Universitat de Girona
Facultat d'Infermeria

L'ingrés a la unitat d'aguts de salut mental de les persones amb depressió major: vivències, experiència personal i visió de la família.

Projecte de recerca

Treball de Final de Grau

Magdalena Burgos Florit

4t d'Infermeria curs 2015-2016

Treball de Final de Grau

Tutor: Dr. David Ballester Ferrando

Agraïments

M’agradaria agrair a totes les persones que han fet possible el meu treball de final de grau.

Vull donar les gràcies al meu tutor en David Ballester per tota l’ajuda, els consells i el suport que m’ha donat durant tot el curs per aconseguir que aquest treball ara sigui una realitat.

Vull agrair als meus pares i al meu germà la seva confiança, perquè han cregut amb mi, m’han donat forces quan més ho he necessitat i sempre han estat allà tot i la distància que ens separa. Gràcies per ensenyar-me a lluitar pel què vull i a no rendir-me.

Finalment, m’agradaria donar les gràcies a les meves companyes d’universitat i de Girona que ara s’han convertit en amigues i en imprescindibles en la meva vida. Gràcies per ajudar-me i ser un punt clau en el meu suport durant aquest curs, però també per compartir amb mi aquests 4 anys de carrera que no haurien estat el mateix.

A totes les persones que m’han ajudat i m’han donat suport en aquesta darrera etapa de carrera, moltes gràcies!

Índex de continguts

Resum 5

Abstract 6

1. Marc teòric 7

1.1. Introducció i justificació 7

1.2. Definició i visió de la pròpia malaltia 8

1.3. Simptomatologia 10

1.4. Etiologia i factors de risc 12

1.5. Criteris diagnòstics 14

1.6. Tractament i relació amb el personal sanitari 16

1.7. Magnitud del problema 18

1.8. L'experiència d'ingressar a un centre de salut mental 21

2. Bibliografia 25

3. Objectius 25

4. Material i mètodes 32

4.1. Disseny 32

4.2. Àmbit d'estudi 33

4.3. Població d'estudi i selecció de mostra 33

4.4. Criteris d'inclusió i exclusió 34

4.5. Tècnica de recollida de dades 35

4.6. Descripció del procediment 36

4.7. Anàlisis i triangulació de dades 37

4.8. Consideracions ètiques 38

5. Cronograma 39

6. Pressupost 41

7. Annexos 43

7.1. Índex d'annexos 43

Índex de taules

Taula 1: Criteris diagnòstics de la DM segons el DSM-V.....14
Taula 2: Criteris diagnòstics d'un episodi depressiu greu segons el CIE10.....16
Taula 3: Criteris de gravetat d'un episodi de DM i de derivació des d'Atenció Primària.....21
Taula 4: Fase d'elaboració del projecte.....39
Taula 5: Fase prèvia al treball de camp.....39
Taula 6: Fase del treball de camp.....39
Taula 7: Fase d'anàlisis de dades i difusió de resultats.....40
Taula 8: Despeses de recursos materials.....41
Taula 9: Despeses de recursos humans.....41
Taula 10: Altres despeses.....41
Taula 11: Despeses totals.....42

Resum

Introducció: La depressió major és un trastorn mental molt freqüent i s'ha convertit en un problema i un repte important dins el sistema sanitari degut a l'alta prevalença, el seu impacte en la salut i en la productivitat, per la despesa que suposa i pel paper que juga en el risc de suïcidi.

Degut a l'elevat nombre d'estades hospitalàries, es tracta d'un problema real i habitual en el dia a dia dels serveis d'aguts de salut mental.

Davant un ingrés un pacient sofreix un canvi, una ruptura amb el seu entorn que pot provocar por, inseguretat i ansietat davant una situació nova. Per les persones amb aquesta situació, l'ingrés sol ser una experiència negativa.

Pels familiars, pot suposar una crisi. Es volen sentir involucrats en l'atenció del seu familiar, i sovint no senten el suport necessari per part dels professionals de la salut, provocant un conflicte emocional complex.

