic acostuma ser favorable ja que aquest trastorn sol respondre bé al tractament. (16)

Els símptomes físics (per exemple: fatiga, hipersòmnia diürna, insomni...) poden generar complicacions en el funcionament de la mare i augmentar la sensació de no poder fer front les exigències i activitats diàries. El diagnòstic clínic pot ser difícil ja que els canvis en la gana, el pes o la son es poden veure emmascarats pels canvis propis del puerperi i el període de lactància. (3)

La DPP pot tenir formes d'inici diverses. Un 25-30% de dones al món comença amb pròdroms depressius durant l'embaràs mentre que un 22% té un inici després de les 6 setmanes postpart. Com a conseqüència, la DPP pot produir una alteració del vincle que dificulta la interacció amb el nadó; repercussions negatives en el

desenvolupament cognitiu, emocional i conductual dels fills; mort maternal en casos de depressió severa; i filicidi. Tot això fa que, juntament amb el cansament i càrrega de treball per cuidar al nadó, hi hagi un sobreesforç adaptatiu, aguditzant els símptomes i compromentent el seu benestar, funcionalitat i qualitat de vida. (3)

La detecció de la DPP sol endarrerir-se cosa que retarda l'aplicació del tractament i el seu compliment. A més a més, hi ha barreres (professionals, institucions, pacients) per accedir al tractament. Aquest pot ser farmacològic o no farmacològic i ha de ser específic de la etapa perinatal. S'ha de tenir en compte la necessitat de mantenir el contacte amb el nadó, per la qual cosa la hospitalització, en cas de necessitat, hauria d'incloure la mare i el fill, o també existeix la possibilitat de fer intervencions domiciliàries. Hi ha una transició de la funció, conflictes interpersonals, familiars, qualitat de la interacció mare-fill. Avaluació risc/benefici del tractament farmacològic. (3)

Actualment, la DPP es troba classificada en el CIE-10 en el capítol 5 '*Trastorns mentals i del comportament. Síndromes del comportament associat amb alteracions fisiològiques i factors físics*', sota el codi F53 (*Trastorns mentals i de comportament associats amb el puerperi no classificats en altre part*) amb els següents criteris: 1) només quan comencen sis setmanes postpart, i 2) no es compleixen criteris per altres trastorns mentals per manca d'informació suficient disponible o altres característiques que fan inapropiat un altre classificació. També es troba classificat en el capítol 15 '*Embaràs, part i puerperi*' (*Trastorns mentals i malalties del sistema nerviós que compliquen l'embaràs, part i el puerperi*). En el DSM-5 s'aplica la especificació '*amb inici durant el peripart*' (inici de l'episodi durant l'embaràs o dins de les 4 setmanes postpart) només a: a) trastorns depressius (trastorn depressiu major i trastorn depressiu persistent o distímia), b) trastorn bipolar i trastorns relacionats (trastorn bipolar I i II), c) espectre de la esquizofrènia i altres trastorns psicòtics (trastorn psicòtic breu). (3)

### **3.8 Psicosi puerperal**

La psicosi puerperal es tracta d'una de les formes més greus de trastorns psiquiàtrics en el període perinatal que precisa d'atenció urgent, i amb un període de risc de tres setmanes. El part és el desencadenant d'episodis afectius psicòtics amb un quadre clínic específic que permet fer un diagnòstic diferencial. (3,20)

Es caracteritza per un inici agut i pròdroms mínims, que s'inicia a les poques hores o fins als tres dies postpart. Destaquen els símptomes maníacs tot i que pot cursar també amb simptomatologia depressiva o mixta. Aquests símptomes determinants inclouen

simptomatologia afectiva, elació i depressió, amb fluctuacions intenses de l'estat d'ànim i un aspecte confús i perplex. Alguns símptomes (maníacs) predominants son la taquilàlia, fuga d'idees, labilitat afectiva, distractibilitat, eufòria i hiperactivitat. També es poden presenciar idees delirants i al·lucinacions enfocades en el nadó juntament amb una manca de consciència de la situació de part. (3,20)

En la població general, la prevalença és de 1-2 casos cada 1000 habitants. Les primeres setmanes postpart és l'etapa amb major risc de patir un episodi psicòtic en comparació amb altres etapes del cycle vital. En els tres primers mesos hi ha una hospitalització per cada 1000 per psicosis en dones primíparaes. La duració de l'episodi psicòtic és curta i amb remissió complerta dels símptomes. Hi ha una recurrència del 50% en posteriors postparts. (3,20)

S'ha de tenir en compte tot un seguit de factors de risc que afavoreixen l'aparició de psicosis puerperal. Aquests inclouen: antecedents personals i familiars (especialment trastorn bipolar), antecedents d'ingrés psiquiàtric previs, discontinuació de fàrmacs antipsicòtics, ser primípara, complicacions obstètriques, alteracions del son, etc. Respecte a la etiologia, existeix un component genètic i neurohormonal (els canvis en els nivells d'estrogen que influeixen en la síntesi de dopamina). La teràpia electroconvulsiva està indicada per tractar aquest trastorn. (3,20)

Les repercussions de patir una psicosis puerperal pot veure's reflectit en el vincle mare-fill, quedant-se afectat. A més, tot i que es tracta de situacions més greus i poc freqüents, també hi ha casos de suïcidi matern i filicidi. Segons l'OMS, a nivell internacional, el suïcidi durant l'embaràs i el puerperi es considera com a causa indirecta de mort materna i és el responsable del 20% de mort materna en el primer any postpart. La majoria de dones que es moren per suïcidi inicien l'episodi psiquiàtric durant les primeres 6 setmanes, de les quals un 40% corresponia a psicosis puerperal. En total, un 5% de dones que pateixen aquest trastorn acaben amb la seva vida. Respecte el filicidi, entenent-se com l'acció dels progenitors de matar a un fill, s'ha observat que globalment entre un 60 i un 70% de les mares que ho cometen patien un trastorn mental sever, dels quals entre un 20 i un 50% correspon a una psicosis puerperal. No obstant això, el filicidi és més comú en parees corresponent-se amb el 66% dels casos i s'estima que succeeix en un 4% de casos de psicosis puerperal no tractat. (3,20)

### 3.9 El paper d'infermeria

La infermeria és una disciplina de les ciències de la salut que desenvolupa el seu rol professional en l'àmbit del cuidatge de les persones i el seu entorn, fonamentant la seva actuació amb els coneixements proporcionats per la evidència científica propis d'aquest camp. Així doncs, la professió respon a l'afectació de les necessitats, identificant-les i abordant-les; durant les diferents etapes del cicle vital, quan la salut es troba perjudicada, mitjançant una visió holística i una atenció integral. (21)

La salut mental de la dona durant l'etapa perinatal s'ha de tenir en compte de la mateixa manera que s'ofereix uns cuidatges per la salut física. Malauradament, existeixen certes barreres que impedeixen al professional exercir correctament per vetllar per la salut mental de la dona:

- Manca de temps i recursos per realitzar una avaluació adient de la simptomatologia.
- Dificultat per accedir a assessorament extern.
- Manca de temps per contactar i gestionar amb serveis especialitzats.
- Limitat accés per derivar a serveis especialitzats.
- Manca de formació i suport al personal.
- Desconeixement respecte les eines disponibles pel cribratge.
- Desconeixement respecte els diversos factors de risc i simptomatologia típica i atípica.
- Desconeixement vers els diferents tractaments farmacològics i no farmacològics disponibles.

Per una altra banda, també hi ha barreres per part de la dona que poden dificultar la detecció de possibles problemes de salut perinatal, i que els professionals han de reconèixer:

- Manca d'informació en la població general sobre els TMP.
- No reconèixer els símptomes com propis de l'etapa perinatal.
- No saber a qui demanar ajuda.
- Por a prendre psicofàrmacs durant l'embaràs i la lactància.
- Dificultat per reconèixer i acceptar problemes de salut mental relacionats amb l'embaràs, part o postpart.
- Por a ser estigmatitzada, tractada com "mala mare" i que li retirin els fills.
- Experiències negatives prèvies amb professionals.

- Preocupació per la privacitat i confidencialitat.
- Manca de temps i recursos econòmics. (3)

### **3.9.1 Prevenció**

La planificació de l'embaràs és considerada per l'OMS com una prioritat en la salut reproductiva de la dona ja que la gestació pot comportar diversos riscos. Aquesta planificació permet que la dona, i la seva parella també, tingui un major control en la seva fertilitat, decidint el nombre de fills desitjats, controlant l'interval entre gestacions, prevenint embarassos no desitjats i disminuint gestacions d'alt risc. Això suposa també un impacte en la comorbiditat i mortalitat, reduint-ho. En definitiva, permet que la dona tingui major autonomia i sigui un participant actiu en aspectes clau tant abans com durant l'embaràs. Altres elements positius de la planificació inclou l'abandonament del consum de substàncies o altres hàbits tòxics, i iniciar un estil de vida saludable.

Els embarassos no planificats son aquells que ocorren per una falla dels mètodes anticonceptius o per una manca d'ús, i que son o no desitjats o inesperats. Els factors de risc inclouen: ser jove (18-24 anys), no tenir parella, baixa situació socioeconòmica, baix nivell educatiu, mal ús o manca d'ús d'anticonceptius, consum de substàncies tòxiques, embarassos no planificats previs, violència masclista o domèstica, agressió sexual, impulsivitat, episodis maníacs/hipomaniacs, etc.

Tot i la probabilitat d'una posterior acceptació de l'embaràs, persisteix l'esforç adaptatiu que influeix en el benestar de la dona durant l'etapa perinatal. Una mala adaptació pot provocar complicacions que afectin a la mare i al nadó. Algunes conseqüències són: major consum de cafeïna, nicotina i/o begudes alcohòliques; menor control parental; simptomatologia depressiva suïcida; major risc de prematuritat i baix pes al néixer; retràs en el creixement intrauterí; rebuig vers el recent nascut; problemes en el neurodesenvolupament del fill, etc. En conclusió, és vital realitzar una planificació familiar adequada i assessorar sobre els diversos mètodes anticonceptius mitjançant una presa de decisions compartida, que faciliti opcions beneficioses sota el criteri de la dona i el professional. També és necessari recalcar la importància de realitzar controls mèdics i ginecològics com a mínim una vegada a l'any, i detectar signes de violència en la relació o d'agressions sexuals. (3)

### 3.9.2 Detecció

La necessitat de desenvolupar i emprar una apropiada detecció precoç dels TMP de risc ha sigut descrita per diverses entitats. El cribratge permet al professionals d'infermeria predir l'aparició de TMP en base a la identificació i avaluació de factors de risc biopsicosocials, i detectar situacions de problemes de salut mental perinatal actuals segons el seu quadre clínic. Tot i que l'exploració pot variar entre professionals, el cribratge s'ha de fer de manera rutinària com a part dels cuidatges cap a la dona gestant.

