



Facultat d'Infermeria

**INTERVENCIIONS D'INFERMERIA
EN LES CLASSES DE
PREPARACIÓ AL PART PER A LA
PREVENCIÓ DE L'ANSIETAT I LA
DEPRESSIÓ POST PART**

Projecte de Recerca

Sònia Bertran Mundet

4rt d'Infermeria. Treball Final de Grau

Curs acadèmic 2015/2016

Tutora: Míriam Ferrer Avellí

Ya sea que tu embarazo fuera planeado meticulosamente, que el médico te convenció, o que pasara por sorpresa, una cosa es cierta; tu vida nunca será la misma.

(Catherine Jones)

AGRAÏMENTS

A la professora Míriam Ferrer per guiar-me durant tota la realització d'aquest projecte.

A la Dra. Maria Rosa Sunyer per ajudar-me en el procés de la metodologia.

A l'equip del CAP Vidreres, en especial a les infermeres Mari Cruz Fondón i Assumpció Salip, per acollir-me de la millor manera possible, i respondre sempre a les meves preguntes.

A en Gerard Ferrer, la meva parella, per acompanyar-me incondicionalment i motivar-me per arribar a les meves metes. Gràcies pels teus coneixements de Word.

A la meva família per ser la principal font de suport i d'ànims.

ABREVIATURES

OMS	Organització Mundial de la Salut
DPP	Depressió Post Part
PPP	Psicosi Post Part
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
PBQ	Parental Bonding Questionnaire
GHQ	General Health Questionnaire
ISRS	Inhibidors Selectius de la Recaptació de Serotonina

ÍNDEX:

ABREVIATURES	3
RESUM	6
ABSTRACT	7
1. MARC TEÒRIC	8
1.1. Introducció	8
1.2. Antecedents del tema	9
1.3. Factors de risc	9
1.4. Factors protectors	12
1.5. Quadres clínics	13
1.5.1. Tristesa post part	13
1.5.2. Depressió post part	14
1.5.3. Psicosi post part	15
1.6. Incidència i detecció	17
1.7. Conseqüències	18
1.8. Tractament	19
1.9. Seguiment obstètric	20
1.10. Justificació	21
2. BIBLIOGRAFIA	22
3. METODOLOGIA	26
3.1. Objectius	26
3.2. Hipòtesis	26
3.3. Material i mètodes	27
3.3.1. Disseny	27
3.3.2. Àmbit de l'estudi	27
3.3.3. Població i mostra	27
3.3.4. Variables	29

3.3.5. Procediment	30
3.3.6. Tècniques i instruments per a la recollida de dades	32
3.3.7. Consideracions ètiques	35
3.3.8. Anàlisi de dades	36
4. CRONOGRAMA	37
5. PRESSUPOST	39
6. ANNEXOS	40
ANNEX 1	41
Qüestionari	
ANNEX 2	43
Hospital Anxiety and Depression Scale	
ANNEX 3	44
Qüestionari SF-12	
ANNEX 4	46
Consentiment informat (Català)	
ANNEX 5	47
Consentiment informat (Castellà)	

RESUM

Durant l'embaràs i el puerperi ocorren canvis bioquímics, psicològics i socials que fan més vulnerable a la dona per a l'aparició de trastorns de l'estat d'ànim. Dins dels vinculats al puerperi es distingeixen la tristesa i depressió post part (DPP) i la psicosis post part.

Durant el control prenatal, així com en els primers dies després del part, es poden identificar i tractar algunes alteracions psicològiques o signes d'alerta com baixa autoestima, ansietat, alts nivells d'estrès o trastorns del son, que predisposen a la dona a desenvolupar un trastorn de l'estat d'ànim com és la DPP, que sol aparèixer entre les 4 i 30 setmanes després del part i per tant, poder planificar precoçment estratègies preventives que enforteixin les capacitats maternes i les seves fonts de suport.

El diagnòstic de la DPP presenta certes dificultats, per una part el desconeixement del personal sanitari com per l'escassa freqüència amb la que les dones consulten, ja que és un tema del que la mare defuig parlar-ne perquè ho viu com un fracàs personal.

El present estudi té com a objectiu principal conèixer l'eficàcia de la formació psicoeducativa a gestants que acudeixin a l'ABS de Sils per a la prevenció de l'ansietat i la depressió post part.

Es tracta d'un assaig clínic, que es durà a terme des del Novembre del 2016 al Juliol del 2018, a l'ABS de Sils, Vidreres, Maçanet, mitjançant la metodologia quantitativa.

Els resultats obtinguts a partir d'aquest estudi ens ajudaran a millorar la prevenció de la DPP així com establir possibilitats de canvi a nivell sanitari, en l'atenció a les dones durant el post part.

Paraules clau: Ansietat, Depressió Post Part, Infermeria, Prevenció, Classes de Preparació al Part.

ABSTRACT

During pregnancy and the puerperium period there are biochemical, psychological and social changes that make women more vulnerable for the onset of mood disorders. Among those related to the puerperium period there is postpartum sadness, depression and psychosis.

During the prenatal control, as well as on the first days after the childbirth, we can identify and treat some psychological changes and warning signs, such as low self-esteem, anxiety, high stress levels or sleeping disorder. These predispose women to develop a mood disorder like postpartum depression. This usually occurs between the 4th and 30th weeks after the birth. For this reason it is important to know the symptoms and when the postpartum depression appears, in order to plan early preventive strategies to strengthen maternal abilities and sources of support.

The diagnosis of postpartum depression presents certain difficulties, on the one hand the lack of knowledge by medical staff, and on the other hand the scarce frequency of consultation by mothers, since it is considered a personal failure.

The present study has as a main objective to get to know the efficiency of psychoeducational training to expectant mothers who attend the Basic Health Area of Sils (ABS Sils), for the prevention of anxiety and postpartum depression.

This is a clinical study which will take place from November 2016 to July 2018, in Basic Health Area in Sils, Vidreres and Maçanet, through the quantitative methodology.

The obtained result from this study will help improve the prevention of postpartum depression and establish possible changes in the health sector, in postpartum women care.

Keywords: Anxiety, postpartum depression, nursing, prevention, childbirth classes.

1. MARC TEÒRIC:

1.1. INTRODUCCIÓ

Des de la infància i l'adolescència fins al final de la vida, la salut mental és essencial per portar una vida activa, mantenir relacions socials, adaptar-se als canvis i fer front a l'adversitat. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) preveu que, al llarg de la seva vida, un de cada quatre habitants del món patirà alguna forma de trastorn mental o neurològic. També alerta que sovint les persones afectades no demanen atenció sanitària i no reben tractament (1).

L'envelliment de la població, l'atur, la pobresa, les migracions, la manca de suport familiar i social, la soledat i la ruptura de xarxes socials són circumstàncies que contribueixen a augmentar els trastorns mentals entre els que destaquen, la depressió, el risc de suïcidi, les conductes antisocials, la violència i l'abús d'alcohol i altres drogues. Dels resultats de l'ESCA es desprèn que en la població catalana la probabilitat de patir problemes de salut mental és superior en les dones (20,0%) que en els homes (15,6%), en tots els grups d'edat. Segons la classe social, s'observa una major freqüència en les classes més desfavorides i especialment entre les dones (1).

L'ansietat i la depressió són trastorns més freqüents en les dones que en els homes. La depressió és considerada una de les principals causes de discapacitat, ocupa el quart lloc entre les primeres causes de malaltia i es preveu que augmentarà en els propers anys. Davant de trastorns de l'estat d'ànim perllongats és important consultar un professional sanitari i, si s'escau, seguir el tractament adequat per aconseguir una evolució favorable (1).