És molt important que els professionals de salut mental coneguin les necessitats emocionals, d'informació i el què representa un ingrés de les persones amb trastorn depressiu i de les seves famílies, així com també conèixer la seva visió de la malaltia, la seva visió respecte a la relació amb els professionals i respecte al fet d'ingressar, perquè d'aquesta manera es podran donar unes cures i una atenció adequada a la seves preferències i per tant, s'aconseguirà una atenció de més qualitat.

Objectius: analitzar l'experiència d'ingressar en una unitat d'aguts de salut mental des del punt de vista de pacients amb diagnòstic de depressió major i de les seves famílies.

Material i mètodes: es realitzarà un estudi qualitatiu de tipus fenomenològic. Es portarà a terme a persones adultes amb diagnòstic de depressió major que han estat ingressades a la unitat d'aguts de salut mental de l'Hospital Santa Caterina ubicat al Parc Hospitalari Martí Julià de Salt (Girona) i a les seves famílies. La mostra es seleccionarà per mitjà d'un mostreig intencional. Es realitzaran entrevistes semiestructurades en profunditat i les dades s'analitzaran a través del programa informàtic N-Vivo on es codificaran i s'organitzaran en categories i subcategories.

Paraules clau: *depressió major, ingrés hospitalari, experiència de vida, família, infermeria.*

Abstract

Introduction: Major depressive disorder is a very common mental health disorder that has become a problem and a challenge in the healthcare system due to the high prevalence, its impact on health and productivity, the cost that represents and the role it plays in the risk of suicide.

Due to the high number of hospital admissions, it is a real and common problem in acute mental health services.

Every hospital admission represents a change for the patient. The break with his environment can cause fear, insecurity and anxiety. For patients in this situation, an admission is often a negative experience.

An admission can also cause a crisis to the family. They want to feel involved in the care of his relative, and often they do not feel the support they need from health professionals, causing a complex emotional conflict.

It is very important that mental health professionals are aware of the emotional and information related needs and know what an admission represents for people with a depressive disorder. Also, they have to know and understand their vision of the disease, know their view of the relationship with professionals and their view of the admission. Taking all this into account, professionals are going to be able to give an appropriate care and attention according to their preferences and they are going to achieve a high quality care.

Objectives: To analyze the experience in an Acute Mental Health admission from the point of view of patients with major depressive disorder and their families.

Methods: phenomenological qualitative study. Will take place in adults diagnosed with major depressive disorder who have been admitted to the acute mental health service at the Hospital Santa Caterina located in Martí Julià Hospital Park in Salt (Girona) and their families. The participants will be selected by an intentional sampling. There will be semi-structured in depth interviews and results will be analyzed by N-Vivo software that encodes and organizes the information into categories and subcategories.

Keywords: *major depressive disorder, hospital admission, life experience, families, nursing*.

1. Marc teòric

1.1. Introducció i justificació

La depressió és un trastorn mental freqüent. Es calcula que afecta a 350 milions de persones arreu del món i és la principal causa mundial de discapacitat[1].
Els trastorns depressius no només provoquen un impacte a nivell de salut, sinó també una disminució de la productivitat i el nivell funcional de la persona, fet que representa un cost en el sistema sanitari molt important[2]. A Catalunya, el cost total anual dels trastorns depressius el 2006 va ser de 735,4 milions d'euros[3], el que va representar gairebé el 10% del pressupost del Departament de Salut d'aquell any.
La depressió es un trastorn molt prevalent i habitual en el dia a dia de les unitats de salut mental. Tot i que és un trastorn que es tracta des de diferents àmbits del sistema sanitari, alguns cops aquestes persones necessiten fer un ingrés en un centre d'hospitalització especialitzat. Si es té com a referència el servei d'aguts de salut mental de Santa Caterina de Girona, l'any 2014, el 26% dels pacients majors de 18 anys que es van tractar estaven diagnosticats de trastorns depressius[4].
Amb tot això, es pot dir que l'atenció a la depressió és un problema important i habitual degut a l'alta prevalença, el seu impacte en la salut i en la productivitat, per la despesa que suposa i a més, pel paper que juga en el risc de suïcidi.