Existeixen molts instruments diferents per detectar TMP, com les entrevistes clíniques estandarditzades, escales diagnòstiques i d'avaluació, instruments de cribratge, i preguntes de recerca de casos. Totes aquestes eines poden ser genèriques o específiques per cada trastorn. Per la depressió postpart s'empra com instrument universal el qüestionari *Edinburgh Postnatal Depression* (EPD), que consta de 10 ítems ressaltant les qüestions emocionals i cognitives, mentre que descarta la simptomatologia somàtica. No és una eina diagnòstica i es recomana el seu ús després d'una avaluació clínica primerament en les 6-8 setmanes postpart i segonament als 3-6 mesos postpart. Per la depressió prenatal es recomana realitzar les preguntes *Whooley (Whooley questions plus the help question)* durant la gestació (preferiblement en la primera visita prenatal) i també en les vistes del postpart. (3, 18)

El *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya* (2018) estableix que en la setmana 12-14 (segona visita) s'ha de dur a terme el Qüestionari de Whooley. Si el cribratge fos positiu, s'hauria d'emplenar el test d'Edinburgh; i si aquest donés positiu es derivaria per fer una avaluació. El Qüestionari de Whooley es tornaria a fer en la setmana 29-30, tant si fos positiu com negatiu en l'anterior vegada, i en la setmana 6 postpart es tornaria a realitzar el Test d'Edinburgh. El *Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya* (2020) també determina la realització del test d'Edinburgh durant la sisena setmana postpart per valorar l'estat emocional de la dona. Si es detectés cap situació de risc durant qualsevol moment de l'etapa perinatal, s'hauria de contactar amb l'equip de salut mental perinatal o bé fer una derivació al Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA) que es coordinarà amb l'ASSIR. (22,23)

Per la psicosi puerperal no existeix cap instrument validat que permeti cribar o detectar-ho precoçment. Per això cal detectar els factors de risc (per exemple: antecedents psiquiàtrics) per tal de preveure aquesta situació. En el cas dels trastorns del vincle es pot realitzar una entrevista clínica (*Birmingham Interview for Maternal Mental Health*) o diversos instruments de cribratge disponibles com el *Postpartum Bonding*

*Questionnaire*, el *Maternal Postpartum Attachment Scale (MPAS)* o el *Mother-to-infant Bonding Scale (MIBS)*. Pels diversos trastorns d'ansietat es pot fer ús de l'EPD o també es poden emprar el *Pregnancy Anxiety Scale (PAS)* o el *Postnatal Distress*. (3,20)

### **3.9.3 Tractament farmacològic**

#### **3.9.3.1 Psicofàrmacs**

El tractament farmacològic pels TMP es tracta d'un tema complex per la insuficient evidència sobre l'exposició de l'embrió i el recent nascut. La transferència dels psicofàrmacs a través de la placenta i la llet materna poden ocasionar efectes nocius, com baix pes al néixer o el síndrome d'adaptació neonatal. També poden produir-se complicacions obstètriques com avortament, preeclàmpsia, síndrome metabòlic o part preterme. No obstant aquests fàrmacs estan regulats per les agències nacionals i internacionals de manera que es puguin administrar amb seguretat segons l'evidència científica. (3)

Les dones diagnosticades d'un TMP han de rebre tractament psicofarmacològic que serà valorat contínuament segons l'etapa gestacional, el part, el postpart i la lactància; monitoritzant els nivells en plasma per ajustar les dosis. Es prioritzen aquells fàrmacs que tinguin major evidència, siguin més segurs i major benefici. Així mateix, s'evitarà l'ús de múltiples fàrmacs si és possible i es farà ús de medicació de vida mitja o curta. Es valorarà, a més, la lactància mixta. A més a més, caldrà assegurar la bona adherència al tractament i controlar els efectes secundaris o adversos. (3)

Pels trastorns depressius s'empren els inhibidors selectius de la recaptació de serotonina (ISRS) com antidepressius més utilitzats ja que es disposa d'informació per la seva segura administració. Els antidepressius tricíclics (ADT) són menys utilitzats per l'escassa evidència en aquest període. En general, no s'ha demostrat concloentment que els antidepressius puguin ocasionar malformacions. (3)

En els trastorns d'ansietat es fa ús d'ansiolítics, sent els més utilitzats les benzodiazepines. També s'utilitzen com coadjuvants en trastorns de l'ànim i estats d'inquietud, agitació, etc. Segons diferents estudis, tenen un risc teratogènic baix. S'ha de tenir en compte, però, del risc de produir el síndrome del lactant hipotònic. (3)

Per al tractament de la psicosi puerperal es poden combinar antidepressius, estabilitzadors de l'estat d'ànim, ansiolítics i antipsicòtics. Els antipsicòtics atípics son bastant utilitzats per esquizofrènia, trastorns bipolars, i altres trastorns greus com la psicosi puerperal. (3)

### **3.9.4 Tractament no farmacològic**

L'aplicació de psicoteràpies i altres formes de tractament no farmacològic han mostrat la seva eficàcia i s'han convertit en una part fonamental del tractaments dels TMP. (3,20)

#### **3.9.4.1 Teràpia cognitiu-conductual**

La teràpia cognitiu-conductual (TCC) està constituïda per diverses tècniques que tracten tant els procediments conductuals com cognitius. Tots els mètodes que formen part d'aquesta teràpia es basen en la interacció entre l'emoció, el pensament i les conductes per tal de fer un canvi en el pensament i conducta amb la finalitat de plantejar-se objectius concisos. Es destaca l'aprenentatge d'estratègies i mecanismes d'afrontament, sent la pròpia persona qui busca conjuntament amb el professional aquests objectius. Alguns exemples de TCC són el *mindfulness*, la teràpia dialèctica conductual o la teràpia d'acceptació i compromís. Les TCC s'ha vist que són útils pel tractament dels trastorns d'ansietat, trastorns depressius, TOC i TEPT.

Les TCC dirigides a la depressió postpart son generalment en format grupal. Inclouen activitats d'autocuidatge, socials amb el recent nascut i/o amb la parella i de disminució de tasques domèstiques. També es fomenten tècniques de relaxació, d'assertivitat i reestructuració d'expectatives. (3)

#### **3.9.4.2 Teràpia psicodinàmica**

Es tracta d'una teràpia breu, amb sessions limitades, que destaca els conflictes inconscients que s'originen durant la infància i etapes inicials, i que es centra en l'aquí i l'ara. Es tracta com influeixen experiències passades en el funcionament actual, els patrons recurrents, les emocions i la seva expressió, la relació terapèutica, l'*insight*, l'evitació de temes incòmodes, l'identificació de problemes principals, i l'exploració de desitjos. (3)

#### **3.9.4.3 Teràpia interpersonal**

La teràpia interpersonal segueix un model semblant a la TCC per la depressió. En les sessions inicials s'avalua aspectes relacionats amb la maternitat, dificultats en la planificació, i complicacions en l'etapa perinatal. Es ressalten les relacions amb diferents agents socials. En les sessions intermèdies, es discuteixen les discussions interpersonals, rols, dols i prioritats. En les finals es tracten els beneficis, plans de contingència i futurs problemes o estressors. També s'ha utilitzat aquesta teràpia per la prevenció de TEPT. (3)

#### **3.9.4.4 Teràpia de suport no directiva/suport social**

Aquesta teràpia té l'objectiu d'oferir una major comprensió de les circumstàncies i de si mateixes a les mares o dones gestants. El professional dona suport i empatia sense un judici de valors, escoltant més que dirigint, que permet a la dona sentir-se recolzada i reflectint en els seus pensaments i emocions de manera que pugui prendre decisions. (3)

#### **3.9.5 Unitat mare-nadó**

Existeixen unitats especials per l'ingrés hospitalari de dones amb un TMP aguditzat. Es mantenen ingressats la mare i el fill, fins i tot dies després d'estar tractada, de manera que es pugui afavorir el vincle matern-filial i la lactància materna. Es realitza el tractament, planificació, educació i valoració de riscos i beneficis. A Catalunya es disposa d'una unitat de salut mental perinatal a l'Hospital Clínic de Barcelona. (3)

#### **3.9.6 Teoria de les transicions**

La teoria de les transicions va ser la teoria infermera promulgada per Afaf Ibrahim Meleis. Ella fou una infermera d'Alexandria, a l'orient Mitjà, graduada en Infermeria i Màster de Salut Pública. Es va doctorar en Psicologia Mèdica i Social. La seva investigació es centra en salut global, salut d'immigrants i salut internacional. És una teoria de nivell mitjà, a partir de la revisió d'estudis relacionant amb transicions en temàtiques d'immigració, malalties cròniques, envelliment o maternitat.

La temàtica de les transicions consisteix en aquest conjunt de canvis d'identitat, rols, patrons de conducta, amb diverses dimensions i sent una transició dinàmica, amb influència de les percepcions i significats que les persones atorguen a les experiències. L'objectiu es fomenta en fer èmfasi i donar importància a la relació terapèutica d'infermera-pacient, per realitzar una transició saludable. És per això que Meleis va exposar la seva teoria i ho va fer a partir dels dominis del metaparadigma de la infermeria (*veure taula 1*).

INFERMERIA	Les infermeres són les principals cuidadores dels pacients i famílies que passen una transició. Les transicions provoquen canvis en la vida de les persones.
PERSONA	Les transicions impliquen un procés de moviment i canvis en els patrons vitals que es manifesten en tots els individus. Pot generar, per tant, canvis d'identitat, de rols, relacions, habilitats i patrons de conducta.
SALUT	Les transicions poden ser complexes i multidimensionals, amb patrons de complexitat. Es caracteritzen per fluïdesa i moviment en el temps.
ENTORN	La vulnerabilitat està relacionada amb les experiències, les interaccions i les condicions de l'entorn que exposen a les persones a un possible mal, a una recuperació problemàtica o prolongada en el temps o a un afrontament ineficaç.

