

Núria Farreny Solé

DEPRESSIÓ POSTPART I DOL D'UN ÉSSER ESTIMAT

TREBALL DE FI DE MÀSTER

Dirigit per la Dra. Maria Lourdes Camprubí Reverté

Màster en Psicologia General Sanitària

Departament de Psicologia



**UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI**

Tarragona

2024-2025

Avís de confidencialitat

Aquest Treball de Fi de Màster conté informació confidencial, motiu pel qual no pot ser compartit en la seva totalitat sense autorització prèvia.

ÍNDIX

1. Fonamentació teòrica del problema presentat per a cada cas	1
2. Presentació-descripció del cas 1: A.B.	14
3. Explicació i justificació de les tècniques d'avaluació aplicades i de les dades de pretractament	19
4. Hipòtesis diagnòstiques, de manteniment i d'origen del problema	21
5. Definició d'objectius d'actuació	24
6. Explicació i justificació de les tècniques de tractament utilitzades	25
7. Presentació de dades post tractament: resultats aconseguits	29
8. Discussió dels resultats obtinguts	30
9. Seguiment: resultats	31
10. Presentació-descripció del cas 2: M.K.	32
11. Explicació i justificació de les tècniques d'avaluació aplicades i de les dades de pretractament	37
12. Hipòtesis diagnòstiques, de manteniment i d'origen del problema	37
13. Definició d'objectius d'actuació	40
14. Explicació i justificació de les tècniques de tractament utilitzades	41
15. Presentació de dades post tractament: resultats aconseguits	43
16. Discussió dels resultats obtinguts	44
17. Seguiment: resultats	45
18. Presentació-descripció del cas 3: R.O.	45
19. Explicació i justificació de les tècniques d'avaluació aplicades i de les dades de pretractament	50
20. Hipòtesis diagnòstiques, de manteniment i d'origen del problema	50
21. Definició d'objectius d'actuació	52
22. Explicació i justificació de les tècniques de tractament utilitzades	53
23. Presentació de dades post tractament: resultats aconseguits	55
24. Discussió dels resultats obtinguts	56
25. Seguiment: resultats	57
26. Anàlisi de les limitacions del treball	57
27. Conclusions	58
28. Bibliografia	59
29. Annexos	61

1. FONAMENTACIÓ TEÒRICA DEL PROBLEMA PRESENTAT PER A CADA CAS

Depressió postpart

El postpart és el període immediatament posterior al part, que generalment dura fins a les sis setmanes, durant el qual el cos de la dona retorna als canvis fisiològics previs a l'embaràs. Al llarg d'aquest període, es produeixen diferents processos d'adaptació a nivell neuroendocrí i psicosocial, que poden tenir un impacte directe en l'estat psicològic de la mare, augmentant el risc d'experimentar trastorns de l'estat d'ànim propis del postpart, com la psicosi postpart, la tristesa postpart o la depressió postpart (Solís Solano, M., i cols., 2019).

La depressió postpart (DPP) és un trastorn o episodi de l'estat d'ànim caracteritzat per símptomes depressius d'inici en el postpart que persisteixen durant més de dues setmanes (Medina-Serdán, E., 2013 i Garcia-Esteve, L., i cols., 2017).

L'inici de la DPP sol estar relacionat cronològicament amb el part. Segons els criteris diagnòstics del DSM-V i de la CIE-10, l'episodi es considera que comença abans de les quatre o sis setmanes postpart, respectivament (Medina-Serdán, E., 2013 i Garcia-Esteve, L., i cols., 2017). No obstant això, altres experts recomanen ampliar aquest període a tres, sis o fins a dotze mesos postpart (Elliott, Leverton, Sanjack i cols., 2000 citat per Garcia-Esteve, L., i cols., 2017).

Pel que fa a l'etiologia, les hipòtesis que intenten explicar l'aparició i el manteniment de la DPP s'emmarquen dins del model general de vulnerabilitat enfront de l'estrès. Aquest model suggereix que el part, com a factor estressor neurohormonal i immunològic, i la transició cap a la maternitat, marcada per estressors psicosocials, interactuen entre si, precipitant canvis d'humor que poden derivar en episodis depressius (Garcia-Esteve, L., i cols., 2017).

La vulnerabilitat genètica també té un paper important en la DPP, amb una heretabilitat estimada del 25%. A més, existeix una vulnerabilitat neurohormonal, ja que la DPP podria estar relacionada amb una sensibilitat diferencial als canvis hormonals de l'embaràs i el puerperi. Des del punt de vista cognitiu, factors com trets de personalitat, estil cognitiu, estratègies d'afrontament i recursos de suport influencien l'impacte de les experiències perinatals. Així mateix, factors com neuroticisme, evitació al dany, perfeccionisme, inestabilitat emocional, ansietat, preocupació, obsessió, timidesa i l'ús limitat d'estratègies efectives d'afrontament de l'estrès s'han de considerar com a factors de risc per a la DPP (Medina-Serdán, E., 2013, Roca, A., i cols., 2023 i Garcia-Esteve, L., i cols., 2017).

En resum, les dones que pateixen DPP constitueixen un grup heterogeni, amb una etiologia multifactorial, genètica, biològica i psicològica, on el part actua com un estressor addicional (Garcia-Esteve, L., i cols., 2017).