Un ingrés en un centre hospitalari sempre suposa un canvi, una ruptura amb l'entorn, una pèrdua d'autonomia i intimitat i apareix por, inseguretat i ansietat, generant-se una sèrie d'expectatives[5]. Per les persones amb trastorns mentals, aquest ingrés generalment representa una experiència negativa[6]: es produeix una pèrdua de llibertat, una aparició de normes estrictes i identifiquen una falta d'informació i una falta de temps dels professionals d'infermeria, entre altres aspectes[6,7]. Per tot això, tenir suport tant a l'ingrés com durant tot el procés de malaltia és molt important en els trastorns depressius[8,9].

Per altra banda, des del punt de vista de les famílies, un ingrés suposa una crisi i un conflicte emocional complex on sentiments d'utilitat, fracàs, obligació i implicació en l'atenció hi juguen un paper important. Moltes vegades aquestes famílies no senten

el suport necessari per part dels professionals sanitaris i això els dificulta el procés de l'ingrés[10–12].

Davant un ingrés hospitalari en una unitat d'aguts de salut mental, és molt important que els professionals coneguin les necessitats d'aquests pacients i de les seves famílies respecte a la seva visió de la malaltia i respecte al fet d'ingressar, perquè, d'aquesta manera es podran donar unes cures i una atenció adequada a la seves preferències i de més qualitat.

Per tot això, amb aquest estudi es vol arribar a analitzar com viuen les persones amb transtorns depressiu i les seves famílies un ingrés, com entenen la seva malaltia, quina és la seva visió del tractament i què pensen sobre l'actuació dels professionals de salut. Aquesta informació s'ajudarà a què els infermers que cada dia tracten amb persones amb depressió major en les unitats d'aguts de salut mental entenguin millor el seu punt de vista i el de les seves famílies i, d'aquesta manera, puguin realitzar unes intervencions d'infermeria de més qualitat.

1.2. Definició i visió de la pròpia malaltia

La depressió és un trastorn mental que ha rebut diverses definicions tot i que, totes elles amb uns trets comuns.

Segons la OMS[13], "la depressió és un trastorn mental freqüent, que es caracteritza per la presència de tristesa, pèrdua d'interès o plaer, sentiments de culpa o falta d'autoestima, trastorns del son o de la gana, sensació de cansament i falta de concentració".

El Sistema Nacional de Salut ha desenvolupat una definició a partir de la National Collaborating Centre for Mental Health[14] i la OMS[1], en la què "la depressió es presenta com un conjunt de símptomes de predomini afectiu (tristesa patològica, apatia, anhedonisme, desesperança, decaïment, irritabilitat, sensació subjectiva de malestar i impotència front a les exigències de la vida) tot i que en major o menor grau, també estan presents símptomes de tipus cognitiu, volitiu i somàtic, per la qual

cosa es podria parlar d'una afectació global psíquica i física, fent especial èmfasi en l'esfera afectiva".

Finalment, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya[15] ens diu que "la depressió és una malaltia molt freqüent que provoca una alta discapacitat i un fort impacte social. La depressió és molt més que estar baix de moral. La majoria de persones experimenta tristesa de tant en tant, però en algunes ocasions aquests sentiments no desapareixen i s'acompanyen d'altres símptomes que provoquen malestar o dificultats per desenvolupar la vida quotidiana. És aleshores quan podem estar davant d'un trastorn denominat depressió."

És molt important conèixer també com entenen els pacients i les famílies la depressió perquè aquesta visió influirà en la seva relació amb el sistema sanitari i amb els professionals[8,16].

La depressió és un trastorn amb unes característiques que varien molt respecte el pacient i l'entorn on es doni, per això, les visions sobre el concepte, els símptomes, el tractament o la resolució són molt diverses. Es troben diversos factors socials i culturals que influeixen directament sobre aquesta percepció[17,18]. Un d'aquests aspectes és el gènere. S'ha vist que existeixen diferències entre homes i dones sobre la manera d'entendre la depressió, i per tant, varien les estratègies d'afrontament. Els tres punts claus en aquestes diferències són: la tendència a aparentar estar bé, la tendència dels homes a amagar els sentiments a través de substàncies o altres activitats com la feina, i el rebuig a la possibilitat d'estar deprimit[8,17].