1.2. ANTECEDENTS DEL TEMA

La depressió és descrita per la OMS com “un problema de salut mental que afecta a 350 milions de persones i es tracta d'un trastorn mental freqüent. És la principal causa mundial de discapacitat i contribueix de forma molt important a la càrrega mundial general de morbiditat” (2).

La depressió post part (DPP) es reconeix en el DSM-IV com un “trastorn depressiu major d'inici en el post part”, entenent-se per post part les quatre setmanes següents al mateix (3). Per motius de dificultat de diagnòstic, molts autors consideren un període d'inici més ampli per referir-se a la DPP, fins passat uns 3-6 mesos del part (4).

1.3. FACTORS DE RISC

Durant les diferents fases del part, la de dilatació i expulsió, ha d'existir un equilibri hormonal diferent, ja que en funció de la sensació subjectiva de la dona, farà que es segreguin unes hormones o unes altres i pugui desencadenar una resposta d'estrès. Durant la fase de dilatació, que pot durar varies hores, l'úter produeix prostaglandines, que inicien les contraccions que posen fi a l'embaràs. La oxitocina, alliberada per la part posterior de la hipòfisis, dóna lloc a un ritme regular de contraccions, així com també més intenses i properes. Es tracta d'una fase en la qual la dona necessita estar relaxada, en intimitat i sentir confiança en sí mateixa (5).

En canvi, durant la fase d'expulsió, quan el coll de l'úter està esborrat completament, les contraccions deixen de ser efectives i s'allibera adrenalina perquè envii més quantitat de sang als músculs per tal de desencadenar el “reflex d'ejecció del fetus”, aquí el comportament de la dona varia per sentir ràbia o eufòria, la respiració més superficial, les pupil·les dilatades, tindrà set; reaccions pròpies de la resposta a l'estrès (5).

Al finalitzar el part, la oxitocina tornarà a segregarse, a l'igual que les endorfines, hormones que faran del primer contacte màgic i perdurable. A partir

d'aquest moment la mare aportarà tot el que el nadó necessiti pel seu benestar. Però si la mare, sobrecarregada de feina, amb familiars al seu voltant jutjant com cuida al nadó, falta de temps per descansar, etc., pot arribar a patir ansietat, degut a sentiments d'incapacitat i desbordada, concebrà una resposta d'estrès que evitarà el vincle mare-fill, creant una criança no plaent amb una vivència angoixant i en conseqüència acabi desenvolupant una depressió post part (5).

Tot i així, existeixen molts altres factors de risc que poden acabar desenvolupant una depressió post part.

Segons C. Habel et al. es van observar nou causes diferents que es creien que contribuïen al desenvolupament de la DPP. Un dels factors de risc que es descriu, és el suport social, el qual les mares perceben poca ajuda per part de la seva parella, de la família o dels amics i existeix un aïllament per part de la mare que contribueix a la falta de relació amb el seu entorn (6–8).

No hi ha proves directes de que les alteracions hormonals causin DPP, encara que els canvis hormonals que es relacionen amb el *maternity blues* (estat d'ànim de major susceptibilitat a la crítica, labilitat emocional que afecta a un 50-80% de les dones a pocs dies després del part) acabin portant a una DPP en un context de vulnerabilitat genètica, estrès ambiental i suport social insuficient (4).

S'han investigat diverses teories bioquímiques, entre elles l'existència de, per una banda, un fenomen de retirada pel ràpid descens d'hormones sexuals associat a la modificació del cortisol plasmàtic. Una especial susceptibilitat de certes dones a aquests canvis podria ser responsable del problema. Per altra banda la disminució del nivell de triptòfan, ja que aquest és el precursor de la serotonina, la qual el seu descens juga un paper predominant com a desencadenant de la depressió. Però, l'administració de triptòfan en l'embaràs no la prevé, amb lo qual sembla existir algun altre mecanisme de modulació en la síntesi dels neurotransmissors (9).

L'estrès pot estar relacionat amb la transició a la maternitat per la dificultat que li suposa el desig de "ser una bona mare" o la consideració de que la seva experiència actual de la maternitat, no coincideix amb les seves expectatives i aquest fet pot portar-la a la infelicitat. També es refereix a com la manca de temps per a sí mateixes pot contribuir al desenvolupament de símptomes (7).

Una altra causa prové de la manera en com ha succeït el part, si l'experiència no ha sigut com s'imaginaven o s'esperaven, ja que pot provocar un impacte negatiu cap a la mare i a la seva consciència, si s'ha hagut de practicar una cesària urgent, estrips, punts, sense epidural, etc (7,9,10).

Durant l'estada a l'hospital pel part i el post part, el personal sanitari involuntàriament, per falta de temps, moltes vegades no pensen en educar i donar informació o en donen de molt concretes, com el fet de la lactància materna "has de donar el pit", fet que crea ansietat i tristesa a la mare si la llet encara no surt, pel desconeixement als canvis (7).

Existeix una clara evidència científica entre els trets de personalitat i la prèvia història psicològica de la mare. Una personalitat que tendeix al perfeccionisme, que s'exigeixi més de sí mateixa, és probable que tendeixi a la depressió. Problemes de *bullying* durant la infància, entre d'altres problemes de salut mental, fan que la mare tingui més probabilitats de desenvolupar una depressió post part. Trets de personalitat característics com la falta de confiança en ella mateixa (7,9,10).

Factors físics com la manca d'hores de son a causa de les demandes de cura infantil i/o problemes de salut física, que causen cansament, produeixen un efecte negatiu en el benestar psicològic de la mare (7).

La pressió social i les expectatives que té la gent sobre la dona, fan que ella cregui no estar a l'altura de les seves habilitats i objectius poc realistes que la societat li ha anat imposant. Es tracta d'un factor poc reconegut per les dones, i són les parelles les que detecten la pressió que existeix sobre les mares (7,9–11).

En relació a la qualitat de les interaccions entre mares deprimides i els seus nadons, els estudis reporten major freqüència en el plor, afectes negatius en major número, evitació del contacte visual per part dels nens i baixa freqüència d'afectes positius i sincronia en les mares. A més a més, es planteja que les mares que pateixen DPP habitualment mostren dificultats per percebre i interpretar les senyals comunicatives (llenguatge no verbal) dels seus fills, afectant negativament el desenvolupament de la comunicació i les habilitats socioemocionals del nen (12).

Per últim, altres factors estressants de la vida, no relacionats amb l'embaràs però que afecten a aquest. Problemes econòmics, incertesa a retornar a la feina, dificultats de la immigració, edat primerenca o tardana de la mare, estat civil, nivell d'estudis i l'acumulació de múltiples factors estressants (7,10,11).

En diferents estudis, quan descrivien quina era la causa dels símptomes de les dones, els participants (parelles) sovint descrivien una causa primària, la pressió que exerceix la societat (7,10,11).

1.4. FACTORS PROTECTORS

Així mateix, s'han descrit una sèrie de factors protectors associats a disminuir el risc de DPP. Entre ells, els estils cognitius positius, nivells elevats d'autoestima materna, bones relacions de parella i participació religiosa, que ajudarien a afrontar l'estrès inicial de la maternitat. Com també la percepció materna de suport en feines de la casa i de criança, ja que la disponibilitat i ús d'efectiu de xarxes de suport social pot mitigar el desenvolupament o la severitat del quadre depressiu (13).