Taula 1. Principals dominis de la teoria de les transicions. Font: Alligood MR. *Modelos y teorías en enfermería*. 9a ed. Barcelona: Elsevier.

Moltes persones poden experimentar diferents transicions simultàniament i no una única transició, per exemple, patir un diagnòstic crònic en una situació complexa en la etapa vital de l'adolescència, o la etapa de la maternitat.

En les propietats de l'experiència de la transició, s'inclouen els conceptes de consciència, compromís, canvi i diferència, lapsus de temps i punts i esdeveniments.

- Consciència: percepció, coneixement i reconeixement d'una experiència de la transició.
- Compromís: grau d'implicació de la persona en el procés inherent a la transició.
- Canvis i diferències: canvis que comportin una sensació de moviment o direcció fins els processos interns i externs o diferències que parteixen com un repte amb un manifest a través d'expectatives insatisfetes.
- Lapsus de temps: poden caracteritzar-se com transicions fluïdes i en moviment al llarg del temps.
- Punts i moments crítics: marcadors com naixement, morir, fi de la menstruació o diagnòstic d'una malaltia.

És per això que, aplicant de manera pràctica la teoria infermera, podem identificar els cuidatges necessaris per tal de fluir dins del procés de transició. Això permetria afavorir una transició saludable i, per tant, poder establir un camí i acompanyar a la persona que es troba en el procés. (24)

## 4. Metodologia

Partint de la pregunta d'investigació "Quin és el rol d'Infermeria en l'estat de salut en dones amb problemes de salut mental en període perinatal?" (veure taula 2), s'ha dut a terme una revisió bibliogràfica integrativa estructurada i sistematitzada amb el fi d'assolir els objectius de la investigació.

P (pacient)	Dones amb problemes de salut mental en període perinatal
I (intervenció)	Rol d'infermeria
C (comparació)	No aplica
O (outcomes)	Impacte de les intervencions d'infermeria en l'estat de salut
Quin és el rol d'infermeria en l'estat de salut en dones amb problemes de salut mental en període perinatal?	

Taula 2. Pregunta d'investigació. Font pròpia.

Primerament, entre novembre i gener de 2024, es va elaborar una cerca d'informació sobre el tema a tractar. Seguidament, es van utilitzar una sèrie de paraules claus del *Medical Subject Heading* (MeSH) per tal d'obtenir resultats òptims (veure taula 3). Les bases de dades que es van emprar van ser: Pubmed, CINAHL, PsycINFO. La recerca d'articles es realitzà entre desembre de 2024 i març de 2025 utilitzant diferents estratègies de recerca en les bases de dades mencionades anteriorment (veure taula 4).

MeSH
Perinatal care
Mental disorders
Nursing care
Nursing
Mental health
Midwifery
COVID-19
Stillbirth
Bereavement
Social Stigma
Shame

Taula 3. Descriptors utilitzats en les estratègies de recerca. Font pròpia.

<b>Estratègies de recerca</b>	
1 <sup>a</sup> estratègia	("Perinatal care") AND ("Mental Disorders") NOT ("Covid-19")
2 <sup>a</sup> estratègia	("Perinatal Care") AND ("Nursing Care") NOT ("COVID-19")
3 <sup>a</sup> estratègia	("Perinatal Care") AND ("Nursing" OR "Nursing Care") AND ("Mental Health" OR "Mental Disorders") NOT ("COVID-19" OR "Stillbirth" OR "Bereavement")
4 <sup>a</sup> estratègia	("Perinatal Care") AND ("Nursing" OR "Nursing Care" OR "Midwifery") AND ("Mental Health" OR "Mental Disorders") NOT ("COVID-19" OR "Stillbirth" OR "Bereavement")
5 <sup>a</sup> estratègia	("Perinatal Care") AND ("Social Stigma") NOT ("COVID-19")
6 <sup>a</sup> estratègia	("Perinatal Care") AND ("Social Stigma" OR "Shame") NOT ("COVID-19" OR "Stillbirth" OR "Bereavement")

Taula 4. Estratègies de recerca. Font pròpia.

Abans de començar la recerca, es van establir un seguit de criteris d'inclusió, que son:

- Publicacions sobre el rol d'infermeria en la salut mental perinatal.
- Articles d'accés obert disponible mitjançant el Servei d'Accés a la Biblioteca Digital (SABiDi) de la Universitat Rovira i Virgili.
- Articles a text complet.
- Publicacions en català, castellà o anglès.
- Articles publicats els últims 5 anys.

A més, es van decidir els següents criteris d'exclusió:

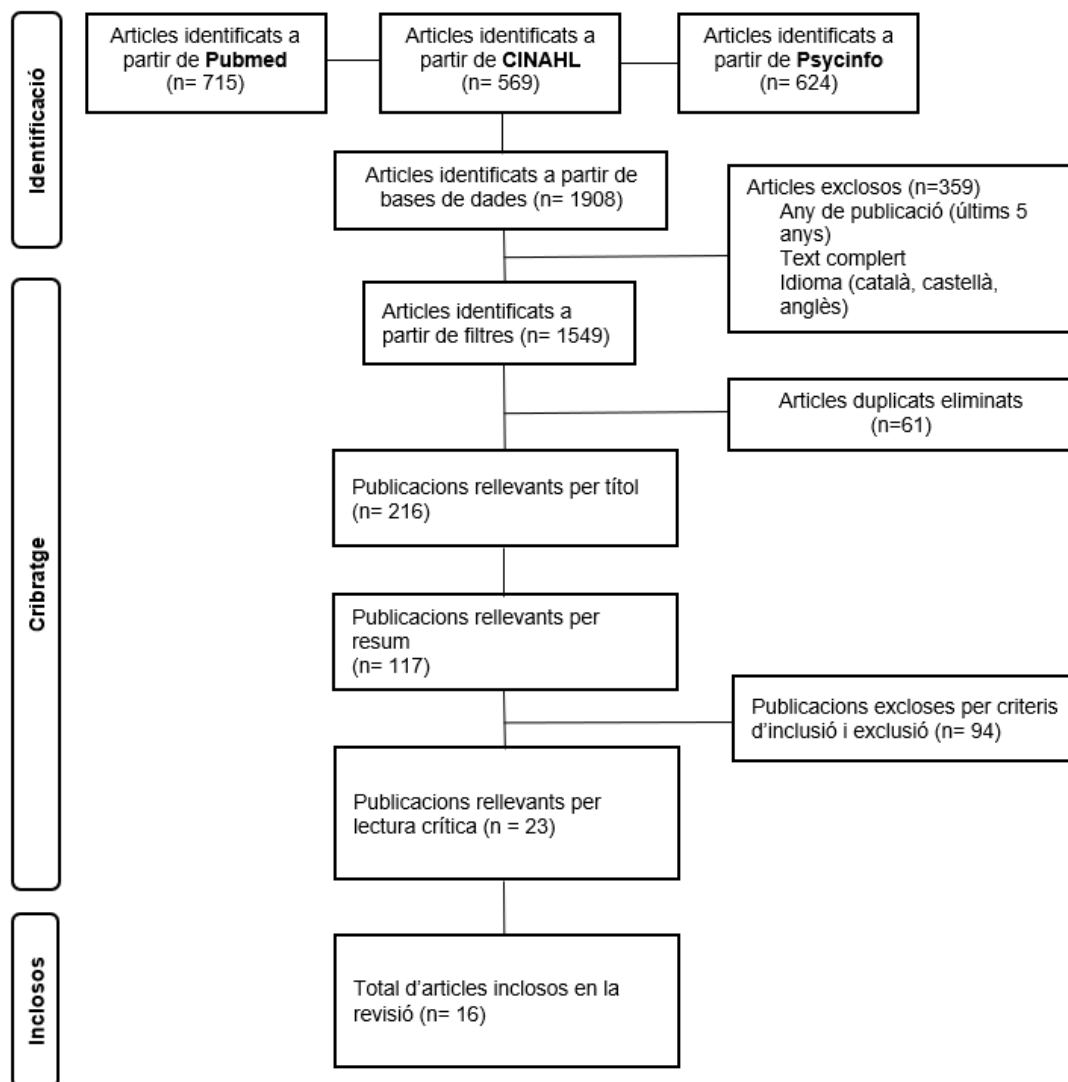
- Publicacions relacionades amb els problemes de salut mental causats per la pandèmia/COVID-19.
- Publicacions sobre la mort perinatal.
- Publicacions sobre avortament.
- Publicacions relacionats amb dones amb trastorns mentals diagnosticats prèviament al període perinatal.

Aquests criteris d'exclusió es van establir per ometre problemes de salut mental de la qual la seva etiologia no fos propi de l'etapa perinatal, sinó relacionat amb factors externs com amb la pandèmia. També s'han omès les publicacions sobre avortament i mort perinatal ja que en la nostra investigació volem estudiar els problemes de salut mental d'embarassos que s'han dut a terme amb el naixement del nadó. Considerem

que aquests casos (pandèmia, avortament, i mort perinatal) necessiten ser estudiats de manera individual ja que són molt específics i, per tant, poden alterar els resultats obtinguts.

Finalment, existeix bibliografia sobre els problemes de salut mental previs al període perinatal on senyalen que les dones amb trastorns mentals severos tenen experiències durant el període perinatal significativament diferents a les que debuten en aquest període, i l'estigma afecta de forma diferenciada en la seva relació terapèutica (25). Per tant, s'ha exclòs publicacions sobre aquest tema.

Es presenta a continuació els resultats dels diversos articles elegits per realitzar la lectura crítica i que han sigut prèviament analitzats. Aquests donen resposta als objectius proposats inicialment.



Il·lustració 1. Diagrama de flux PRISMA. Elaboració pròpia.