Respecte a la prevalença de la DPP, s'estima que una de cada deu mares desenvoluparà aquesta condició durant el primer any de vida del seu nadó (Medina-Serdán, E., 2013 i Roca, A., i cols., 2023). Aquesta prevalença és tres vegades més alta en els països en desenvolupament en comparació amb els països desenvolupats, i es presenta amb més freqüència en dones amb un nivell socioeconòmic baix, aquelles que han tingut complicacions durant el part, o que viuen en contextos de conflicte familiar, social o laboral. A més, és especialment comuna entre les dones adolescents (Fernández Vera i cols., 2024).

Cal destacar que la DPP no afecta únicament a les mares; els estudis també indiquen que els pares poden patir aquest trastorn, experimentant els mateixos símptomes i sofrint efectes negatius similars en la relació de parella i en el desenvolupament de l'infant (Medina-Serdán, E., 2013).

La DPP és una de les malalties més freqüents i invalidants del període postnatal, afectant tant la mare com les seves funcions maternes, com l'alimentació, la criança i la vinculació afectiva amb el nadó. Els símptomes també poden afectar negativament la capacitat de la mare per relacionar-se socialment i mantenir relacions interpersonals durant aquesta etapa (Medina-Serdán, E., 2013, Roca, A., i cols., 2023, Solís Solano, M., i cols., 2019 i Garcia-Esteve, L., i cols., 2017). Pel que fa a la recurrència, la probabilitat que la DPP es torni a presentar en embarassos posteriors oscil·la entre el 10 i el 35% (Medina-Serdán, E., 2013 i Fernández Vera i cols., 2024).

En les classificacions actuals, la depressió postpart es descriu com un episodi depressiu major d'inici en el peripart. En general, és similar a un episodi depressiu que es pot presentar en qualsevol moment del cicle vital, però es distingeix per una major agitació psicomotora, indecisió, dificultats de concentració i una menor ideació suïcida. A més, s'ha observat que les dones que experimenten episodis de depressió major durant el peripart, sovint presenten ansietat severa i, en alguns casos, atacs de pànic comòrbids (Garcia-Esteve, L., i cols., 2017).

Per una banda, els principals símptomes que es corresponen amb els criteris establerts pel DSM-V i la CIE-10 per al trastorn o episodi depressiu són els següents:

Taula 1. Síntomes del trastorn o episodi depressiu (DSM-V i CIE-10)

- Estat d'ànim deprimat i tristesa o plor persistents
- Disminució de l'interès o de la capacitat per a gaudir
- Canvis en els patrons d'alimentació i son
- Cansament o fatiga crònica

- Ansietat, que pot arribar fins als atacs de pànic
- Sentir-se aclaparada, indefensa i incapaç
- Dificultat, reticència o impossibilitat de cercar ajuda i suport
- Problemes d'atenció, concentració i memòria
- Irritabilitat i/o sentiments de culpa i/o inutilitat
- Pensaments de fer-se mal a si mateixa i/o ideació suïcida

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del DSM-V i la CIE-10

D'altra banda, els símptomes que poden afectar la relació mare-infant inclouen:

Taula 2. Síntomes relacionats amb la relació mare-infant

- Afectació de les funcions d'autocura, lactància, vinculació afectiva i criança
- Sentiments d'ambivalència cap al fill i/o sobreprotecció del menor
- Pensaments obsessius i conductes compulsives relacionades amb el fill i la seva cura
- Autodesvalorització (per exemple, sobre la competència com a mare)
- Pensaments negatius cap al nadó, especialment creure que li pot fer mal

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de Medina-Serdán, E. (2013); Roca, A., i cols., (2023); Solís Solano, M., i cols., (2019)

Aquest conjunt de símptomes subratlla la complexitat de la depressió postpart, que afecta no només l'estat emocional de la mare, sinó també la seva capacitat per establir una relació saludable i un vincle afectiu amb el nadó.

En definitiva, les cognicions de les mares que pateixen DPP es concentren en pensaments relacionats amb les seves capacitats i expectatives com a mares.

Sovint experimenten sentiments de culpa, una preocupació excessiva per la salut del seu fill i, en el 40% dels casos, pensaments obsessius sobre la possibilitat de fer-li mal. A més, poden tenir dificultats per prendre decisions respecte a la criança o l'alimentació, una baixa autoimatge com a mares i problemes en la relació amb altres membres significatius de la família (Garcia-Esteve, L., i cols., 2017).

La presència de símptomes físics com el cansament, la hipersòmnia diürna o l'insomni, poden dificultar el diagnòstic clínic, obstaculitzar el funcionament de la dona i augmentar la sensació d'incapacitat per afrontar les exigències i tasques quotidianes. A més, els canvis en la gana o el pes poden ser interpretats erròniament com a signes de la DPP, quan en realitat poden reflectir els canvis associats al part i la lactància, mentre que les alteracions en la son sovint responen a les necessitats de la cura del nadó (Garcia-Esteve, L., i cols., 2017).

Els factors protectors de la DPP inclouen diversos aspectes relacionats amb la detecció precoç i el suport durant l'embaràs i el postpart. Entre aquests factors, destaca la realització de cribatges per identificar els símptomes inicials i el reconeixement dels aspectes psicològics durant els controls prenatals. També és important proporcionar psicoteràpia a les dones amb antecedents de depressió, ansietat o d'altres trastorns que puguin afectar el seu benestar abans del part. L'educació sobre la salut durant l'embaràs, proporcionada especialment per les llevadores, és un altre factor clau per a la prevenció (Roca, A., i cols., 2023).