Igualment s'ha descrit com a factor protector, especialment en mares primerenques, l'alimentació del bebè amb lactància materna. Aquesta induiria alguns beneficis psiconeuroimmunològics reduint l'activitat inflamatòria a l'atenuar l'elevació de cortisol, ACTH (hormona adrenocorticotropa) , epinefrina

i norepinefrina i disminuiria la reactivitat materna a l'estrès propiciant comportament nutricional cap al bebè. Pel contrari, el cessament bruscat o la seva curta duració, s'ha associat a una major probabilitat d'ocurrència de DPP (9,12,13).

Per últim, Rivara G, et al. explica amb el seu projecte que el contacte pell amb pell immediat, sembla disminuir els nivells d'ansietat i depressió materna a les 48 hores post natal, de la mateixa manera que millora els índexs de lactància materna immediata i confereix una millor percepció del part, augmentant els nivells de satisfacció materna relatives a l'experiència d'haver donat a llum (14).

1.5. QUADRES CLÍNICS

Durant l'embaràs i el puerperi ocorren canvis bioquímics, psicològics i socials que fan més vulnerable a la dona per a l'aparició de trastorns de l'estat d'ànim. Dins dels vinculats al puerperi es distingeixen la tristesa i depressió post part (DPP) i la psicosis post part (13).

1.5.1. Tristesa post part

Es diu comunament *Baby Blues* o *Maternity Blues* i es descriu com una alteració de l'estat de l'ànim, que es presenta aproximadament en un 20%-80% de les mares, deguda principalment a canvis hormonals, psicològics i socials, aquests tenen una intensitat i duració variable, i solen aparèixer entre els dos i quatre dies posteriors al part i desapareix sense seqüeles, de forma espontània, en un termini de dos a tres setmanes següent al part (9,15).

Els símptomes es caracteritzen per ansietat, insomni, irritabilitat, labilitat emocional, cefalees, canvis en les ganes de menjar i sentiment de minusvalidesa. Presenta una mínima implicació sobre l'activitat habitual de la mare i s'ha considerat com un procés mental fisiològic d'adaptació a la nova

situació. No obstant s'hauria de vigilar-ne la possibilitat que aquests símptomes persisteixin o augmentin d'intensitat i derivin a una DPP (9).

Es recomana informar a la mare, la parella i els familiars sobre l'existència d'aquesta entitat clínica i recomanar el suport i acompanyament, amb el propòsit de què la dona pugui travessar aquesta etapa amb major facilitat(15).

1.5.2. Depressió post part

Pot començar en qualsevol moment posterior al part, ja sigui dies, setmanes, mesos i fins un any després, tot i que altres estudis redacten que s'inicia a les 2-3 setmanes després del naixement, amb una duració de 4-6 setmanes i inclús superior a l'any, sense tractament. En la majoria dels casos remet després dels 3 a 6 mesos, però una proporció pot seguir un curs crònic. Pot afectar en qualsevol tipus de part o número d'embaràs (9,13,15).

Pot manifestar-se en forma d'episodi maníac que després evoluciona a depressiu, encara que la forma d'inici més característica és la de la depressió melancòlica, amb forts sentiments de culpa, d'incapacitat total de fer-se càrrec del seu fill i d'ambivalència en relació amb l'afecte per aquest. Els seus efectes en la relació mare-fill no distingeixen diferències culturals o per nivell socioeconòmic de la mare i el seu impacte en el desenvolupament del nen està directament relacionat amb la seva duració i intensitat. El deteriorament que pot ocasionar en la interacció mare-fill, es tradueix en l'establiment d'afeccions insegures i alteracions del desenvolupament psicomotor. Alguns investigadors, mencionen que els nens de mares amb DPP tenen més del doble de possibilitats de desenvolupar problemes de conducta a llarg termini i de ser víctimes de violència intrafamiliar. Així mateix, l'assistència de controls de salut és molt menor, a l'igual que cuidats bàsics (9,13)

També s'ha descrit una menor percepció d'autoeficàcia per mantenir lactàncies reeixides manifestada en l'augment de les preocupacions entorn a l'alimentació, majors dificultats, inseguretats i dubtes sobre la seva capacitat per

alimentar el bebè, menor satisfacció al alletar i cessament precoç de la lactància materna (13).

Els principals símptomes de la DPP són: mandra, fatiga, tristesa, alteració del son i la gana, falta de concentració i confusió, pèrdua de memòria, irritabilitat cap a la parella o al fill, sentiment de culpa, pèrdua de libido, por a autolesionar-se o danyar el nen, sobreprotecció del nen, pot aparèixer una intolerància cap al bebè, símptomes ansiosos: angoixa intensa, por, taquicàrdia, taquipnea, tremolor, mareig, pànic, etc (9).

1.5.3. Psicosis post part

La PPP és una malaltia aguda i greu que passa en 1-2 de cada 1000 naixements. Apareix generalment de forma brusca entre el tercer i el novè dia post part, encara que pot iniciar-se inclús en el sisè mes. La psicosis post part no es diferencia clínicament d'altres psicosis. La seva aparició clínica comporta labilitat de l'humor, agitació greu, confusió, incapacitat per dormir, pensament desorganitzat i al·lucinacions que impliquen al nen (poden pensar que el nen està mort, que està posseït per un dimoni i hauria de morir, o que és un salvador amb una missió divina) (9,15,16).

Aquests símptomes són oscil·lants i es relacionen amb una major probabilitat de presentar agressivitat cap al nounat; s'han documentat com a causa del 60% del total de les morts provocades per les mares (16).

Al principi, és necessari un tractament farmacològic energètic, i en la majoria dels casos es recomana hospitalització. Depenent de cada dona, solen prescriure'ls antipsicòtics i estabilitzadors de l'ànim. Per altra banda, es sol utilitzar benzodiazepines per controlar els episodis d'agitació i ansietat. Si la pacient no respon favorablement a la farmacoteràpia, pot necessitar la teràpia electró-convulsiva (15).

El 15-20% de les dones amb PPP ha tingut episodis psicòtics previs. Les primerenques són doblement vulnerables a la psicosis. Després d'un episodi de

PPP, hi ha la possibilitat de recaiguda amb episodis maníacs o depressius (9,15).

Trastorns de l'estat d'ànim del post part			
	Tristesa post part	DPP	PPP
Causes	Produïda per canvis hormonals, psicològics i socials.	Factors de risc biològics, psicològics i socials.	Factors de risc (especialment haver sofert trastorns afectius, esquizofrènia o PPP prèvia).
Aparició	Entre els 2-4 dies posteriors al part. Desapareix per si sola després de 2-3 setmanes.	Pot aparèixer immediatament després del naixement, així com dies, mesos i fins i tot un any després.	Comença entre el 3-9 dia, però també pot començar fins el sisè mes.
Intervenció	Informar a la dona, parella i família; acompanyament i suport familiar.	Teràpia (individual o grupal); medicació (generalment antidepressius i benzodiazepines).	Tractament farmacològic (normalment antipsicòtics estabilitzadors d'ànim i benzodiazepines; hospitalització (en la majoria del casos) i teràpia psicosocial.

Taula 1. Trastorns de l'estat d'ànim del post part (15)

1.6. INCIDÈNCIA I DETECCIÓ

Es va realitzar un estudi qualitatiu, sobre les vivències i experiències quotidianes que tenen relació amb la rutina de les consultes de pediatria realitzades pels infermers en l'atenció primària, i els professionals sanitaris van reconèixer que la infermeria podria actuar de forma més eficaç, ja que creien que la majoria dels professionals no estaven prou informats sobre la malaltia el qual redueix, consegüentment, la quantitat de casos identificats.