## 5. Resultats

Es va obtenir un total de 16 articles per a l'anàlisi (*veure il·lustració 1*), que inclouen: 4 estudis quantitius, 5 estudis qualitius, 2 estudis mixtes, 4 revisions bibliogràfiques i 1 protocol. Respecte els estudis quantitius, la recollida de dades ha estat per mitjà de qüestionaris. En quant els estudis qualitius, la recollida de dades ha sigut, principalment, mitjançant entrevistes semi-estructurades.

El fet d'incloure articles amb diferents metodologies, ens permet identificar i estudiar les diferents cures infermeres que realitzen les infermeres en l'àmbit de la salut mental perinatal. A més, podem veure les diferències entre els abordatges d'àmbit hospitalari i d'àmbit comunitari.

Tot i que s'ha realitzat la recerca en diferents llengües (català, castellà, anglès), només s'ha pogut incloure bibliografia en llengua anglesa per la falta d'articles que complissin els criteris d'inclusió en altres idiomes. A més a més, hem trobat una manca de bibliografia relacionada amb problemes de salut mental perinatal a diferents països. En el cas d'Austràlia, Anglaterra, Taiwan i Xina, trobem gran quantitat de bibliografia referent a la pràctica infermera en salut mental perinatal. En el cas de regions del Mediterrani, Sud-Amèrica i Orient Mitjà, trobem una manca d'aquest tipus de publicacions. En el cas d'altres recerques com "*Nurses' views and practices on parental mental illness: An integrative review*" (25) també trobem quelcom similar a la falta de literatura existent pel que fa a trastorns mentals amb diagnòstic previ al període perinatal.

La majoria dels estudis parlen principalment de professionals sanitaris o pacients, amb una manca d'articles respecte a una figura especialitzada d'infermeria en salut mental perinatal. La majoria dels temes a tractar són sobre intervencions i sobre el rol dels professionals (*veure taula 5*) (25).

Autors i any	Disseny de la investigació	Objectius	Font	Conclusions
(26) Harvey ST, Bennett J, Holder E, Wyder M.  2022	Disseny quantitatiu.  Assaig clinic pre-post amb un sol grup	Descriure el desenvolupament i avaluació d'un model comunitari per la salut mental perinatal dirigit per infermeres.	ISSN: 2207-1512	<p>El model dirigit per infermeres pot proveir una atenció d'alta qualitat, cost-efectiva i segura. S'observa un increment en la eficàcia de valoració de casos.</p> <p>El model permet a les infermeres actuar amb major autonomia per valorar el cuidatge, desenvolupar el seu lideratge, exercir les seves competències més àmpliament i atendre les altes més eficientment.</p> <p>Existeix una manca d'infermeres qualificades per desenvolupar aquest rol.</p>
(27) Isobel S, Green A, Lim-Gibson S.  2025	Disseny qualitatiu	Descriure una avaluació innovadora per un nou servei de salut mental perinatal que proporciona coneixement d'altres intervencions complexes d'avaluació de salut pública.	DOI: 10.1111/jep.14269	<p>Existeixen incoherències en l'enfoc i mesures utilitzades per avaluar els resultats dels serveis de salut mental perinatal tot i els seus beneficis.</p> <p>En l'àmbit de la salut mental perinatal es fa èmfasi en anar més enllà dels models de recuperació individual per donar més reconeixement al procés relacional incorporat en la funció parental.</p> <p>Existeix la necessitat d'avaluar què és un 'bon' resultat per l'admissió a una unitat perinatal especialitzada i dissenyar estratègies d'avaluació que integrin elements relacionals que donin suport al canvi.</p>

<p>(28) Westgate V, Manchanda T, Maxwell M.</p> <p>2023</p>	<p>Revisió sistemàtica</p>	<p>Explorar les experiències de les dones amb depressió perinatal.</p> <p>Conèixer les preferències de les dones en el tractament de la depressió perinatal.</p>	<p>DOI: 10.1007/s00737-023-01318-z</p>	<p>Les dones amb depressió perinatal prioritzen el seu nadó a l'hora de prendre decisions sobre les seves necessitats de salut i tractament, no obstant també volen que algú reconegui els seves necessitats i que se les atengui.</p> <p>Les dones volen que els professionals sanitaris tinguin en compte les seves preferències individuals pel tractament, i que especialment les oportunitats i modalitats s'adaptin o bé siguin flexibles per les dones que cuiden al seu nadó.</p> <p>Les dones valoren l'aportació dels especialistes en salut mental perinatal i prefereixen les intervencions no farmacològiques, incloent el suport entre iguals.</p>
<p>(29) O'Halloran SA, Cusworth R, Sunder P, Alston L, Vidanka Vasilevski, Dawson SL, et al.</p> <p>2025</p>	<p>Disseny qualitatiu</p>	<p>Comprendre les perspectives dels professionals en l'atenció a l'embaràs sobre els factors de risc de la depressió i ansietat perinatal en les àrees rurals d'Austràlia.</p> <p>Comprendre la pràctica clínica actual en les àrees rurals d'Austràlia i els reptes que s'afronten al proporcionar atenció a les dones amb risc de depressió i ansietat perinatal.</p> <p>Identificar possibles àrees d'acció i intervencions específiques per millorar la oportunitat de proporcionar una atenció òptima a</p>	<p>DOI: 10.1111/inm.70005</p>	<p>Les matrones i infermeres materno-infantils acostumen a ser el primer punt de contacte pel cribratge de depressió i ansietat perinatal, facilitant la derivació a serveis mentals adequats.</p> <p>L'atenció fragmentada i manca de continuïtat i recursos impacten negativament en l'experiència de les dones.</p> <p>És necessària la formació especialitzada de professionals per proveir atenció de salut mental.</p>

		les dones amb risc de depressió i ansietat perinatal.		
(30) Singla DR, Lawson A, Kohrt BA, Jung JW, Meng Z, Ratjen C, et al.  2021	Revisió sistemàtica i metaanàlisi	Identificar els processos d'implementació rellevants (qui, què, on, com).  Avaluar l'efectivitat d'intervencions d'assessorament proveït per professionals no especialitzats de depressió i ansietat perinatal en països de renda alta.	DOI:  10.1001/jamapsychiatry.2020.4556	Els professionals no especialistes poden ser formats per oferir intervencions preventives i de tractament de manera efectiva pel maneig de depressió i ansietat perinatal.  Les infermeres son considerades les professionals més preferents per realitzar les intervencions d'assessorament perinatal com la psicoteràpia.
(31) Meades R, Moran PM, Hutton U, Khan R, Maxwell M, Cheyne H, et al.  2024	Disseny qualitatiu	Explorar l'acceptabilitat de les dones que reben atenció per ansietat perinatal i les seves preferències per una prestació de serveis òptima.	DOI:  10.3389/fpubh.2024.1466150	Els aspectes a millorar inclouen: fomentar la confiança amb els professionals sanitaris per animar a establir converses sobre salut mental; proveir informació per reduir l'estigma i la por a que els retirin els fills; recolzament i finançament dels serveis de suport perinatal; atenció especialitzada en salut mental perinatal i mesures de qualitat d'atenció a la maternitat.
(32) Ou C, Daly Z, Carter M, Hall WA, Zusman EZ, Russolillo A, et al.  2024	Disseny de mètode mixt	Generar un model consensuat d'atenció a la salut mental perinatal, potencialment aplicable al context sanitari de Canadà i altres països.	DOI:  10.1371/journal.pone.0303012	Es reconeix cada vegada més la necessitat de millorar tant l'accessibilitat com la coordinació de l'atenció (basada en l'evidència) a la salut mental perinatal per millorar les actuacions dirigides a la persona i la família.  Basat en la evidència científica, el model ha inclòs 10 àmbits prioritaris: atenció centrada en la persona; promoció de la salut; cribatge; tractament biospícosocial; suport en la transició; educació;

				planificació estratègica del model d'atenció; i avaluació.
(33) Li W, Ren T, Xu G, Wang Y.  2025	Disseny quantitatiu  Estudi de cohorts retrospectiu	Avaluar l'impacte d'un programa holístic d'educació perinatal sobre la preparació pel part, salut mental i resultats del part entre dones primíparas de zones rurals.	DOI: 10.1186/s12884-025-07152-8	El programa impacta positivament en la preparació pel part i reducció de símptomes depressius i d'ansietat.  L'assessorament personalitzat en el programa probablement ha proporcionat suport psicossocial necessari i sentiments d'empoderament i resiliència.  La incorporació d'educació perinatal comprensiva en l'atenció perinatal estandarditzada, especialment en zones amb serveis limitats com les rurals, contribueixen en gran mesura més en les dones embarassades i nou nascuts.  És vital formar a professionals sanitaris per realitzar aquestes intervencions efectivament, fer front als escassos recursos i assegurar la implementació de programes educacionals multimodals.
(34) Lever Taylor B, Kandiah A, Johnson S, Howard LM, Morant N.  2021	Disseny qualitatiu	Explorar les experiències de dones en etapa perinatal sobre el suport dels especialistes en salut mental perinatal comunitari front els no especialistes.	DOI: 10.1080/09638237.2020.1714006	Les dones en etapa perinatal expressen experiències positives tant amb especialistes com no especialistes en salut mental perinatal comunitària, destacant la seva consistència i disponibilitat, tot i les limitacions i manca de recursos.  L'atenció personalitzada i expertesa dels equips especialitzats és altament valorada, mentre que de l'equip no especialitzat es valora la continuïtat.