A més, és fonamental implementar programes de suport postpart i fomentar la lactància materna, que pot tenir efectes beneficiosos tant per a la mare com per al nadó. Una resposta positiva de l'entorn, així com el suport social i familiar, són també essencials. La promoció d'activitats físiques i hàbits saludables, com una bona higiene de la son i l'evitació de tòxics, també contribueixen a la prevenció.

Finalment, la comprensió i el reconeixement dels símptomes inicials per part de l'entorn poden facilitar una detecció precoç i una intervenció adequada, millorant així el pronòstic de la mare i el seu benestar general (Roca, A., i cols., 2023).

En referència als factors de risc associats a la depressió postpart, es poden incloure diversos elements, com ara:

Taula 3. Factors de risc de la DPP

- Antecedents psicopatològics, especialment depressió i ansietat
- Presència d'alteracions psicològiques durant l'embaràs
- Característiques i factors de personalitat i historial de DPP prèvia
- Complicacions obstètriques durant l'embaràs, el part o el postpart
- Embaràs no planejat i/o no desitjat
- Absència de suport social i familiar i/o problemes familiars i/o socials
- Relació marital conflictiva o pobra
- Abandonament o separació de la parella
- Falta de company o suport emocional
- Parella present, però que no proporciona suport emocional
- Falta de xarxes de suport
- Esdeveniments vitals estressants
- Dificultats econòmiques i/o legals
- Abús físic, emocional o sexual durant la infància
- Mort, abandonament o separació d'un familiar o ésser estimat
- Relació conflictiva amb la mare o amb altres figures familiars
- Antecedent de pèrdues perinatals
- Sensibilitat als canvis hormonal (disminució hormones reproductives)

- Part per cesària
- Alteració en la funció tiroïdal
- Dificultats en la lactància
- Mala salut del nounat
- Nadó difícil de cuidar

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de Medina-Serdán, E. (2013); Miranda Moreno, M.D., (2015); Solís Solano, M., i cols., (2019)

Les conseqüències de la DPP són greus i poden incloure la mort materna, amb un 21% de les morts maternes associades a trastorns depressius greus. A més, el filicidi és una altra conseqüència alarmant, ja que entre el 20% i el 30% de les mares que cometen filicidi pateixen un episodi depressiu en el moment dels fets (Medina-Serdán, E., 2013 i Garcia-Esteve, L., i cols., 2017).

Per una part, la DPP té un impacte significatiu en els fills, afectant negativament el seu desenvolupament cognitiu, emocional i conductual, amb conseqüències directes sobre el vincle materno-filial. Aproximadament el 30% de les mares amb DPP experimenten alteracions en aquest vincle, fet que pot provocar que els nadons presentin retard en el desenvolupament psicomotor, irritabilitat, vincle afectiu insegur, disminució de l'atenció i l'activitat, i menor expressió de somriures. A llarg termini, aquestes alteracions poden generar dèficits en les àrees socials i cognitives del nen (Medina-Serdán, E., 2013 i Garcia-Esteve, L., i cols., 2017).

Per l'altra part, la DPP interfereix negativament en el benestar de la mare, deteriorant la seva qualitat de vida i el seu funcionament general com a mare, dona i treballadora. A més, empobreix les relacions personals de la mare, augmentant l'aïllament social i la pèrdua de suport social. Donades les greus

conseqüències, cal destacar la importància d'un diagnòstic precoç, sent els professionals d'Atenció Primària els més indicats per diagnosticar aquest trastorn, ja que acompanyen les dones durant l'embaràs i en les successives revisions postpart (Medina-Serdán, E., 2013 i Garcia-Esteve, L., i cols., 2017).

En referència al diagnòstic, durant la visita puerperal, la llevadora, no només avalua els aspectes físics, sinó també els psicològics, amb l'objectiu de detectar precoçment possibles casos de DPP i derivar-les al professional adequat per iniciar el tractament (Medina-Serdán, E., 2013 i Roca, A., i cols., 2023).

Segons la guia de National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sobre la salut mental prenatal i postnatal, es recomana que totes les dones siguin valuades per detectar símptomes greus d'alteració de l'estat d'ànim durant l'embaràs i el postpart. Aquesta avaluació hauria de realitzar-se en cada visita mèdica, utilitzant el qüestionari de Whooley (annex 1). Posteriorment, si la dona respon afirmativament a alguna de les preguntes, s'ha d'administrar l'Escala de Depressió Postnatal d'Edimburg (EPDS) (annex 2) per obtenir una valoració més precisa. En cas que la puntuació sigui elevada, és necessari que un especialista en psiquiatria o psicologia confirmi el diagnòstic mitjançant una entrevista clínica, seguint els criteris diagnòstics establerts per la CIE-10 o DSM-V-TR (annex 3). A més, l'observació de la interacció mare-fill i l'estat del nadó serviran per corroborar i complementar el diagnòstic (Medina-Serdán, E., 2013 i Roca, A., i cols., 2023).