Actualment s'observa una incidència de DPP d'entre 5-22%. A pesar d'aquesta incidència, l'avaluació de la DPP en el període puerperal és difícil degut a la imprecisió del diagnòstic (7).

A l'estudi que Lasheras G et.al. van realitzar amb una mostra de 271 dones durant la quarantena de forma sistemàtica amb la EPDS i el PBQ van obtenir una incidència del 9,2% (17).

La DPP al llarg de l'any posterior al part és una complicació freqüent (21,9%), encara que, el seu diagnòstic i tractament són notablement inferiors (10-14%) inclús respecte a la població general (26%). Les dades aportades per diferents estudis tant nacionals com internacionals revelen que la detecció de la DPP és insuficient (17).

Per aconseguir una intervenció eficaç, és prioritari optimitzar la capacitat de detecció d'aquests trastorns, pel que es comença a recomanar el seu cribratge sistemàtic aplicat a diversos àmbits assistencials: atenció primària, ginecologia, pediatria, etc. Alguns autors però, discrepen sobre la recomanació en base a qüestions de cost-eficàcia (17).

Els mètodes més utilitzats són les escales autoadministrades: EPDS i PBQ. La primera escala és un instrument que ha demostrat millors propietats per a la detecció de la DPP, validat en el nostre medi i àmpliament utilitzat, en protocols

de cribratge i en investigació. Consta de 10 ítems. La segona escala, avalua les alteracions del vincle mare-fill en el post part (17–19).

La detecció precoç d'aquests trastorns és difícil, fet que provoca que la seva incidència estigui subestimada i que moltes d'aquestes pacients passin desapercebudes, ja que en funció de les expectatives social han d'estar contentes i plenes de satisfacció després de l'esdeveniment i poden mostrar-se receloses de revelar els seus sentiments. Dificulta molt més el diagnòstic el fet de que el període post part està associat a canvis psicològics i complicacions somàtiques que poden imitar un quadre depressiu (9,14).

1.7. CONSEQÜÈNCIES

Entre els principals símptomes que identifiquen un quadre de DPP, es poden citar la irritabilitat amb el plor del nen, la falta d'estímul per alletar, el desinterès sexual, la transferència de responsabilitat sobre el nen i en casos més extrems, negligència total en el cuidar i agressió física. D'acord amb Scherman i Brum, els nens de mares deprimides, presenten major risc de patir desordres comportamentals, afectius, cognitius i socials (11).

Està àmpliament documentat que el no realitzar un tractament específic de la depressió, durant aquesta etapa de la vida, s'associa a conseqüències rellevants tant per la mare, com pel fill i la família. Per la mare pot suposar l'inici d'un trastorn depressiu recurrent i afectar greument la seva qualitat de vida, sense oblidar que el suïcidi constitueix el 20% de la mortalitat materna en el post part, essent la segona causa de mortalitat més freqüent en aquest període (15,17).

1.8. TRACTAMENT

En relació a la intervenció, el primer pas es tracta de detectar la DPP, especialment als seus inicis, quan es percebin els símptomes o es presentin signes d'alarma, com queixes psicossomàtiques, cansament, dolors, múltiples trucades per demanar ajuda, o s'observi que la dona està trista, preocupada o amb por (15).

Entre els tractaments destaquen dos grups, el tractament psicoterapèutic i el tractament farmacològic. La importància que han demostrat tenir les mesures de suport i psicoeducacionals per disminuir de forma significativa la incidència dels símptomes depressius ha donat lloc a la creació de grups de suport i associacions dirigides al tractament d'aquests problemes. A la tristesa post part, donat que es tracta d'un quadre transitori i sense conseqüències, donar seguretat i suport, junt a informació sobre la seva possible aparició i clínica sol ser suficient en la majoria dels casos. Però, la seva resolució a vegades pot veure's comprometida i les dones que ho experimenten poden tenir un risc augmentat per desenvolupar DPP (9,13,15,20).

Un assaig clínic que va incloure a 31 dones indica que varies sessions en grup de teràpia interpersonal de forma profilàctica en dones amb factors de risc, podrien reduir la incidència de depressió major en els primers tres mesos post part (4).

Pel que fa al tractament farmacològic, existeixen molt pocs estudis que permetin obtenir conclusions fiables sobre aquest tema. Encara que la psicoteràpia constitueix el tractament de primera línia, moltes pacients amb una DPP moderada o greu requereixen el tractament amb psicofàrmacs; els més utilitzats són els ISRS (sertralina i paroxetina). Altres ISRS com la fluoxetina i citalopram, tenen una vida mitja major, per lo que alguns estudis reporten nivells sèrics elevats en els fills que realitzen lactància materna de les mares usuàries, fet que pot associar-se a la presència d'efectes adversos en els

nadons, com còlics, diarrea i irritabilitat. Els antidepressius tricíclics es mantenen en segona línia de tractament, ja que s'associen més freqüentment amb sedació excessiva i efectes adversos anticolinèrgics. Per altra banda, es sol utilitzar benzodiazepines per tractar l'ansietat i l'insomne. Si la dona té una història prèvia de DPP, el més recomanable és iniciar la medicació immediatament després del part, per prevenir una possible recaiguda (9,15).

El tractament farmacològic amb antidepressius s'ha avaluat sobretot en dones amb depressió greu o que no responen amb mesures no farmacològiques ja que diversos estudis han analitzat comparativament l'efectivitat de diferents intervencions terapèutiques per abordar la DPP i conclouen que la teràpia farmacològica mostra major efectivitat que intervencions no farmacològiques per reduir la simptomatologia depressiva. Però, la por als efectes adversos en el nadó juga un rol important en la decisió materna d'acceptar i seguir el tractament. Si bé l'ús de medicaments antidepressius és la millor opció per revertir la condició clínica, hi ha antecedents que demostren que intervencions psicosocials i psicològiques també són una alternativa sobretot si s'inicien precoçment (9,13,15,21).

1.9. SEGUIMENT OBSTÈTRIC

Durant l'embaràs es realitza el seguiment obstètric de la gestant per tal de controlar que tot vagi adequadament. Després del part, es realitza una visita de control amb la llevadora del Centre d'Atenció Primària, als 10-14 dies i als 7-14 dies en el cas que hagi tingut el bebè per cesària (22).

S'ha de tenir present que possiblement una mare no presenti símptomes durant l'estància a l'hospital o en les subseqüents avaluacions. Però, passades algunes setmanes i inclús mesos, quan ja no és esperat que acudeixi amb el metge o amb algun altre expert de la salut, pot començar a sentir-se malament i presentar símptomes incapacitants. En aquests moments, és indispensable

posar en marxa la intervenció més apropiada per cada dona i evitar futures complicacions (15).

1.10. JUSTIFICACIÓ

Degut a l'augment que aquesta patologia ha experimentat en els últims anys, i a la seva privilegiada posició en l'àmbit de la família, juga un paper decisiu en la identificació d'aquest problema, que però, segueix estant infradiagnosticat.

Com en qualsevol altre patologia física o emocional, resulta més productiu i menys costós portar a terme una adequada prevenció durant l'embaràs o els primers moments després del naixement, que intervenir tardanament a través del tractament. (15).

És per lo tant, un imperatiu moral per els professionals de salut assumir un rol actiu en la prevenció de la DPP com també en la detecció precoç i el disseny d'estratègies d'intervenció primerenca, eficients i adequades, condició que contribueix a millorar el capital social de les famílies, millora la qualitat de vida de les mares, els seus fills i les seves famílies; redueix les complicacions a curt i llarg termini i influeix en la disminució dels costos en salut (13).