				Els professionals es beneficiarien de fer formació en salut mental perinatal per incrementar l'expertesa i confiança per derivar a serveis especialitzats.
(35) Blackmore R, Boyle JA, Gray KM, Willey S, Highet N, Gibson-Helm M.  2022	Disseny de mètode mixt	Proporcionar un resum de les estratègies de cribratge de depressió i ansietat perinatal ideades i aplicades per abordar la seva complexa implementació en l'àmbit sanitari.	DOI: 10.1111/hex.13526	El cribratge durant l'etapa perinatal és crític per aconseguir els millors resultats vers la salut de la dona i la seva família.  Els programes de detecció de depressió perinatal són beneficiosos per a la identificació, increments de l'ús dels serveis de salut mental i millora en la criança.  El cribratge rutinari és implementat inadecuadament i de manera inconsistent entre els diferents serveis de salut i professionals. Existeixen limitacions de servei i barreres individuals que dificulten la seva implementació.
(36) Layton E, Mitchell AR, Kennedy E, Moran AC, Palestra F, Chowdhary N, et al.  2025	Revisió bibliogràfica  Scoping review	Identificar els indicadors existents de salut mental perinatal.  Desenvolupar un conjunt d'indicadors per un marc de monitorització per mesurar la salut mental perinatal globalment.	DOI: 10.1371/journal.pone.0317998	Els indicadors d'àmbit individual mesuren la prevalença de salut mental perinatal, mentre que aquells identificats en l'ecosistema de prestació de serveis mesuren la prestació i qualitat dels serveis.  És necessari que totes les guies rellevants actualitzin les recomanacions de l'actuació prenatal sobre la salut mental perinatal.
(37) Kiraly C, Boyle-Duke B, Shklarski L.	Disseny quantitatiu	Explorar el rol dels professionals d'atenció primària en la identificació, derivació i oferiment de suport a dones amb	DOI: 10.1371/journal.pone.0306265	Existeixen diferències estadísticament significatives en les pràctiques de cribratge de problemes de salut mental en dones en etapa perinatal.

2024	Enquesta online	<p>simptomatologia de trastorns mentals perinatals.</p> <p>Avaluar les diferències entre les pràctiques de detecció en aquesta població.</p>		<p>Existeixen deficiències per part de tots els professionals en les pràctiques de cribratge.</p> <p>Les conversacions cara a cara sobre la xarxa de suport de la dona i el vincle amb el fill juntament amb l'ús d'una eina de cribratge estandarditzat pot ser més efectiu per detectar necessitats que no només utilitzant l'eina de cribratge.</p>
(38) Tilden EL, Holmes LR, Vasquez E, Catherine Polan Orzech, Kristen Mackiewicz Seghete, Eyo V, et al.  2022	Article teòric	<p>Resumir les barreres per accedir a l'atenció preventiva per depressió perinatal en clíniques d'atenció prenatal estàndard.</p> <p>Descriure el <i>Mindfulness-Based Cognitive Therapy</i> per la depressió perinatal i destacar una adaptació de la intervenció.</p> <p>Identificar els següents passos, reptes i oportunitats per aquesta recent innovació.</p>	DOI: 10.1111/jmwh.13444	<p>L'expertesa dels membres de l'equip professional amb experiència en inequitat sanitària, lideratge comunitari i/o investigació és fonamental per definir intervencions preventives de depressió perinatal en dones embarassades que pateixen discriminació.</p> <p>La col·laboració entre experts en atenció perinatal i salut mental perinatal és essencial però insuficient.</p>
(39) Ransing R, Kukreti P, Raghuveer P, Mahadevaiah M, Puri M, Pemde H, et al.  2021	Revisió bibliogràfica	<p>Descriure el desenvolupament d'un model d'atenció primària esglaonat i una breu intervenció psicològica per la depressió perinatal, un procés de formació i una orientació pràctica per la seva implementació.</p>	DOI: 10.1111/appy.12436	<p>El model i intervenció BIND-P proporcionen un enfoc pràctic des de la perspectiva de l'atenció primària que permeten facilitar la identificació, el tractament i el suport a les dones amb depressió perinatal.</p>

<p>(40) Haynes E.</p> <p>2021</p>	<p>Disseny qualitatiu</p>	<p>Explorar les experiències de pacients amb problemes de salut perinatal i la psicoteràpia d'anàlisi transaccional.</p> <p>Determinar si la psicoteràpia d'anàlisi transaccional és útil i acceptable en dones amb problemes de salut mental perinatal.</p>	<p>DOI:</p> <p>10.1002/capr.12456</p>	<p>La psicoteràpia d'anàlisi transaccional és acceptable i útil com a tractament de problemes de salut mental perinatal.</p> <p>Com a factors facilitadors, s'ha identificat: ús de llenguatge comú en la teràpia, dirigir les causes, identificar les necessitats i com abordar-les, abordar els problemes de les relacions, i el valor del rol del professional.</p> <p>Es valora positivament la llarga duració dels assoliments i l'aplicació de les diferents teories de l'anàlisi transaccional.</p>
<p>(41) Pan WL, Lin LC, Kuo LY, Chiu MJ, Ling PY.</p> <p>2023</p>	<p>Disseny quantitatiu</p> <p>Assaig clínic aleatoritzat</p>	<p>Avaluar els efectes d'una intervenció <i>mindfulness</i> prenatal que pugui ajudar a les dones amb trastorns d'ansietat i d'estat d'ànim perinatal a superar l'estrès i patiment psicològic per promoure una relació positiva amb els nadons en l'etapa postnatal.</p>	<p>DOI:</p> <p>10.1186/s12884-023-05873-2</p>	<p>La intervenció és viable, acceptable i eficaç en dones amb trastorns d'ansietat i d'estat d'ànim perinatal.</p> <p>És responsabilitat dels professionals proveir suport per mitigar l'impacte dels estressos durant la transició a la maternitat/paternitat.</p>

Taula 5. Resultats dels articles inclosos en la revisió. Elaboració pròpia.

## **6. Discussió**

### **6.1 El rol de la infermera en l'atenció a la salut mental perinatal**

Segons l'estudi d'un model d'atenció a la salut mental perinatal liderat per infermeres especialistes en aquest àmbit, la figura de la infermera especialitzada en salut mental perinatal és relativament nova, per la qual cosa existeixen encara limitacions per definir la seves competències en models liderats per infermeria per la manca d'oportunitats en el sistema actual (26). En aquest mateix estudi, s'ha observat que el rol de la infermera especialista en salut mental perinatal comunitària proveeix beneficis, impactant positivament en l'àmbit sanitari; sent una figura autònoma i amb capacitat de lideratge amb les següents funcions: assessorament, diagnòstic, planificació del tractament, sol·licitació de proves, prescripció i revisió de la medicació (26). Això corrobora la existència de barreres (manca de recursos i gestió, limitacions en serveis especialitzats, desconeixement...) que dificulten la correcta exerció de la professió en aquest àmbit tot i poder desenvolupar el seu rol amb una actuació basada en l'evidència, tal com exposen altres estudis (3,21).

Aquest model va demostrar una millor eficiència i planificació i avaluació del tractament que beneficia l'atenció al pacient; exposant l'accessibilitat, rendibilitat, seguretat i alta qualitat de l'atenció d'infermeria (26). Tanmateix, en un altre disseny d'un pla d'avaluació d'una unitat hospitalària de salut mental perinatal, es va establir els següents propòsits per la obtenció de resultats favorables: 1) proporcionar una atenció especialitzada pertinent i basada en la evidència científica, 2) donar suport i ajuda a la família, 3) donar suport a la relació mare-fill i el desenvolupament infantil, 4) involucrar, educar i donar suport en l'adaptació i recuperació de la família (27). La unitat mare-nadó de l'Hospital Clínic de Barcelona segueix aquests propòsits, oferint una atenció especialitzada per l'agudització dels TMP, que inclou una adequada planificació, tractament i educació, i que afavoreix el vincle entre la mare i el nadó (9).

Així doncs, els professionals tenen un paper important en proporcionar a les dones atenció que satisfaci les seves necessitats (28). Altres fonts exposen que el pla d'atenció d'infermeria s'ha de planificar i dur a terme amb la mateixa consideració que en qualsevol altre situació d'afectació de la salut de la persona: identificant les seves necessitats i abordant-les amb una atenció integral i visió holística, fonamentant la pràctica en l'evidència científica, i tenint en compte també el seu entorn (3, 21). A més a més, un estudi qualitatiu sobre les perspectives dels professionals en l'atenció de la salut mental perinatal revela que les llevadores i infermeres matern-infantils son freqüentment el primer punt de contacte per la detecció de depressió i ansietat perinatal, afavorint la seva derivació als serveis de salut mental pertinents (29). És a dir, coincidint amb altra bibliografia, la disposició de personal

d'infermeria amb adequada formació i eines per la detecció permeten combatre les barreres per rebre una atenció de qualitat existents en el sistema, i afavoreixen el correcte abordatge de la dona amb problemes de salut mental perinatal (3).

En aquest context, d'acord amb la literatura sobre la teoria de les transicions, la pràctica infermera té com a objectiu acompanyar i cuidar tant les dones com els seus familiars durant els diversos processos de transició que suposa l'etapa perinatal, promovent una experiència saludable. Aquest període comporta transformacions rellevants en els patrons de vida, els rols socials i les conductes individuals. La salut s'entén com un fenomen complex i multidimensional, i l'entorn, profundament condicionat per la situació de la dona, pot presentar diverses vulnerabilitats que afecten directament la manera com els professionals sanitaris intervenen i estableixen la relació terapèutica amb les persones ateses (24).

Els pacients amb TMP engloben els conceptes que Meleis va esmentar: la infermeria cuida a les dones i als familiars que passen per la transició d'un embaràs i tracta de fer aquesta transició saludable. Les persones tenen un canvi de patrons vitals fonamentals, canvis de rol i altres canvis de conducta. Es parla de salut com a complexa i de diverses dimensions i l'entorn, que depèn de la dona embarassada pot patir una sèrie de vulnerabilitats que afecten a la nostra forma de treballar amb els usuaris (24).

Per una altra banda, en una revisió sistemàtica sobre intervencions per la salut mental perinatal de professionals no especialistes es va senyalar que tant les llevadores com infermeres generalistes, prèviament formades, són les professionals no especialitzades preferents per dur a terme assessorament en salut mental perinatal adequada i eficaçment (30). Addicionalment, en un estudi qualitatiu amb dones en període postnatal en el Regne Unit s'ha determinat que l'assessorament proporcionat adequadament pels professionals és beneficiós per diverses raons: 1) fomentar a les dones a prendre decisions de la seva salut mental, 2) autodetectar els símptomes lleus per sol·licitar ajuda aviat, 3) fomentar la comprensió del pla d'atenció per millorar l'acceptabilitat i implicació de la dona (31). Segons altra literatura, una bona educació sanitària, que faciliti a la dona conèixer els símptomes i professionals a qui acudir, afavoreix la detecció de possibles problemes de salut mental perinatal (3). A més a més, les participants d'aquest mateix estudi manifestaven la necessitat de rebre suport abans o durant el tractament. No obstant, la majoria de dones reconeixia no ser capaçes d'especificar el tipus d'ajuda que requerien, per tant, era important que se'ls expliqués els diversos recursos disponibles (pla d'atenció, temps d'espera i disponibilitat) de manera que es sentissin amb major tranquil·litat (31). És clau la presa compartida de decisions, sota criteri de la dona i el professional, per decidir les opcions més beneficioses (3).