El principal diagnòstic diferencial de la DPP és la tristesa postpart (TPP) (annex 4), una alteració de l'estat d'ànim menys perjudicial. També cal diferenciar-la de la síndrome confusional que pot aparèixer durant el període postpart, caracteritzat per un grau fluctuant de consciència o atenció. A més, és important considerar diagnòstics orgànics, com les alteracions en el metabolisme de les hormones

tiroidals, hipotiroïdisme i la reducció de certes citoquines inflammatòries. Recentment, també s'ha destacat la condició d'Anèmia per Deficiència de Ferro (IDA), que pot presentar-se amb símptomes d'alteració de la conducta, com canvis cognitius, emocionals, símptomes depressius i hipoactivitat (Miranda Moreno, M.D., i cols., 2015 i Medina-Serdán, E., 2013)

Quant a la intervenció psicològica de la DPP, el tractament contempla dues opcions terapèutiques principals. Per un costat, la psicoteràpia, sigui individual o grupal, amb enfocament cognitiu-conductual o interpersonal, s'ha de centrar en diversos aspectes clau. Aquests aspectes inclouen proporcionar educació i informació a la dona, a la parella i als familiars sobre la DPP, controlar, reduir i, si és possible, extingir els símptomes associats a la DPP, i abordar el nou rol de la dona com a mare, abordant dificultats, pors o inquietuds que pugui experimentar en aquesta nova etapa. També és important desenvolupar estratègies per protegir i millorar el vincle mare-fill, així com la relació de parella, promovent una comunicació efectiva i moments de connexió compartida sense la presència del nadó. A més, s'ha de fomentar un bon funcionament familiar, especialment quan hi ha altres fills, minimitzar les situacions d'estrès actuals i facilitar la cerca i l'enfortiment de les xarxes de suport familiars, socials i institucionals (Medina-Serdán, E., 2013).

La teràpia cognitiu-conductual (TCC) té com a objectiu principal reintegrar la mare en una situació de benestar personal i de cura del seu nadó, modificant les distorsions cognitives que originen pensaments negatius sobre ella mateixa, el futur i el món (Cristina Arranz Lara, L., i cols., 2018 i Medina-Serdán, E., 2013). Els components de la intervenció psicològica en aquest enfocament inclouen establir un vincle terapèutic per generar confiança, facilitar l'expressió emocional i construir una relació segura, que serà la base del tractament. També s'hi inclou

la psicoeducació a la pacient i als seus familiars sobre la DPP i els seus efectes (Cristina Arranz Lara, L., i cols., 2018 i Medina-Serdán, E., 2013).

Una part clau de la intervenció és promoure activitats plaents i buscar solucions per incrementar les activitats d'autocura com la millora de l'alimentació i la son, així com temps per a ella mateixa i activitats socials, ja sigui amb el nadó o amb la parella, alhora que es disminueixen les responsabilitats prèvies, com les tasques domèstiques (Cristina Arranz Lara, L., i cols., 2018 i Medina-Serdán, E., 2013).

La relaxació és un altre component fonamental, utilitzant tècniques com el *Mindfulness* (estratègies de desactivació, com la meditació i el control dels pensaments) i la relaxació muscular progressiva de Jacobson per a disminuir els nivells d'estrès. A més, es treballa l'entrenament d'assertivitat per ajudar la mare a sol·licitar ajuda pràctica i fer valer els seus drets com a mare, per a prendre les seves pròpies decisions sobre la criança i millorar l'autoestima, ajudant-la a expressar als altres els seus pensaments i sentiments de forma clara i respectuosa (Cristina Arranz Lara, L., i cols., 2018 i Medina-Serdán, E., 2013).

També es treballa per detectar creences socials i autoinstruccions, utilitzant tècniques quantitatives i reestructuració cognitiva per modificar expectatives poc realistes i pensaments improductius sobre la maternitat o sobre el nadó. A més, es reforcen les xarxes de suport familiar, social i institucional, i es planifica la prevenció de recaigudes per garantir una recuperació sostinguda (Cristina Arranz Lara, L., i cols., 2018 i Medina-Serdán, E., 2013).

La psicoteràpia interpersonal busca millorar les relacions interpersonals problemàtiques o les circumstàncies vinculades a l'episodi depressiu. Inclou tècniques exploratòries (exploració no directiva), l'expressió dels afectes, la clarificació, l'anàlisi comunicacional, l'ús de la relació terapèutica i les tècniques

de modificació de la conducta com la psicoeducació, el modelat, l'anàlisi de decisions i el joc de rol (Solís Solano, M., i cols., 2019 i Medina-Serdán, E., 2013).

Durant les primeres sessions d'aquesta teràpia, que poden durar entre una i dues trobades, l'enfocament se centra a avaluar diversos aspectes relacionats amb la maternitat, com ara les dificultats en la planificació familiar o les complicacions durant l'embaràs i el part. Endemés, s'avaluen els símptomes de la DPP, la seva gravetat, el risc associat, el funcionament, les relacions i els suports disponibles. En aquest moment, es realitza psicoeducació i es promou la incorporació o l'ús de suports externs. En les sessions intermèdies, que poden oscil·lar entre tres i deu trobades, s'aborden temes com les disputes interpersonals, la transició de rol (convertir-se en mare) i el dol com a àrees de problema. A més, es tracten qüestions específiques com la falta de suport percebut de la parella o familiars, pel que fa a la cura del nadó i les dificultats en compaginar el rol de mare amb altres responsabilitats (Solís Solano, M., i cols., 2019 i Medina-Serdán, E., 2013).

Per acabar, en relació amb la farmacoteràpia, els medicaments més emprats són els antidepressius tricíclics i els inhibidors selectius de la recaptació de la serotonina (ISRS) per combatre els símptomes depressius, i les benzodiazepines per tractar l'ansietat i l'insomni. Si la dona té una història prèvia de DPP, és recomanable iniciar la medicació immediatament després del part, per prevenir recaigudes. Caldrà informar sobre les dades més recents que es coneixen de la lactància i l'ús dels psicofàrmacs, assessorant interdisciplinàriament perquè es pugui prendre la decisió més adequada, ja sigui continuant amb l'amamament o no. En qualsevol cas, en els casos de depressió de moderada a greu, l'ideal és combinar les dues opcions d'intervenció, realitzant psicoteràpia conjuntament amb farmacoteràpia (Medina-Serdán E., 2013 i Garcia-Esteve, L., i cols., 2017).