Per tant revisant tota la bibliografia, s'elegeix realitzar un estudi que inclogui una visió diferent en l'àmbit de l'atenció primària, incidint en la prevenció de la DPP, abans de que la dona manifesti cap símptoma depressiu, mitjançant un programa psicoeducatiu aprofitant la temàtica de les classes de preparació al part, per a la prevenció i disminució de l'ansietat i la DPP.

2. BIBLIOGRAFIA

1. Generalitat de Catalunya. La salut de les dones a Catalunya, què en sabem?. Forum Sanofi-Aventis 2007. Barcelona. Departament de Salut; 2007.
2. OMS. Centro de prensa: La depresión [Web]. Barcelona: OMS; Octubre 2015 [Actualitzat a l'octubre del 2015; accés al 24 de gener del 2016]. Disponible a: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/#>
3. López-Ibor AJ, Valdés M. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ª ed. Barcelona: Masson, S.A.; 2002.
4. Arbat A, Danés I. Depresión postparto. Med Clin (Barc). 2003; 121(17): 673-5.
5. Laínez L. Ansiedad y estrés en el parto y depresión postparto. Crítica (Mad). 2011; 974: 76-9.
6. Pedrós A. Depresión postparto. Factores predictivos e intervención temprana. Jano (Valencia). 2008; 1709: 39-41.
7. Habel C, Feeley N, Hayton B, Bell L, Zelkowitz P. Causes of women's postpartum depression symptoms: Men's and women's perceptions. Midwifery (Montreal). 2015; 31(7): 728-734.
8. Ngai F, Ngu S. Predictors of maternal and paternal depressive symptoms at postpartum. Journal of Psychosomatic Research (Hong Kong). 2015; 78: 156-161.
9. Carro T, Sierra JM, Hernández MJ, Ladrón E, Antolín E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. Med Gen (Soria). 2009; 452-6.

10. Banker JE, LaCoursiere Y. Postpartum Depression: Risks, Protective Factors, and the Couple's Relationship. *Issues in Mental Health Nursing*. 2015; 35(7): 503-8.
11. Alexandre T, Ferreira N, Gomes A, Vieira D, Neto KX, Rosemiro F, et al. Actuación de enfermería frente a la depresión postparto en las consultas de puericultura. *Enfermería Glob*. 2013; 29: 404-19.
12. Olhaberry M, Romero M, Miranda A. Perinatal maternal depression and mother-infant bond: clinical implications. *Summa psicológica*. 2015; 12(1): 77-87.
13. Dois A. Updates on postpartum depression. *Rev. Cub. Obstetricia y Ginecología (Chile)*. 2012; 38(4): 576-86.
14. Rivara G, Rivara P, Cabrejos K, Quiñones E, Ruiz K, Miñano K, et al. Early skin to skin contact: effect on mother's anxiety and depression levels after delivery and on early neonatal adaptation to early breastfeeding. *Rev. Peru. Pediatr*. 2007; 60(3): 140-7.
15. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatol. Reprod. Hum*. 2013; 27(3): 185-193.
16. Morales MC, Garay I, Alonso D, Meza ME, Ixtla MB, Martínez ML, et al. Evaluación del riesgo de depresión postparto en un hospital ginecoobstétrico. *Evid Med Invest Salud*. 2014; 7(3): 105-9.
17. Lasheras G, Farré B, Serra B. Screening of postpartum depression (PD) and mother-infant bonding (MIB) disorders at the Hospital Universitario Quirón Dexeus. *C. Med. Psicosom*. 2014; 109: 22-31.

18. Tissot H, Favez N, Frascarolo-Moutinot F, Despland JN. Assessing postpartum depression: Evidences for the need of multiple methods. *Revue européenne de psychologie appliquée*. 2015; 65: 61-6.
19. Carrascón A, García S, Ceña B, Fornés M, Fuentelsaz C. Detección precoz de la depresión durante el embarazo y el postparto. *Matronas Prof*. 2016; 7(4): 5-11.
20. Howard L, Hoffbrand SE, Henshaw C, Boath L, Bradley E. Antidepressant prevention of postnatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009; 2:1-13.
21. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013; 2: 1-10.
22. Ministerio de Sanidad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid; 2014.
23. ICS [seu Web]. Barcelona: Institut Català de la Salut. 2016 [actualitzada el 2 de Febrer del 2016; accés 11 d'abril del 2016]. Disponible a: <http://www.icsgirona.cat/ca/contingut/primaria/303>
24. Idescat [seu Web]. Barcelona: Institut d'Estadística de Catalunya. 2016 [actualitzada el 15 de març del 2016; accés 11 d'abril del 2016]. Disponible a: <http://www.idescat.cat/emex/?id=172137&lang=es>
25. Castresana C, Garcia A, Gonzalez JL. Hospital Anxiety and Depression Scale y Psicopatología Afectiva. *An. Psiquiatria (Madrid)*. 1995; 11(4): 1-5.

26. Vera P, Silva J, Celis K, Pavez P. Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala salud mental. Rev. méd. (Chile). 2014; 142(10): 1275-1283.

27. CEIC Trueta [seu Web]. Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica (CEIC) de l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Girona. 2016 [actualitzada gener del 2016; accés 11 d'abril del 2016]. Disponible a:

<http://www.ceictrueta.cat/>

3. METODOLOGIA

3.1. OBJECTIUS

Objectiu general:

1. Conèixer l'eficàcia de la formació psicoeducativa a gestants que acudeixin a l'ABS de Sils per a la prevenció de l'ansietat i la depressió post part.

Objectius específics:

1. Estudiar el perfil sociodemogràfic de les gestants que acudeixin a l'ABS de Sils.
2. Estudiar la qualitat de vida pre i post part de les gestants que acudeixin a l'ABS de Sils.
3. Estudiar el suport rebut per part de l'entorn familiar en el pre i post part de les gestants que acudeixin a l'ABS de Sils.

3.2. HIPÒTESI

Les dones gestants que han rebut formació psicoeducativa de preparació al part tindran menys incidència d'ansietat i depressió post part que les gestants que no l'hagin rebut.

3.3. MATERIAL I MÈTODES

3.3.1. DISSENY

Es realitzarà un assaig clínic, que es durà a terme des del Novembre del 2016 al Juliol del 2018, a l'ABS de Sils, Vidreres, Maçanet. En la realització d'aquest estudi s'utilitzarà la metodologia quantitativa.

3.3.2. ÀMBIT DE L'ESTUDI

L'estudi es durà a terme a tota l'Àrea Bàsica de Salut de Sils, que ofereix assistència als Centres d'Atenció Primària dels municipis de Sils, Vidreres i Maçanet de la Selva, i al consultori local de Riudarenes. Té una població de referència d'unes 22.000 persones (23).

3.3.3. POBLACIÓ I MOSTRA

La població estudiada seran les dones gestants que facin el seguiment de l'embaràs a l'ABS de Sils, és a dir, als CAP's de Sils, Vidreres, Maçanet i al consultori de Riudarenes.

	Població 2015	Naixements 2014
Vidreres	7.741	58
Maçanet	6.887	46
Sils	5.797	50
Riudarenes	2.120	31
Total	22.545	185

Taula 2: Població 2015 i naixements 2014 als pobles de Sils, Vidreres, Maçanet i Riudarenes (24).

La mostra serà seleccionada de manera aleatòria, mitjançant una llista creada per ordinador, que assignarà les participants en el grup control o el grup d'estudi, tenint present els següents criteris:

Criteris d'inclusió	Criteris d'exclusió
<ul style="list-style-type: none">- Dones gestants de 20 (+/- 2) setmanes gestacionals.	<ul style="list-style-type: none">- Embaràs d'alt risc.- Dones gestants en situació de malaltia greu que pugui interferir als resultats.- Dones gestants que no entenguin el català ni el castellà.- Dones gestants que no signin el document del consentiment informat.