En quant a la presa de decisions, en l'estudi sobre les perspectives dels professionals en l'atenció de la salut mental perinatal es remarca la manca d'autonomia que tenen les dones ateses amb depressió i ansietat perinatal respecte les decisions vers la seva salut i el part (29). En un altre estudi sobre un model integrat de salut mental perinatal, es fa menció de la importància de tenir en compte la perspectiva de la persona que s'atén perquè pugui advocar per ella mateixa (32). Altra bibliografia exposa que és prioritari permetre que la dona sigui una participant activa en els aspectes clau de la seva atenció, ja que una adequada planificació permet detectar els factors de risc i, per tant, disminuir tant la comorbiditat com la mortalitat (3). Així doncs, és fonamental donar informació adequada per una bona col·laboració entre les pacients i els professionals, per tal de facilitar la iniciativa i expressar les seves preferències. També es destaca la inclusió de la família en l'atenció en aquest model (32).

L'expertesa i la formació dels professional són necessàries i vitals per tractar les necessitats de les dones amb problemes de salut mental perinatal i intervenir eficaçment, amb aquesta idea coincideixen múltiples estudis de diferent metodologia (28, 29, 33, 34, 35, 36). Així doncs, també ajuda a reduir la pressió que tenen les llevadores d'haver d'abordar tots els aspectes de la salut materna (29). Els equips ben formats garanteixen l'efectivitat de la implementació dels programes educacionals perinatals (33); contràriament, la manca d'expertesa resulta en situacions inoportunes com no proporcionar la informació pertinent sobre els efectes de la medicació en l'embaràs (28). El fet de viure experiències negatives amb els professionals per no ser atès adequadament, juntament amb la manca d'informació sobre la salut mental perinatal, obstaculitzen el progrés de la infermeria com a figura autònoma i competent en aquest camp. Això posa en evidència la necessitat d'exigir i advocar pels professionals especialitzats en salut mental perinatal, coincidint amb la literatura actual, ja que suposen un increment en la productivitat de la labor, credibilitat del professional i seguretat del pacient, permetent una atenció de qualitat i ser una figura de confiança per la persona i el seu entorn (3,21).

Per altra part, s'ha observat en el model d'atenció liderat per infermeres especialistes en salut mental perinatal comunitària, que un increment del temps, per reunir-se i fer avaluacions, atorga una major oportunitat de debats i aprenentatge (26). D'aquesta manera es pot garantir la pràctica basada en l'evidència i actualització de la pràctica i competències en l'atenció de salut mental perinatal (26). La formació continuada dels professionals que atenen a dones en etapa perinatal és beneficiosa pel cribratge i abordatge de problemes de salut mental perinatal, així com l'ús dels recursos disponibles (37). És a dir, que té un impacte positiu en el desenvolupament de les activitats de la professió, així com també ajuda a reduir les barreres que poden presentar-se a l'hora de vetllar per la salut mental perinatal (3).

Segons un estudi qualitatiu en dones amb problemes de salut mental perinatal, les que han sigut ateses per equips especialitzats en l'atenció perinatal remarquen la qualitat de la seva expertesa (34). El seu gran enteniment en aquest àmbit els donava seguretat, ja que proporcionaven paraules d'encoratjament i resolien clarament els seus dubtes (34). En altres paraules, i com exposen altres estudis, la manca d'educació vers la salut mental perinatal es pot contrarestar amb la formació especialitzada i continuada del personal, proporcionant una major acceptació de la situació de salut (3, 21). En l'estudi qualitatiu realitzat a Regne Unit s'expressa també la preferència per l'expertesa dels professionals especialistes en salut mental perinatal (31). Els equips no especialitzats també presentaven beneficis, ja que s'asseguraven d'estar en constant contacte i concertar visites conjuntes amb altres professionals. Ambdós equips s'encarregaven que fossin visitades pels mateixos professionals (34). Es valora molt favorablement la continuïtat assistencial, ja que pot resultar tediós explicar les experiències i dificultats personals a persones desconegudes (34). Una de les diferències remarcables és que l'equip perinatal prestava el seu servei només fins a un any postpart, mentre que el no especialitzat atenia fins molts més anys (34). En l'estudi qualitatiu realitzat a Regne Unit també s'ha evidenciat la preocupació per la manca de continuïtat dels diversos professionals que atenen les dones en etapa perinatal (31). Per consegüent, l'expertesa i la continuïtat assistencial condicionen la qualitat de l'atenció i l'experiència de cada dona, brindant una oportunitat per establir un vincle amb la dona i el seu entorn, o en cas de ser deficient pot generar desconfiança i complicar la qualitat del cuidatge (21). Aquesta atenció fragmentada, amb menor continuïtat assistencial, té un impacte negatiu en l'experiència de les dones (29). L'estudi a Regne Unit també evidencia que l'experiència de les participants impacta en la percepció de l'eficàcia de l'atenció en la salut mental perinatal, minimitzant la seva confiança amb els professionals fins al punt de sentir-se insegures (31). Això comporta que fossin menys propenses a revelar el seu malestar de la seva salut mental i a accedir a suport addicional (31).

Un altre estudi sobre l'adaptació del *Mindfulness* senyala que és essencial la col·laboració entre experts en atenció perinatal i experts en atenció de salut mental perinatal, però que actualment no n'hi ha suficient. També senyala que els professionals de comunitària que tenen experiència i coneixement en l'àmbit són un component significatiu i beneficiós en l'atenció a la salut mental perinatal (38). En el disseny d'un programa de cribatge en salut mental perinatal, s'ha inclòs una figura referent per l'equip i derivació de les dones com a rol essencial per mantenir una continuïtat en l'atenció i facilitar discussions (35). Altres fonts comenten que el rol d'infermeria en l'atenció de salut mental perinatal no només es limita en l'especialista d'aquest àmbit en concret, sinó que cal la presència i cooperació del personal

format en els diferents àmbits que proveeixin un cuidatge a la persona per realment donar una atenció integral i holística (3, 21).

## **6.2 Les intervencions en l'atenció a la salut mental perinatal**

En diversos estudis els professionals reconeixen la importància de realitzar cribratges rutinaris (35). És per això que una de les preocupacions evidenciades és la manca de temps en les visites per dur-ho a terme sense errors (35). Tot i descriure's la necessitat de fer una detecció precoç i un cribatge rutinari, segons altres fonts, les limitacions en recursos i temps que tenen els professionals per poder fer una bona consulta impedeixen la realització plena de les competències d'infermeria (3, 21). S'ha evidenciat la necessitat de desenvolupar un programa de cribatge universal de salut mental perinatal i derivació clar i eficient en diferents àmbits i poblacions, així com proveir formació específica i poder recórrer a una persona de referència in situ (35). Un pla d'aquesta mena seria ideal per afrontar el desconeixement vers les eines de cribatge i serveis especialitzats, segons exposen altres estudis, així com també milloraria la qualitat i eficiència de les actuacions del personal, podent fer una exploració apropiada, i identificar i avaluar els factors de risc existents (3, 21). Aquest programa també és essencial per reforçar la relació entre el servei i les dones (35). Un altre estudi realitzat a Austràlia senyala que hi ha variacions i dèficits estadísticament significatius en l'aplicació del cribatge entre diferents professionals, cosa que demostra la necessitat de crear protocols (35). A més a més d'una eina estandarditzada, la incorporació de conversacions sobre la xarxa de suport i el vincle mare-fill és eficaç per captar les necessitats existents (37). D'acord amb altra literatura, l'harmonització d'aquesta pràctica és primordial per l'activitat professional d'aquesta disciplina de la salut, actuant segons l'evidència científica i mantenint una visió holística que inclogui l'entorn (3, 21).

L'eina més utilitzada per cribar és l'Escala de Depressió Postnatal d'Edimburg, per avaluar la depressió, tot i que existeixen altres mesures per avaluar altres problemes com l'ansietat (30). En la revisió sistemàtica sobre intervencions per la salut mental perinatal de professionals no especialistes es determina que les intervencions d'assessorament s'associen amb símptomes depressius més baixos (30). Tant el *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya (2018)* com el *Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya (2020)* estableixen l'ús d'aquest instrument, que no és diagnòstic, a les sis setmanes postpart, tot i que en el del 2018 menciona utilitzar-ho també en el cas positiu d'una altra eina, les preguntes *Whooley*, en la segona visita del seguiment de l'embaràs (22, 23). Altres fonts descriuen l'*Escala de Depressió Postnatal d'Edimburg* com a instrument universal pel cribatge de la depressió postpart, havent d'emprar-la mínimament dues vegades: a les 6-8 setmanes postpart i als 3-6 mesos postpart (3, 18). Per una altra banda, existeixen recomanacions de fer les preguntes *Whooley* durant l'embaràs, per la depressió prenatal,

però també en el postpart (3,18). Això exposa la necessitat de perfilar encara en el consens sobre els diferents instruments de cribatge, i especificar si és per la depressió prenatal o postnatal; en quin moment concret fer-ne ús, i fer distinció entre recomanacions i l'obligatorietat en la pràctica.