Dol per la mort d'un familiar

El dol (annex 5) és una resposta adaptativa que es produeix a conseqüència d'una pèrdua. El dol normal, també anomenat dol no complicat, inclou un ampli ventall de sentiments i conductes que són considerats normals i congruents després d'una pèrdua. La simptomatologia és similar a la depressió major, però amb una intensitat i durada més curta, i el seu inici és clarament reactiu. Pel que fa als sentiments, els més associats al dol no complicat inclouen tristesa, ira, culpa, remordiment, ansietat, soledat, fatiga, desemparament, xoc, enyorança, emancipació, alleujament i insensibilitat (Worden, J.W., i cols., 2022 i APA, 2013).

Respecte a les sensacions físiques que acompanyen al dol, les més habituals són la sensació de buit a l'estómac, opressió al pit, sensació d'angoixa a la gola, hipersensibilitat als sons, despersonalització, dificultats respiratòries, debilitat muscular, falta d'energia i sequedat a la boca (Worden, J.W., i cols., 2022).

Quant a les cognicions, el dol implica diversos patrons de pensament que poden marcar la seva experiència. Alguns pensaments són normals en les primeres fases del dol i solen desaparèixer en un breu període de temps, però a vegades poden persistir, desencadenant sentiments de depressió o ansietat. Alguns dels pensaments més comuns inclouen incredulitat, confusió, preocupació, dificultats de memòria, atenció i concentració. També poden donar-se alteracions perceptives, com al·lucinacions auditives i visuals, generalment transitòries i seguides de crítica, així com fenòmens de presència (Worden, J.W., i cols., 2022).

Pel que fa a les conductes, poden variar des de trastorns en el son o la gana fins a la distracció o retraïment. És habitual somiar amb la persona difunta, evitar recordar-la, cridar el seu nom en veu alta, presentar-se hiperactiu, plorar, visitar llocs o conservar objectes que recordin al difunt (Worden, J.W., i cols., 2022).

Així doncs, moltes conductes normals del dol poden semblar manifestacions de depressió. Segons Gerald Klerman (1977), moltes depressions es desencadenen per pèrdues i es manifesten immediatament o més tard quan es recorda la pèrdua. Tanmateix, la depressió pot actuar com una defensa davant el dol quan el pacient dirigeix la seva ira cap a ell mateix i desvia els sentiments ambivalents cap al difunt, evitant enfrontar-los directament (Worden, J.W., i cols., 2022).

La principal diferència entre el dol i la depressió és que, tot i que ambdós poden manifestar-se amb símptomes similars, l'afecte predominant en el dol és el sentiment de buit i pèrdua, mentre que en la depressió major, l'estat d'ànim deprimat és persistent i es caracteritza per la incapacitat d'experimentar felicitat o plaer. A més, si bé en el dol pot aparèixer un sentiment de culpa, aquest sol estar associat a un aspecte concret de la pèrdua i no a una sensació generalitzada de culpabilitat. Així, en el dol, els pensaments de culpa, desvaloració i mort són poc freqüents i tampoc hi ha alteracions psicomotores ni una interferència significativa amb les activitats quotidianes. El dol, generalment, se supera en qüestió de setmanes, tot i que la seva durada i expressió poden variar considerablement entre diferents grups culturals. En alguns casos, pot evolucionar cap a una depressió major (Worden, J.W., i cols., 2022 i APA, 2013).

Encara que el dol no acostuma a induir un episodi depressiu major, quan ambdós trastorns es presenten a la vegada, els símptomes depressius i el deteriorament funcional tendeixen a ser més greus, i el pronòstic és més desfavorable. La depressió relacionada amb el dol tendeix a ocórrer en les persones vulnerables a trastorns depressius (APA, 2013).

28. BIBLIOGRAFIA

American Psychological Association (APA). (2013). Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Beck, A. T. (2010). Terapia cognitiva de la depresión. Desclee de Brouwer.

Caballo, V.E. (2002). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (2a ed.). Siglo Veintiuno de España.

Cristina Arranz Lara, L., Aguirre Rivera, W., Gaviño Ambriz, S., Francisco Cervantes, J., Carsi Bocanegra, E., Camacho Díaz, M., & Georgina Ochoa, M. (2008). Enfoque multidisciplinario en la depresión posparto. *Ginecología y Obstetricia de México*, 76(6).

Fernández Vera, Johalys Karina, Iturriza Natale, Alejandra Teresa, Toro Merlo, Judith, & Valbuena, Rosalba. (2014). Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *Revista de Obstetricia y Ginecología*

de Venezuela, 74(4), 229-243.
http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000400003&lng=es&tlng=es.

García-Esteve, L., Torres, A., Lasheras, G., Palacios-Hernández, B., Farré-Sender, B., Subirà, S., Valdés, M., & Brockington, I. F. (2016). Assessment of psychometric properties of the Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ) in Spanish mothers. *Archives of women's mental health*, 19(2), 385–394. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0589-x>

Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2013). *Activación conductual para la depresión: una guía clínica*. Desclee de Brouwer.

Medina-Serdán, E. (2013). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatología y reproducción humana*, 27(3), 185–193.

Miranda Moreno, M.D.; Bonilla García, A.M.; Rodríguez Villar, V. (2015). Depresión postparto. *Trances*, 7(3):499-508.