Taula 3: Criteris d'inclusió i exclusió de l'estudi.

La mostra serà seleccionada des del Gener al Desembre del 2017, tenint en conta que l'obtenció de dades finalitzarà al Juny del 2018 per tal de donar el temps necessari de gestació i part a la última gestant seleccionada de 20 SG (+/- 2 SG) a dia 31 de Desembre del 2017.

3.3.4. VARIABLES

- Variables sociodemogràfiques: Les variables sociodemogràfiques s'obtidran a través del qüestionari d'elaboració pròpia. Edat de la gestant (pregunta oberta), nacionalitat (pregunta oberta), estat civil (pregunta oberta), nivell d'estudis (estudis primaris o inferiors, estudis secundaris o universitaris, no sap / no contesta), situació laboral (treballant, desocupada, estudiant, no sap / no contesta), baixa maternal (sí, no).
- Suport en l'entorn familiar: Es valorarà amb el qüestionari d'elaboració pròpia amb 2 enunciats en relació al suport percebut en l'entorn familiar mitjançant ítems amb escala tipus Likert (molt d'acord, bastant d'acord, d'acord, bastant desacord, molt desacord).
- Pressió social: Es valorarà amb el qüestionari d'elaboració pròpia amb 1 enunciat en relació al sentiment de "pressió social" percebut en l'entorn familiar, social i sanitari, mitjançant ítems amb escala tipus Likert (molt pressionada, bastant pressionada, poc pressionada, gens pressionada) i pregunta oberta.
- Tipus de part: Es valorarà la variable "Tipus de part" al segon cop d'administrar el qüestionari d'elaboració pròpia, ja que la gestant ja haurà tingut el/s bebè/s. Es valorarà amb pregunta tancada mitjançant l'elecció dels ítems "Vaginal" o "Cesària".
- Paritat: Es valorarà la variable "Paritat" amb el qüestionari d'elaboració pròpia, amb pregunta tancada mitjançant l'elecció dels ítems "Sí" o "No" a la pregunta: "És primerenca?".
- Percepció de la qualitat de vida: S'administrarà el qüestionari validat SF-12, per a la valoració de la variable "percepció de la qualitat de vida".

- Morbidity of postpartum depression: S'administrarà l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), per a la valoració de la variable "morbidity of postpartum depression".
- Psychoeducational program (intervention): Variable independent de l'estudi. Gestants que han rebut les classes de prevenció per a la depressió post part i gestants que no les han rebut.
- Part date: S'obtindrà la variable "data de gestació" mitjançant el qüestionari d'elaboració pròpia amb una pregunta oberta.

3.3.5. PROCEDIMENT

Es contactarà amb l'adjunta de l'ABS de Sils, Vidreres, Maçanet de la Selva, per tal d'exposar-li el projecte a realitzar i obtenir el vist-i-plau. Es demanarà el contacte de les llevadores de tot l'ABS per tal d'explicar-los el projecte. Se'ls exposarà que el projecte consisteix en realitzar tres classes de preparació al part més de les que es fan habitualment. Aquestes tres classes les duran a terme les gestants que pertanyin al grup d'estudi, a més a més de les classes de preparació al part habituals. Les gestants que pertanyin al grup control seguiran fent les classes que es realitzen habitualment.

En l'horari de formació, es realitzaran dues classes d'una hora cadascuna, a càrrec d'una psicòloga per a la formació de les llevadores sobre la temàtica a seguir en aquestes tres classes de més. Es tractaran de classes que tenen com a objectiu prevenir la depressió post part i l'ansietat, objectiu que també tenen les classes de preparació al part habituals. Cada classe es tractarà d'un tema en concret, que farà referència a com prevenir factors de risc per tal de disminuir la morbiditat de patir depressió post part i també es donaran eines que es traduiran com a factors protectors:

Primera classe: Anirà destinada a l'apoderament de la gestant, a l'augment d'autoestima i l'assertivitat.

Segona classe: Es destinarà a treballar la importància d'establir un vincle entre la mare i el nadó. Activitats que augmentin el vincle.

Tercera classe: Sessió amb els familiars, amb objectius com augmentar la implicació per part de la parella en el procés, així com explicar als familiars a tenir cura de com s'ha d'aconsellar a la gestant, saber empatitzar i detectar signes de depressió post part després del part, per tal d'acudir ràpidament al professional sanitari. En el cas que la parella i familiars (pares/sogres o germans) no poguessin venir a la sessió, es podria parlar de fer-la de manera privada en un dia de consulta o ve que la gestant assistís igualment a la sessió i escoltés els temes que sorgeixin, ja que també li permetrà aprendre i ser més objectiva i conscient si algun dia es sent pressionada, rep consells de familiars, amics o coneguts sense demanar-los, etc.

Aquestes classes seran en grup i tindran una durada aproximada d'una hora, mentre que les de preparació al part habituals són d'una hora i mitja. Es duran a terme un cop per setmana, dia a concretar amb les llevadores. S'aniran realitzant tal i com es realitzen les classes de preparació al part habituals, és a dir, cada cop que s'inclogui una gestant per dur a terme les classes de preparació el part, serà assignada a un grup (grup d'estudi o grup control), i durà a terme les classes de preparació al part habitual i sí pertany al grup d'estudi també haurà d'acudir a les tres classes de formació psicoeducativa.

Es realitzaran de manera consecutiva, és a dir, a la primera setmana es farà la primera classe, a la segona setmana la segona classe, a la tercera setmana la tercera classe i a la següent es tornarà a començar per la primera classe. No caldrà que les gestants s'incloguin sempre a la primera classe, ja que es parlarà de temes independents.

Les llevadores mitjançant les visites d'embaràs, informaran a les gestants de l'estudi, per tal de què si volen hi puguin participar. Un cop hagin estat informades se'ls entregarà el consentiment informat perquè el firmin, en el cas que acceptin. Posteriorment a la primera classe que acudeixin hauran d'omplir els tres qüestionaris (el qüestionari inicial, la HADS i l'SF-12).

Finalment quan cada gestant hagi rebut les classes de preparació al part i les tres classes de formació psicoeducativa segons el grup al qual hagin participat, caldrà que omplin els tres qüestionaris un cop acudeixin a les classes post part, o a la consulta d'infermeria pediàtrica. Quan s'hagin obtingut totes les dades s'analitzaran per comparar els resultats i analitzar si la intervenció ha sigut efectiva i eficient.

3.3.6. TÈCNiques I INSTRUMENTS PER A LA RECOLLIDA DE DADES

S'administrarà una enquesta d'elaboració pròpia que constarà de 12 preguntes combinant preguntes obertes i preguntes tancades i enunciats codificats mitjançant escales tipus Likert. La mateixa enquesta ens servirà per establir un primer contacte amb la gestant i recollir la informació sobre variables tals com les sociodemogràfiques, situació laboral, suport rebut per l'entorn familiar, tipus de part, etc. **(ANNEX 1)**

També s'administraran l'escala Hospital Anxiety and Depression Scale i el qüestionari SF-12, per comparar la morbiditat de patir ansietat i depressió abans i després de la formació psicoeducativa, així com també estudiar la qualitat de vida percebuda de la gestant abans de la formació i després del part.