Respecte el tractament farmacològic, un estudi qualitatiu sobre els models de salut mental comunitària per dones amb problemes de salut mental perinatal senyala que moltes dones estan disposades a ser assessorades sobre la medicació (34). No obstant, en una revisió sistemàtica sobre les preferències en el tractament per la depressió perinatal s'evidencia discrepàncies: hi ha dones que eviten el seu ús en l'embaràs i lactància; dones que presenten dificultat per acceptar-ho com a ajuda; dones que tenen preferència a medicarse o dones que només es mediquen si els símptomes son severos (28). Aquesta heterogeneïtat, segons altres estudis, es pot explicar en part per la insuficient evidència sobre l'exposició de l'embrió i el recent nascut, a través de la placenta i la llet materna, i les possibles complicacions i efectes secundaris en la dona, no obstant les regularitzacions nacionals i internacionals (3). En aquest estudi també es senyala que les dones prioritzen les necessitats del nadó per sobre de les seves, preocupant-se pels efectes de la medicació en l'embaràs i lactància, com el temor dels efectes sedatius interferint en la capacitat de cuidar el seu fill (28). Contràriament, també existeixen casos de mares que prenen la medicació perquè reconeixien els potencials efectes de la depressió perinatals en el nadó (28). És important, llavors, realitzar un estricte seguiment dels fàrmacs, valorant l'eficàcia i estat de la dona, temps d'acció, efectes adversos secundaris, dosis, etc. (3). A més a més, d'acord amb altres fonts, és fonamental un bon assessorament particular a la persona, xarxa de suport, trastorn i tipus de fàrmac, per tal de prendre decisions compartides que s'adaptin a la persona i les seves expectatives (3, 21). També s'han observat queixes i frustració per la manca d'alternatives al tractament farmacològic (28).

Segons la revisió sistemàtica sobre les preferències en el tractament per la depressió perinatal, les dones tenen una preferència clara pel tractament no farmacològic (28). Una revisió bibliogràfica sobre la intervenció psicològica per la depressió perinatal exposa que les intervencions no farmacològiques a nivell d'atenció primària són prometedores pel tractament de depressió perinatal (39), convertint-se així, segons altres fonts, en una part fonamental del tractaments de problemes de salut mental perinatal (3, 20). Malgrat això, algunes dones tenien males experiències amb la teràpia ja que no cobria les seves necessitats i/o la duració era insuficient (28). Per una altra banda, el suport de la família i amics també es afavoridor i ajudava a la dona a sentir-se cuidada (28). Es destaca una altra vegada, d'acord amb altra bibliografia, l'essencialitat d'assessorar correctament a la persona, coneixent les seves

necessitats, oferint amb coneixement de causa mesures en funció d'aquestes, i decidint conjuntament, així com també donar rellevància a la xarxa de suport (3, 20, 21).

En una revisió bibliogràfica sobre la psicoteràpia d'anàlisi transaccional s'ha observat que aquesta intervenció és acceptable i útil pels problemes de salut mental perinatal (40). Les participants van trobar útil el llenguatge i conceptes compartits entre el professional i la persona; l'abordatge de la causa del problema en comptes de tractar la simptomatologia; centrar-se en les relacions íntimes i familiars, així com abordar els seus dèficits; i la llarga duració (fins anys) dels beneficis adquirits de la teràpia (40). Es destaca la capacitat de donar sentit a les seves experiències, identificar les seves necessitats, i abordar el fet de prioritzar a altres persones per sobre d'elles mateixes esdevenint més assertives (40).

En un assaig clínic aleatoritzat d'un programa de *Mindfulness* prenatal es va demostrar la viabilitat, l'acceptabilitat i l'eficàcia de la intervenció entre les dones amb trastorn d'ansietat i estat d'ànim (41). Es va observar una reducció significativa en la depressió, l'estrès i l'ansietat que persistia fins a quatre mesos després del part (41). Tanmateix, és essencial mantenir una continuïtat en la pràctica, fins i tot després de finalitzar les sessions (41). Un estudi corrobora l'eficàcia de la Teràpia Cognitiva Basada en *Mindfulness* per reduir el risc de futurs episodis depressius (38). És rellevant, doncs, que els professionals coneguin les característiques, utilitat i eficàcia de les psicoteràpies, a més de les condicions de la intervenció que el centre proporciona, com la duració o sessions, per tal que puguin assessorar convenientment a la persona i xarxa. D'aquesta manera, com exposen altres estudis, es pot escollir la millor opció entre la varietat de teràpies disponibles en funció de les tècniques de la intervenció i circumstàncies i objectius de la persona (3, 21).

Diversos estudis coincideixen que les dones valoren poder ser presents amb els nadons en les visites (34). Addicionalment, s'ha vist que el suport de les xarxes de suport són essencials i, per tant, es beneficiaria que poguessin fer teràpia amb la parella o família, enfocant la recuperació com un procés relacional enlloc d'un individual (27,28,32,34).

Les dones consideren que l'atenció postpart hauria d'enfocar-se en les seves necessitats i no només donar atenció als nadons. Les infermeres haurien d'escoltar-les, tractar-les com a individus i respectar les seves preferències en el tractament, així com els seus valors i creences (28,31). Quan se sentien escoltades es fomentava la interacció amb serveis i en les visites (28,31). Les preguntes sobre el seu benestar o salut mental han de ser amb un propòsit i no només com a requeriment (31). Els professionals han de comprendre que se'ls ha de donar temps, no jutjar, escoltar i deixar que parlin lliurement; entenent que el que van experimentar és important per elles (31). Per tant, es posa en evidència la rellevància del vincle entre el professional i la pacient, la relació terapèutica i la proactivitat (28,31), de

manera que, segons altres estudis, no es senti estigmatitzada i demani i accepti l'ajuda que se li proveeixi, i així es garanteixi una atenció integral (3, 21).

### **6.3 Els recursos i circuits en l'abordatge de la salut mental perinatal**

Segons una revisió sistemàtica sobre els indicadors de la salut mental perinatal, la OMS recomana que totes les guies rellevants sobre l'atenció a la salut materno-infantil o perinatal incloguin recomanacions actualitzades sobre la salut mental perinatal (36). En un altre estudi realitzat a Canadà, els participants demanen una estandardització del model de salut mental perinatal que posi en concordança les pràctiques de cribratge i d'atenció, i millorant la integració i l'accessibilitat amb recursos centralitzats (32). El treball en equip i l'establiment d'objectius i visió en comú entre diversos serveis és clau, perquè si existeix descoordinació en l'atenció o derivació la dona pot sentir-se angoixada, incrementant així els nivells d'ansietat (31,33). S'ha posat en evidència també la manca de recursos humans i finançament, provocant una limitació en els serveis i intervencions (29). Els protocols elaborats pel Departament de Salut de Catalunya sobre l'atenció en l'embaràs i postpart estableixen uns objectius i línies d'actuació i derivació en referència a l'atenció primària, l'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR) i el Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA), no obstant es limita en la detecció de la depressió perinatal pel nivell d'evidència en el cribratge respecte altres trastorns, i tampoc s'especifica les intervencions o tractaments disponibles o recomanats (3, 21, 22, 23).

Els participants de diversos estudis també senyalen la utilitat d'assistir a grups i parlar amb companys, per compartir i validar experiències (28,31). També es posa de manifest la necessitat de ser flexible en les intervencions, i permetre participar de manera presencial o remota i reduint els "deures" a casa (28,31). Un altre opció que s'ha senyalat és realitzar visites a domicili (31). Els protocols de Catalunya per l'atenció en l'embaràs i postpart estableixen la possibilitat de donar atenció domiciliària en el puerperi però no durant l'embaràs (22, 23).

### **6.4 Els estigmes sobre els problemes de salut mental perinatal**

Les dones amb problemes de salut mental perinatal solen callar per por a perdre els fills, no poder cuidar-los bé, o per ser titllada de ser una mare 'dolenta' (30). Això dificulta que revelin els seus símptomes, complicant la detecció i accés als serveis (35). En estudis qualitatius de sobre experiències de dones en etapa perinatal, les participants posaven èmfasi en el judici injust que els professionals feien, minimitzant les seves capacitats i autonomia com a mares (31, 34). En algunes situacions, els professionals no especialitzats subestimaven la seva situació o no se les prenia seriosament. Aquesta informació coincideix amb els motius, que altres fonts exposen, per la qual els TMP poden passar desapercebudes (14,15,16,17).

Tanmateix, es tracta de casos reduïts; la majoria acostumen a ser comprensius (34). Per tant, és important ser empàtic, validar les seves experiències i fer ús d'un llenguatge adequat (28,31,35) per facilitar la capacitat de demanar ajuda, segons exposen altres estudis (14,15,16,17).

Per una altra banda, la literatura sobre la teoria de les transicions de Meleis exposa que els estigmes formen part dels factors personals de les condicions de la transició, és a dir, les circumstàncies que influeixen la persona en aquesta. Les creences i actituds culturals, com poden ser els estigmes, poden influir en l'experiència de la transició, sent un inhibidor ja que dificultaria el progrés cap a una transició saludable (24). Les dones amb problemes de salut mental perinatal experimenten múltiples transicions de gran complexitat (embaràs, problemes de salut mental prenatal, part, postpart, problemes de salut mental postnatal, maternitat...) tant seqüencialment com simultàniament, provocant diversos canvis tant a nivell social com mental i emocional (autopercepció, vincle amb família o parella, vincle amb el nadó...). L'entorn sanitari està estretament vinculat amb l'adaptació del pacient, sent els principals cuidadors juntament amb la família, i per tant, els estigmes poden empitjorar la simptomatologia, l'autopercepció i l'adquisició de nous rols (exemple: ser mare) (24).

## 7. Conclusions

El rol d'infermeria és fonamental en l'atenció a les dones amb problemes de salut mental perinatal, tot i estar encara en desenvolupament, ja que proporciona una atenció de qualitat que impacta positivament en la detecció, assessorament i tractament. Es tracta d'una figura que pot actuar de manera autònoma i liderar tant a nivell hospitalari com comunitari.

Entre les seves funcions es destaca el cribratge, l'educació sanitària, l'assessorament sobre mesures farmacològiques i no farmacològiques, i el suport a la dona i la família. A més a més, pot dur a terme intervencions de psicoteràpia de manera efectiva si s'adquireix la formació necessària. La part més essencial, no obstant, és la identificació de les necessitats per tal de establir un pla d'atenció integral, individualitzat i holístic. És important que durant la planificació es fomenti l'autonomia de la dona i presa compartida de les decisions, incloent també a la família i entorn, explicant detalladament els recursos disponibles.

L'especialització proporciona habilitats i expertesa per un millor abordatge de les situacions i ús responsable dels recursos. Tanmateix, aporta major seguretat per la dona i entorn, i genera més confiança per la resolució clara de dubtes i tracte més sensible. Per una altra banda, els professionals formats no especialitzats també són beneficiosos per la continuïtat que ofereixen. A l'hora de tractar amb la persona, ambdós grups s'ha d'evitar crucialment l'estigmatització, en canvi, han de ser comprensius i empàtics, fer escolta activa, no jutjar i permetre la lliure expressió per reforçar el vincle i relació terapèutica, de manera que puguin demanar ajuda.