Pieschacón Fonrodona, M. (2011). *Trastorno de estrés postraumático. Modelo cognitivo-conductual*. Universidad de los Andes. Ediciones Uniandes.

Roca, A., Torres A., García, L., Andrés, S. (2023). Portal Clínic de Barcelona. Universitat de Barcelona. Fundació BBVA. Depressió postpart.

Solís Solano, M., Pineda Mejía, A. L., & Chacón Madrigal, J. (2019). Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. *Revista Medica Sinergia*, 4(6), 90 – 99. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i6.248>

Worden, J. W. James W., Sánchez Barberán, G., & Diéguez Diéguez, R. (2022). *Grief counseling and grief therapy (5.a edición revisada y ampliada, 1.a edición en esta presentación)*. Paidós.

29. ANNEXOS

Annex 1: Qüestionari de Whooley

QÜESTIONARI DE WHOOLEY (Nice 2014)		
Durant l'últim mes	Si	No
S'ha sentit sovint baixa d'ànim, deprimida o desesperançada?		
Ha sentit sovint que ha perdut interès o plaer per les coses?		
S'ha sentit nerviosa, ansiosa o desbordada?		
S'ha sentit incapaç de controlar o parar les seves preocupacions?		

Si ha contestat afirmativa a alguna de les preguntes del qüestionari Wholey, ompli el test d' Edimburg gestacional

Annex 2: Escala de depressió postpart d'Edimburg

ESCALA DE DEPRESSIÓ POSPART D' EDIMBURG	
	Puntuació
1. He estat capaç de riure i veure el costat divertit de les coses?	
a) Igual que sempre	0
b) Ara no tant com sempre	1
c) Ara, molt menys	2
d) No gens	3
2. He mirat les coses amb il·lusió?	
a) Igual que sempre	0
b) Una mica menys del que és habitual en mi	1
c) Bastant menys del que és habitual en mi	2
d) Molt menys que abans	3
3. M'he culpait innecessàriament quan les coses han sortit malament?	
a) Sí, la major part del temps	3
b) Sí, de vegades	2
c) No molt sovint	1
d) No, en cap moment	0
4. M'he sentit nerviosa o preocupada sense motiu?	
a) No, en cap moment	0
b) Gairebé mai	1
c) Sí, algunes vegades	2
d) Sí, amb molta freqüència	3
5. He sentit por o he estat espantada sense tenir motiu	
a) Sí, bastant	3
b) Sí, de vegades	2
c) No, no molt	1
d) No, gens ni mica	0
6. Les coses m'han angoixat?	
a) Sí, la majoria de vegades no he estat capaç d'afrontar-les	3
b) Sí, de vegades no he sigut capaç d'afrontar-les	2
c) No, la major part de vegades les he fet tant bé com sempre	1
d) No, he afrontat les coses tant bé com sempre	0
7. M'he sentit tan infeliç que he tingut dificultats per dormir	
a) Sí, la major part del temps	3
b) Sí, de vegades	2
c) No molt sovint	1
d) No, en cap moment	0
8. M'he sentit trista o desgraciada	
a) Sí, la major part del temps	3
b) Sí, de vegades	2
c) No molt sovint	1
d) No, en cap moment	0
9. M'he sentit tan infeliç que he estat plorant	
a) Sí, la major part del temps	3
b) Sí, bastant sovint	2
c) Només en alguna ocasió	1
d) No, en cap moment	0
10. He tingut pensaments de fer-me mal	
a) Sí, bastant sovint	3
b) Sí, de vegades	2
c) Gairebé mai	1
d) En cap moment	0

DSM-V-TR

El trastorn de depressió postpart no es considera una categoria diagnòstica independent en el DSM-V-TR. No obstant això, es diagnostica el trastorn depressiu major en dones després del part si compleixen els criteris per a la depressió major (F33/32.X), tenint en compte el context postpart. En aquest cas, s'especifica com "amb inici en el postpart", tot i que aquest és un descriptor i no una categoria diagnòstica separada (APA, 2022).

Els criteris diagnòstics són els següents:

- A. Cinc (o més) dels següents símptomes han estat presents durant el mateix període de 2 setmanes i representen un canvi del funcionament anterior; almenys un dels símptomes és (1) estat d'ànim deprimit o (2) pèrdua d'interès o plaer.
 - a. Estat d'ànim deprimit la major part del dia, quasi tots els dies, segons ho indiqui l'informe subjectiu o l'observació feta per altres.
 - b. Interès o plaer marcadament disminuïts en totes, o quasi totes, les activitats la major part del dia, quasi tots els dies.
 - c. Pèrdua de pes significativa sense fer dieta o augment de pes, o disminució o augment de la gana quasi tots els dies.
 - d. Insomni o hipersòmia quasi tots els dies.
 - e. Agitació o retard psicomotor quasi tots els dies.
 - f. Fatiga o pèrdua d'energia quasi tots els dies.
 - g. Sentiments d'inutilitat o culpa excessiva o inapropiada quasi tots els dies.

- h. Disminució de la capacitat per a pensar o concentrar-se, o indecisió, quasi tots els dies.
 - i. Pensaments recurrents de mort, ideació suïcida recurrent sense un pla específic, o intent de suïcidi o un pla específic per a suïcidar-se.
- B. Els símptomes causen malestar clínicament significatiu o deteriorament social, laboral o altres àrees importants del funcionament.
- C. L'episodi no és atribuïble als efectes fisiològics d'una substància o una altra condició mèdica.
- D. Almenys un episodi depressiu major no s'explica pel trastorn esquizoafectiu i no se sobreposa a esquizofrènia, trastorn esquizofreniforme, trastorn delirant o un altre espectre de l'esquizofrènia especificat i no especificat i altres trastorns psicòtics.
- E. Mai hi ha hagut un episodi maníac o hipomaníac.