La Hospital Anxiety and Depression Scale (25) **(ANNEX 2)** va ser originalment dissenyada per Zigmond Snaithe (1983) com instrument de screening per a la detecció de pacients amb trastorns afectius en resposta davant els importants inconvenients que instruments àmpliament utilitzats com el GHQ (General Health Questionnaire) presentaven, sobretot quan havien de ser utilitzats en pacients afectes de trastorns somàtics, ja que donaven lloc a falsos positius per símptomes que poden estar presents en diverses patologies mèdiques. Al desenvolupar la HADS no van incloure cap ítem que fes referència a funcions físiques o símptomes somàtics. A més, a diferència d'altres escales, aquest instrument posseeix escales derivades de l'experiència clínica més que de l'anàlisi factorial.

Consta de dues sèries de set qüestions, una representa la subescala d'ansietat i l'altra la de depressió, essent ambdues de conceptes psicopatològics d'ansietat i depressió independents. Cada ítem és valorat segons una escala de quatre punts de freqüència que va des de 0 a 3. Els ítems pertanyents a l'escala de depressió es refereixen quasi exclusivament a l'estat anhedònic (incapacitat per experimentar plaer), que es considera el tret central de la malaltia depressiva i el millor marcador clínic i indicador de mecanismes neurobiològics alterats en la mateixa, prenent la detecció de trastorns de l'humor relativament lleus, com en aquells que es presenten en àmbits d'assistència no psiquiàtrics.

El pacient que ompli l'instrument ha de referir com es sent en el moment present incloent els dies previs. Les puntuacions majors de 10 es consideraran indicatives de morbiditat. Una puntuació de 8-10 s'interpreta com a cas borderline o fronter, i les puntuacions inferiors a 8 indiquen absència de morbiditat significativa. Encara que la paraula "hospital" figura en la seva denominació d'origen, la HADS pot també ser utilitzada en l'atenció comunitària, ja que és ben acceptada i fàcil de complimentar, i subministra una clara distinció entre els dos conceptes d'ansietat i depressió.

La HADS ha estat comparada amb escales de valoració clínica, amb entrevistes estandarditzades i instruments d'screening com el GHQ i en tots aquests estudis l'instrument ha demostrat unes magnífiques especificitat i sensibilitat en la detecció d'ansietat i depressió en el pacient físicament malalt.

Tradicionalment l'avaluació en la salut ha estat basada en indicadors objectius (bioquímics, fisiològics i anatòmics). Però l'enfoc modern de la salut que deriva del concepte de complet benestar físic, mental i social, proposat per la Organització Mundial de la Salut, ja no solament està centrada en l'absència de malalties, sinó que posa de manifest la necessitat d'incloure avaluacions tant objectives com subjectives per aquesta variable, així com en la valoració dels recursos psicològics que afavoreixen la salut i el benestar. L'actual estimació de salut inclou mesures subjectives com la qualitat de vida relacionada amb la salut. Aquesta variable és usualment utilitzada tant en la població general, com

en la que té alguna patologia específica, perquè permet obtenir un perfil acabat del pacient.

Els qüestionaris SF, els quals tenen com a propòsit estimar l'estat funcional del pacient, reflectint la seva salut física, mental i social, així com l'obtenció d'un valor quantitatiu, que representarà l'estat de salut de forma multidimensional. La versió original dels SF consta de 36 ítems (SF-36) desenvolupats i utilitzats en la dècada 1990-99 en investigacions de tall epidemiològic, pel fet de proporcionar un perfil de l'estat de salut percebut, que valora tant estats positius com negatius en població amb i sense patologia. Això fa d'aquest instrument un dels més àmpliament utilitzats en el món, per relacionar salut amb qualitat de vida.

L'SF inclou dues dimensions que mesuren vuit conceptes de salut, com la funció física (grau que la salut limita les activitats físiques), funció social (grau de salut física i emocional que afecten la vida social habitual), rol físic (grau on la salut física interfereix en la feina i les activitats diàries), rol emocional (grau en què els problemes emocionals interfereixen en la feina i altres activitats diàries), salut mental (salut mental general), vitalitat (sentiment d'energia i vitalitat), dolor corporal (intensitat del dolor) i salut general (valoració personal de la salut).

Aquestes vuit escales formen dos grups diferents relacionats amb la salut física i mental de les persones. Autors com Gandek, han proposat la necessitat de desenvolupar un nou qüestionari que avaluï aquestes dues dimensions globals, però amb menys ítems. Un exemple d'això és l'SF-12 (26) (**ANNEX 3**), caracteritzat per ser una versió abreujada del qüestionari original amb només dotze ítems (temps d'aplicació de dos minuts aproximadament), el qual l'objectiu és avaluar el grau de benestar i capacitat funcional de les persones més gran de 14 anys.

Les opcions de resposta formen escales de tipus Likert (on el número d'opcions varia de tres a sis punts, depenent de l'ítem), que avaluen intensitat i/o freqüència de l'estat de salut de les persones. La puntuació va d'entre 0 i 100,

on la major puntuació implica una millor qualitat de vida relacionada amb la salut. Les investigacions que utilitzen els dotze ítems de l'SF, han verificat que aquest instrument és una mesura vàlida i confiable, trobant-se estimacions de consistència interna superiors a 0,70 i correlacions significatives entre les versions de l'escala.

3.3.7. CONSIDERACIONS ÈTIQUES

El projecte es presentarà al Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica (CEIC) de l'Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, de Girona tenint present la legislació vigent que regula la Investigació amb el RD n° 223/2004 del 6 de Febrer del 2004, l'Ordre Autonòmica 406/2006 del 24 d'Octubre i la Llei d'Investigació Biomèdica 14/2007, del 3 de Juliol.

El CEIC de l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, segueix les recomanacions contingudes a la Declaració de Helsinki i revisions posteriors: l'Informe Belmont, el Conveni d'Oviedo, els aspectes ètics i metodològics de les Bones Pràctiques Clíniques de la Unió Europea, així com altres guies per la metodologia de la Investigació de la OMS.

Es sol·licitarà a les pacients el consentiment informat (**ANNEX 4, ANNEX 5**) tenint en conta la Llei Orgànica de Protecció de Dades 15/1999 de caràcter personal per a la utilització de les dades, tractament i publicació de les mateixes, d'acord a les característiques de l'estudi. S'indicarà que participar en l'estudi és voluntari i que podran abandonar-lo sempre que ho desitgin, amb previ avís (27).

3.3.8. ANÀLISI DE LES DADES

L'anàlisi de dades es realitzarà a partir dels qüestionaris amb preguntes obertes i tancades. Pel que fa a les preguntes tancades, es codificaran les dades obtingudes i es realitzarà un anàlisi descriptiu i bivariant, mitjançant el qual podrem realitzar T-student, Chi-quadrat, diagrames de dispersió i coeficients de correlació. Pel que fa a les preguntes obertes, es realitzarà un sumatori de cada categoria per observar les tendències predominants.

L'anàlisi es durà a terme amb l'ajuda del paquet informàtic SPSS 23.0 IBM.

CRONOGRAMA DEL PROJECTE

	Novembre /16	Desembre /16	Gener /17	Febrer /17	Març /17	Abril /17	Maig /17	Juny /17	Juliol /17	Agost /17	Setembre /17	Octubre /17	Novembre /17	Desembre /17	Gener /18	Febrer /18	Març /18	Abril /18	Maig /18	Juny /18	Juliol /18	
Revisió bibliogràfica sobre el tema																						
Elaboració del projecte d'estudi																						
Presentació del projecte al CEIC de l'Hospital Dr. Josep Trueta																						
Presentar el projecte a l'ABS de Sils, Vidreres, Maçanet																						
Formació llevadores de l'ABS de Sils, Vidreres, Maçanet																						

Selecció de la mostra d'estudi																				
Recollida de dades (enquestes, escales i qüestionaris)																				
Anàlisi de dades																				
Redacció de resultats, discussió i conclusions																				
Enviar i publicar l'article																				

5. PRESSUPOST ECÒNOMIC

A continuació es desglossa el pressupost necessari per a la realització del present projecte.