En quant a la teoria de les transicions d' Afaf Ibrahim Meleis, el període perinatal es representa com una etapa de canvis, on la dona pot presentar vulnerabilitat i experimentar múltiples transicions (físiques, emocionals, socials i pertanyent al rol de mare). En aquest context, la infermera adoptarà un rol clau per realitzar el procés de transició saludable, actuant com a figura de suport, guia i acompanyament.

El personal d'infermeria sol ser el primer punt de contacte per la detecció, així que és essencial fer cribratges rutinaris amb les eines pertinents. Per això són importants els protocols actualitzats, perquè tots els equips (atenció primària, ASSIR i CSMA, principalment) siguin capaços de fer les actuacions uniformement i coneguin els circuits i criteris per derivar. Tot i que a Catalunya es disposa de protocols, aquests només descriuen el cribratge principalment de la depressió perinatal, sense explorar altres trastorns o problemes. Tanmateix, és fonamental tenir una persona referent en salut mental perinatal a qui dirigir-se.

Per una altra banda, s'ha de realitzar un bon assessorament del tractament farmacològic i fer una avaluació continua i estricta per la manca d'informació sobre els

possibles efectes tant en la dona com en el nadó. El tractament no farmacològic, com les psicoteràpies, han provat ser més acceptats, útils per les necessitats de la dona i entorn, i beneficioses a llarg termini. En els protocols vigents a del Departament de Salut els manca informació sobre ambdós tipus de tractaments, per la qual disminueix la qualitat d'assessorament. A més a més, la oferta hauria de ser variada, per adaptar-se a les necessitats, permetent tenir contacte amb un grup d'iguals i l'opció de rebre visites a domicili durant tot el període perinatal.

S'ha d'advocar per la formació de la infermeria en aquest àmbit per eliminar les barreres en el sistema sanitari (limitació de recursos, temps, personal format, serveis...) perquè es pugui detectar els factors de risc i evitar o reduir el desenvolupament de problemes de salut mental perinatal.

## **8. Limitacions**

Una de les principals limitacions es fonamenta en la manca de bibliografia referenciada en llengua catalana o en castellà, ja que no s'ha pogut trobar estudis que complissin els criteris d'inclusió en aquestes llengües. A més a més, no s'ha pogut trobar gaire informació actualitzada sobre l'actuació d'infermera en la salut mental perinatal a Espanya i Catalunya. Una altra limitació és la manca d'informació, tant en la recerca de la literatura del marc teòric com la dels articles, sobre el paper d'infermeria en la prevenció (planificació de l'embaràs); i escales de valoracions, instruments de cribatge i abordatge d'altres TMP o problemes de salut mental perinatal que no fossin depressió perinatal o altres trastorns de l'estat d'ànim. És important poder reconèixer les limitacions d'aquest estudi per poder millorar de cara a futures línies de recerca.

## 9. Cronograma

	Oct	Nov	Nov	Des	Des	Gen	Gen	Feb	Feb	Mar	Mar	Abr	Abr	Mai	Mai
	15-31	01-15	16-30	01-15	16-31	01-15	16-31	01-15	16-28	01-15	16-31	01-15	16-30	01-15	16-31
Tutoria	■		■		■			■			■			■	
Elecció del tema	■														
Justificació del tema		■													
Pregunta d'investigació		■													
Objectius		■													
Redacció de l'esborrany		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Marc teòric		■	■	■	■	■									
Metodologia			■	■	■	■									
Recerca bibliogràfica					■	■	■	■	■	■					
Lectura crítica d'articles									■	■					
Resultats										■	■	■			
Conclusions											■	■	■		
Resum													■	■	
Entrega del TFG														■	■

Taula 6. Cronograma

## 10. Bibliografía

1. Pablo AM, Villacampa EM, Blázquez LA, Barrios SV, Portolés SI, Iriarte SA. Cambios, físicos y psíquicos, en la mujer durante el embarazo. *Revista Sanitaria de Investigación*. 2023;4(2):105.
2. Halter MJ, Fratena CA. *Vacarolis: Manual de planes de cuidado en enfermería psiquiátrica*. 7.a Edición. Barcelona: Elsevier; 2023. p.264-277.
3. Garcia-Esteve L, Valdés Miyar M. *Manual de psiquiatría perinatal: guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, posparto y lactancia*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2017.
4. Maldonado-Duran JM. Salud mental perinatal [Internet]. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2011. [citad 5 desembre 2024]. Disponible a: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51594>
5. Rodríguez-Muñoz MF, Motrico E, Miguez C, Chaves C, Suso-Ribera C, Duque A, et al. Perinatal depression in the Spanish context: Consensus report from the general council of psychology of Spain. *Clin Salud* [Internet]. 2023;34(2):51–63. Disponible a: <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/clysa2023a15>
6. WHO Mortality Database [Internet]. World Health Organization: Ginebra: WHO; 2022 [actualització 2025; consultat 21 desembre 2024]. Disponible a: <https://platform.who.int/mortality/themes/theme-details/topics/topic-details/MDB/perinatal-conditions>
7. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades [Internet]. 11ª ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. [consultat 21 desembre 2024]. 520 p. Disponible a: <https://icd.who.int/es>
8. England National Health Service. The perinatal mental health care pathways. [Internet]. London: NHS England; 2018. [consultat 21 desembre 2024]. 14 p. Disponible a: <https://www.england.nhs.uk/publication/the-perinatal-mental-health-care-pathways/>
9. Venes D. *Diccionario enciclopédico Taber de ciencias de la salud*. 20a ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2008.
10. Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos: Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. 48ª ed. Ginebra: OMS; 2014 [citad 1 novembre 2024]. Disponible a: <https://iris.who.int/handle/10665/202593>
11. Mental disorders [Internet]. Ginebra: WHO; 2022 [actualització 2024; consultat 21 desembre 2024]. Disponible a: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
12. Launch of the WHO guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services [Internet]. Ginebra: WHO; 2022. [citad 1 novembre 2024]. Disponible a:

<https://www.who.int/news/item/19-09-2022-launch-of-the-who-guide-for-integration-of-perinatal-mental-health>

13. Hablemos de la DPP: kit de herramientas de la campaña [Internet]. Maryland: Office on Women's Health; 2024. [consultat 23 desembre 2024]. Disponible a: [https://womenshealth.gov/sites/default/files/s3fs-public/documents/2024/23348-66\\_OWH24\\_Fact-Sheet-Perinatal-Mental-Health04\\_spa-1.pdf](https://womenshealth.gov/sites/default/files/s3fs-public/documents/2024/23348-66_OWH24_Fact-Sheet-Perinatal-Mental-Health04_spa-1.pdf)
14. American Psychiatry Association. Perinatal mental and substance use disorders [Internet]. Washington DC: American Psychiatry Association; 2023. [consultat 23 desembre 2024]. Disponible a: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/professional-interests/women-s-mental-health/maternal-mental-health-toolkit>
15. England National Health Services. NHS England » Perinatal mental health [Internet]. NHS. [citat 1 novembre 2024]. Disponible a: <https://www.england.nhs.uk/mental-health/perinatal/>
16. Womersley K, Alderson H. Perinatal mental health. *Medicine*. [Internet]. 2024 [consultat 24 desembre 2024]; 52(10):632-636. Disponible a: <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2024.07.009>
17. World Health Organization. Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services [Internet]. 1a ed. Ginebra: World Health Organization; 2022 [consultat 24 desembre 2024]. 66 p. Disponible a: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>
18. Doll A, Navas M, Quintero J. Enfermedad mental perinatal. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. [Internet]. 2015 [consultat 30 desembre 2024]. 1;11(86):5119-26. Disponible a: [doi.org/10.1016/j.med.2015.09.001](https://doi.org/10.1016/j.med.2015.09.001)
19. Bränn E, Shen Q, Lu D. Perinatal depression and its health impact. *BMJ*. [Internet]. 2024 [consultat 24 desembre 2024]; 384: 2777. Disponible a: [10.1136/bmj.p2777](https://doi.org/10.1136/bmj.p2777)
20. Jahan N, Went TR, Sultan W, Sapkota A, Khurshid H, Qureshi IA, Alfonso M. Untreated depression during pregnancy and its effect on pregnancy outcomes: a systematic review. *Cureus*. [Internet]. 2021 [consultat 27 desembre 2024]. 13(8): e17251. Disponible a: [10.7759/cureus.17251](https://doi.org/10.7759/cureus.17251)
21. Fernández Fernández ML, Santo Tomás Pérez M. Fundamentos históricos, teóricos y metodológicos de la enfermería. 3a ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2016.
22. Armelles M, Cabezas C, Costa D, Escuriet R, Fernández R, et al. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. [Internet]. 3 ed. Barcelona: Secretaria de Salut Pública de Catalunya; 2018. [consultat 27 març 2024]. Disponible a: [https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1204/protocol\\_seguiment\\_embaras\\_catalunya\\_2018.pdf?sequence=14&isAllowed=y](https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1204/protocol_seguiment_embaras_catalunya_2018.pdf?sequence=14&isAllowed=y)

23. Amat-Giménez MI, Armelles-Sebastià M, Asso-Ministral L, Buirà-Mèlich E, Cabedo-Ferreiro R, Carreras-Moratonas E, et al. Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya. 2a ed. Barcelona: Secretaria de Salut Pública de Catalunya; 2020. [consultat 27 març 2024]. Disponible a: [https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1203.2/protocol\\_atencio\\_acompanyament\\_al\\_naixement\\_catalunya\\_2020.pdf?sequence=6&isAllowed=y](https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1203.2/protocol_atencio_acompanyament_al_naixement_catalunya_2020.pdf?sequence=6&isAllowed=y)
24. Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. 9a ed. Barcelona: Elsevier; 2023. p. 206-314.
25. Vives-Espelta J, Burjalés-Martí MD, Ferré-Grau C. Nurses' views and practices on parental mental illness: An integrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2022 Feb;31(1):8-24. Disponible a: <https://doi.org/10.1111/inm.12937>