La codificació i el registre del trastorn es basen a especificar la gravetat i el curs del trastorn (lleu, moderat, greu, amb trets psicòtics, en remissió parcial, en remissió completa o sense especificar). També cal especificar si hi ha angoixa ansiosa, característiques mixtes, trets melancòlics, trets atípics, característiques psicòtiques congruents o incongruents amb l'estat d'ànim, catatonia, amb inici en el peripart o patró estacional (APA, 2022).

Pel que fa a l'especificador "amb inici en el peripart", aquest s'aplica a l'episodi depressiu major actual (o al més recent, si el trastorn depressiu major es troba actualment en remissió parcial o total) quan els símptomes de l'estat d'ànim comencen durant l'embaràs o en les quatre setmanes següents al part (APA, 2022).

CIE-11

En la CIE-11, la depressió postpart també es classifica com una forma específica de trastorn depressiu major amb l'especificador d'inici peripart, és a dir, quan els símptomes apareixen durant l'embaràs o en les quatre setmanes posteriors al part. El codi per al trastorn depressiu major és 6070.X (CIE-11, 2019).

"Un episodi depressiu major es caracteritza per un període de l'estat d'ànim gairebé a diari deprimat o disminució de l'interès en les activitats d'almenys dues setmanes acompanyat d'altres símptomes tals com dificultat per concentrar-se, sentiments d'inutilitat o culpa excessiva o inapropiada, desesperança, pensaments recurrents de mort o suïcidi, canvis en la gana o la son, agitació o retard psicomotor, i l'energia reduïda o fatiga. Mai hi ha hagut episodis maníacs, hipomaníacs, o mitxes anteriors, el que indicaria la presència d'un trastorn bipolar" (CIE-11, 2019).

Cal comentar que els diagnòstics que es plantegen en aquest treball han estat realitzats pel centre de pràctiques seguint criteris de la CIE-10.

Annex 4: Tristesa postpart

L'etiologia d'aquesta alteració és causada per canvis hormonal, psicològic i socials en el postpart. L'inici es dona entre el segon i el quart dia després del part i sol desaparèixer al cap de dues o tres setmanes. La prevalença afecta entre el 50-80% de les dones que han donat a llum. Els símptomes inclouen: labilitat emocional, irritabilitat, tristesa o plor fàcil, ansietat, problemes amb la gana i la son, i desesperació per la dificultat en el maneig del nounat. Els factors de risc són antecedents d'episodis de depressió o símptomes depressius durant l'embaràs, successos estressants durant la gestació, alteracions de la son, síndrome premenstrual o antecedents de fills morts. La intervenció es basa en informar a la dona, parella i família, donar acompanyament i suggerir suport familiar (Miranda Moreno, M.D., i cols., 2015 i Medina-Serdán, E., 2013).

Un altre diagnòstic diferencial important, dels trastorns de l'estat d'ànim del postpart, és la psicosi postpart (PPP). En aquest cas l'episodi afectiu s'acompanya amb símptomes psicòtics d'inici agut. L'etiologia són els factors de risc (especialment haver patit trastorns afectius, esquizofrènia o PPP prèvia). Les dones amb antecedents d'un trastorn psicòtic tenen un risc del 35% de desenvolupar-la. L'inici es dona entre el tercer i el novè dia després del part, però pot iniciar inclús fins al sisè mes. La prevalença és entre una i dues dones per cada 1.000 parts (0.1-0.2%). Els símptomes, per una banda, de la fase inicial, aproximadament una setmana de duració, són: insomni, irritabilitat, ansietat, confusió, conductes suspicaces, inestabilitat emocional... Per altra banda, en la fase aguda, els símptomes són: deliris, al·lucinacions, alteracions del pensament i llenguatge, hostilitat, desordre de la percepció del temps, fins a risc per a la vida del nadó o infanticidi en alguns casos. Els

factors de risc son antecedent personal d'un trastorn afectiu (especialment trastorn bipolar), esquizofrènia o trastorn esquizoafectiu, PPP prèvia, història familiar de trastorns afectius i complicacions obstètriques durant l'embaràs, el part o el postpart. Pel que fa a la intervenció es duu a terme tractament farmacològic (normalment antipsicòtics, estabilitzadors de l'ànim i benzodiazepines), hospitalització i teràpia psicosocial (Miranda Moreno, M.D., i cols., 2015 i Medina-Serdán, E., 2013).

Trastorn de dol prolongat (F43.8) (APA,2022)

- A. La mort, fa almenys 12 mesos, d'una persona propera a la persona en dol (per a nens i adolescents, fa almenys 6 mesos).
- B. Des de la mort, el desenvolupament d'una resposta de dol persistent caracteritzada per un o ambdós dels següents símptomes, que han estat presents la majoria dels dies en un grau clínicament significatiu. A més, el (els) símptoma(es) ha(n) ocorregut quasi tots els dies durant almenys l'últim mes:
1. Anhel intens per la persona morta.
 2. Preocupació per pensaments o records de la persona morta.
- C. Des de la mort, almenys tres dels següents símptomes han estat presents la majoria dels dies fins a un grau clínicament significatiu:
- a. Alteració de la identitat des de la mort
 - b. Marcat sentit d'incredulitat sobre la mort.
 - c. Evitació de records de què la persona està morta.
 - d. Dolor emocional intens relacionat amb la mort.
 - e. Dificultat per reintegrar-se a les relacions i activitats pròpies després de la mort.
 - f. Entumiment emocional com resultat de la mort.
 - g. Sentir que la vida no té sentit a conseqüència de la mort.
 - h. Intensa solitud a conseqüència de la mort.
- D. L'alteració causa malestar clínicament significatiu o deteriorament social, laboral o altres àrees importants del funcionament.