ITEM	QUANTITAT	TEMPS/UNITATS	TOTAL
A. PERSONAL			
Honoraris psicòloga	45 €/h	2h de formació	90 €
Honoraris llevadores (x2)	35 €/h	1h/setmanal durant 18 mesos	5040 €
B. EQUIPS			
Internet + trucades telefòniques	45€/mes	Internet + trucades il·limitades durant 20 mesos	900 €
Impressora	50 €	1 unitat	50 €
C. MATERIALS			
Paper DIN - A4	3€/ paquet	5 paquets de 500 fulles	15 €
Fotocopies	0.05€/ fotocopia	1000 unitats	50 €
Tòner impressora	45€/ pack	5 packs	225 €
TOTAL FINAL			6370 €

Taula 4: Pressupost econòmic

6. ANNEXOS

ANNEX 1

QÜESTIONARI

El qüestionari que respondrà a continuació té per objectiu principal conèixer característiques com:

1. Edat: _____ anys
2. Nacionalitat: _____
3. Estat civil: _____
4. Nivell d'estudis:
 - Estudis primaris o inferiors
 - Estudis secundaris o universitaris
 - No sap/ No contesta
5. Situació laboral:
 - Treballant
 - Desocupada
 - Estudiant
 - No sap/ No contesta
6. Sol·licitarà o ha sol·licitat la baixa maternal?
 - Sí No
7. És primerenca?
 - Sí No

Contesti la següent pregunta en el cas que ompli aquest qüestionari per segona vegada:

8. Data del part: _____

La següent pregunta només la podrà contestar després del part, és a dir, la segona vegada que ompli aquest qüestionari:

9. Tipus de part:

Vaginal Cesària Fòrceps/Pales/Ventosa

Les següents preguntes fan referència al suport rebut per part de l'entorn familiar:

10. Es sent recolzada per la seva parella en les tasques familiars (tasques de la casa, suport emocional, cuidats del nadó (en el cas que respongui aquest qüestionari per segona vegada).

1	2	3	4	5
Molt d'acord	Bastant d'acord	D'acord	Bastant desacord	Desacord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Sent suport per part de la seva família (pares, sogres i germans).

1	2	3	4	5
Molt d'acord	Bastant d'acord	D'acord	Bastant desacord	Desacord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La següent pregunta fa referència a la pressió social percebuda:

12. S'ha sentit pressionada per part de la parella/ familiars/ amics/ veïns/ coneguts/ professional sanitari de com ha de dur l'embaràs i, en el cas que respongui aquest qüestionari per segona vegada, com ha de cuidar el nadó.

1	2	3	4
Molt pressionada	Bastant pressionada	Poc pressionada	Gens pressionada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En el cas que respongui afirmativament (1, 2 o 3), per part de qui s'ha sentit pressionada?

ANNEX 2

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE

Versión original de Zigmod y Snaith, 1983

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudar a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a como se sintió durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde deprisa sus respuesta se ajustaran mucho más a cómo realmente se sintió.

1. Me siento tenso o nervioso.
 - Todos los días
 - Muchas veces
 - A veces
 - Nunca
2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba
 - Como siempre
 - No lo bastante
 - Solo un poco
 - Nada
3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.
 - Definitivamente y es muy fuerte
 - Sí, pero no es muy fuerte
 - Un poco, pero no me preocupa
 - Nada
4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.
 - Al igual que siempre lo hice
 - No tanto ahora
 - Casi nunca
 - Nunca
5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.
 - La mayoría de las veces
 - Con bastante frecuencia
 - A veces, aunque no muy a menudo
 - Solo en ocasiones
6. Me siento alegre.
 - Nunca
 - No muy a menudo
 - A veces
 - Casi siempre
7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado.
 - Siempre
 - Por lo general
 - No muy a menudo
 - Nunca
8. Me siento como si cada día estuviera más lento.
 - Por lo general, en todo momento
 - Muy a menudo
 - A veces
 - Nunca
9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago.
 - El nunca
 - En ciertas ocasiones
 - Con bastante frecuencia
 - Muy a menudo
10. He perdido interés en mi aspecto personal
 - Totalmente
 - No me preocupo tanto como debiera
 - Podría tener un poco más de cuidado
 - Me preocupo al igual que siempre
11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.
 - Mucho
 - Bastante
 - No mucho
 - Nada
12. Me siento optimista respecto al futuro.
 - Igual que siempre
 - Menos de lo que acostumbraba
 - Mucho menos de lo que acostumbraba
 - Nada
13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.
 - Muy frecuentemente
 - Bastante a menudo
 - No muy a menudo
 - Rara vez
14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.
 - A menudo
 - A veces
 - No muy a menudo
 - Rara vez

ANNEX 3

CUESTIONARIO DE SALUD SF-12

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿Cuánto?

	1	2	3
	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
2. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Subir varios pisos por la escalera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	1.	2.
	Sí	No
4. ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

	1.	2.
	Sí	No
6. ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo....

	1	2	3	4	5	6
	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
9. ...se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...se sintió desanimado y triste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siempre	Casi	Algunas siempre	Sólo veces	Nunca alguna vez

ANNEX 4

CONSENTIMENT INFORMAT (Català)

Intervencions d'infermeria en les classes de preparació al part per a la prevenció de l'ansietat i la depressió post part.

Jo.....

He entès la informació que se m'ha atorgat en relació al projecte "Intervencions d'infermeria en les classes de preparació al part per a la prevenció de l'ansietat i la depressió post part", i he tingut la possibilitat de resoldre tots els dubtes que se m'han plantejat sobre la participació en aquest estudi.

Les dades personals que es recullin en l'estudi seran utilitzades únicament a efectes de permetre els resultats d'aquest.

Puc retirar-me de l'estudi en qualsevol moment, quan vulgui i sense que això repercuteixi als meus cuidats mèdics.

Desitjo manifestar la meva voluntat de participar en l'estudi titulat "Intervencions d'infermeria en les classes de preparació al part per a la prevenció de l'ansietat i la depressió post part" i per això firmo per duplicat el present document de Consentiment Informat el dia..... de..... del 20....., quedant-me amb una de les còpies.

Firma de la participant

ANNEX 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO (Castellano)

Intervenciones de enfermería en las clases de preparación al parto para la prevención de la ansiedad y la depresión post parto.

Yo.....

He entendido la información que se me ha otorgado en relación al proyecto “*Intervenciones de enfermería en las clases de preparación al parto para la prevención de la ansiedad y la depresión post parto*”, y he tenido la posibilidad de resolver todas las dudas que se me han planteado sobre la participación en este estudio.

Los datos personales que se recojan en el estudio van a ser utilizados únicamente a efectos de permitir los resultados de este.

Puedo retirarme del estudio en cualquier momento, cuando quiera y sin que eso repercuta en mis cuidados médicos.

Deseo manifestar mi voluntad de participar en el estudio titulado “*Intervenciones de enfermería en las clases de preparación al parto para la prevención de la ansiedad y la depresión post parto*” y para ello firmo por duplicado el presente documento de Consentimiento Informado el día..... de..... del 20....., quedándome con una de las copias.

Firma de la participante