E. La duració i la gravetat de la reacció de dol superen clarament les normes socials, culturals o religioses previstes per la cultura i el context de la persona.

F. Els símptomes no s'expliquen millor per cap altre trastorn mental, com el trastorn depressiu major o el trastorn per estrès posttraumàtic, i no es poden atribuir als efectes fisiològics d'una substància o una altra afecció mèdica.

Dol sense complicacions (Z63.4) (APA,2022)

Aquesta categoria es pot utilitzar quan el focus d'atenció clínica és una reacció normal a la mort d'un ésser estimat. Com a part de la seva reacció a la pèrdua, algunes persones en dol presenten símptomes característics d'un episodi depressiu major, per exemple, sentiments de tristesa i símptomes associats com insomni, falta de gana i pèrdua de pes. La persona en dol generalment considera que l'estat d'ànim depressiu és "normal", tot i que la persona pot buscar ajuda professional per alleugerar els símptomes associats, com l'insomni o l'anorèxia. La duració i l'expressió del dol "normal" varien considerablement entre els diferents grups culturals.

El dol és l'experiència de perdre a un ésser estimat per mort. Generalment, desencadena una resposta de dol que pot ser intensa i pot involucrar moltes característiques que es superposen amb els símptomes característics d'un episodi depressiu major, com tristesa, dificultat per dormir i falta de concentració. Les característiques que ajuden a diferenciar una resposta de dol relacionada amb el dol d'un episodi depressiu major inclouen les següents: els afectes predominants en el dol són sentiments de buit i pèrdua, mentre que en un episodi depressiu major són un estat d'ànim persistentment deprimat i una capacitat disminuïda per experimentar plaer. A més, és probable que l'estat d'ànim disfòric del dol disminueixi en intensitat durant dies o setmanes i que ocorri en ondes que tendeixen a associar-se amb

pensaments o records del difunt, mentre que l'estat d'ànim deprimit en un episodi depressiu major és més persistent i no està lligat a pensaments o preocupacions específiques. És important assenyalar que en un individu vulnerable, el dol pot desencadenar no només una resposta de dol, sinó també el desenvolupament d'un episodi de depressió o l'empitjorament d'un episodi existent.

Annex 8: d'una fitxa per a la identificació de suposicions comunes

Figura 2: Full d'identificació de les suposicions

A continuació es descriuen una sèrie de creences que mantenen algunes persones. Per favor, envolta amb un cercle el número que es troba a l'esquerra de les creences que són certes per a tu.

A. Acceptació

1. He de ser cuidat/da per algú que em vulgui
2. Necessito que em compreguin
3. No em poden deixar sol/a
4. No valc la res a més que em vulguin
5. Ser rebutjat/da es el pitjor que em pot succeir
6. No suportó que els altres estiguin furiosos amb mi
7. He de caure bé als altres
8. No puc suportar estar separat dels altres
9. Les crítiques signifiquen un rebuig personal
10. No soc capaç d'estar sol/a

B. Competència

1. Això faig això sóc
2. He de ser algú important
3. L'èxit ho es tot
4. En la vida existeixen guanyadors i perdedors
5. Si no estic en el cim, soc un fracàs
6. Si minoro el meu esforç, fracassaré
7. He de ser el millor en allò que faig
8. Els èxits dels altres disminueixen el meu
9. Si cometo un error, fracassaré
10. El fracàs és la fi del món

C. Control

1. He de ser el meu propi amo
2. Soc l'únic que pot resoldre els meus problemes
3. No puc suportar que els altres em diguin el que he de fer
4. No soc capaç de demanar ajuda
5. Els altres sempre intenten controlar-me
6. He de ser perfecte/a per a tenir el control
7. O bé tinc tot sota control o bé estic totalment fora de control
8. No puc suportar l'estar fora de control
9. Les regles i les normes m'empresonen
10. Si permeto que algú aconsegueixi conèixer-me massa, em controlarà

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Manual per al tractament cognitiu-conductual de Vicente Caballo (2007)

Taula 7: Avaluació per a la validació

Prevenició/Detecció precoç		
Variable	Instrument	Format
Cribatge depressió postpart	Qüestionari de Whooley	Autoinforme
Depressió postpart	Test d'Edimburg	Autoinforme
Trets personalitat (risc DPP)	VPSQ (Vulnerable Personality Style Questionnaire)	Autoinforme
Avaluació posterior		
Variable	Instrument	Format
Simptomatologia depressiva	Inventari de depressió de Beck (BDI II)	Autoinforme
Simptomatologia ansiosa	Inventari d'ansietat de Beck (BAI)	Autoinforme
Nivell d'autoestima	Escala d'autoestima de Rosenberg (RSE)	Autoinforme
Simptomatologia psicopatològica	General Health Questionnaire (GHQ-12)	Autoinforme
Víncle matern-filial	PBQ (Postpartum Bonding Questionnaire)	Autoinforme
Dol prolongat	PG-13 (Prolonged Grief Disorder)	Autoinforme/ Entrevista estructurada

Font: Elaboració pròpia