Des del punt de vista del pacient, la depressió és un concepte complex i una mica confús, però són capaços d'identificar clarament els símptomes[8]. Tot i això, ni ells ni el seu entorn coneixen perfectament el trastorn[19].
És important tenir en compte que la majoria de pacients, durant el període de crisi, pateixen un deteriorament donat per la mateixa malaltia que els impedeix entendre i veure què els està passant i com s'estan sentint. Aquesta manca de consciència de problema, a més, impossibilita que busquin ajuda. Un cop aquesta fase aguda ha passat i s'ha estabilitzat l'episodi, els pacients sí són capaços d'identificar aquests

símptomes i les conseqüències del procés depressiu. Per aquest fet, el grau de percepció i coneixement del problema depèn de la magnitud de la simptomatologia i de la fase del procés[20].

Generalment les persones amb depressió entenen el seu trastorn com una resposta complexa a una sèrie de factors i situacions, més que com un problema biomèdic[8]. No ho descriuen només com un conjunt de símptomes, sinó com un problema d'afrontament personal. Ho veuen com un procés que forma part de la seva vida i no només com una malaltia[16].
A partir d'aquesta idea, el trastorn depressiu s'entén tant com un problema crònic que fluctua, queda latent i pot ser recurrent, com també com un procés puntual[8,16,21].
S'ha vist que com major és el grau de percepció i coneixement del seu propi trastorn i del procés, més positiu és el seu tractament[20]. A més, pel fet que cada pacient té una visió individualitzada de la seva pròpia malaltia, existeixen diferents estratègies d'afrontament. Tot i això, no es pot dir que un cop el pacient ha entès el seu trastorn sigui necessàriament capaç de gestionar-lo[20].
És molt important llavors, que els professionals personalitzin cada cas i observin com entenen ells els seu procés i com li fan front, per poder adequar l'atenció i les intervencions.

1.3. Simptomatologia

Existeix una variada simptomatologia en els trastorns depressius, aquesta depèn de cada cas concret[13]. Els propis pacients reconeixen aquesta variabilitat i veuen la necessitat d'individualitzar en cada cas[8].
A més a més, s'ha vist que aquesta simptomatologia pot variar respecte a l'edat[22], ja que els joves manifesten símptomes més relacionats amb el comportament, i en canvi, la gent més gran presenta més símptomes de caire somàtic.

Normalment el malalt presenta sentiments de disfòria, anhedonisme, pèrdua d'interès i disminució de la vitalitat. Tot això porta a una reducció dels nivells d'activitat i un esgotament exagerat[13,23].

Trobem també hipoprosèxia, pèrdua de confiança en un mateix i sentiments d'inferioritat, idees de culpa i d'inutilitat, pensaments i actes suïcides o d'autoagressions, deteriorament de l'aparença i l'aspecte personal, to de veu baix, expressió facial trista, plor fàcil o espontani, queixes somàtiques inespecífiques trastorns del son, pèrdua de la gana, pèrdua o augment de pes, pèrdua de reactivitat emocional o agitació o inhibició psicomotriu entre altres[13,19,23,24].

La possibilitat diagnòstica d'aquest trastorn es sol basar en dades observacionals i amb la manifestació dels signes i símptomes anteriorment esmentats. La clau per considerar-los patològics està en la persistència de la clínica, la gravetat i el grau de deteriorament funcional i social que provoquen[19].
En moltes ocasions, aquesta clínica no es manifesta de forma única sinó que es troba associada a ansietat o a combinacions somàtiques[19]. Pel contrari, la mateixa depressió pot generar més estrés i disfunció, cosa que fa que empitjori la situació vital de la persona i per tant, s'agreugi la mateixa malaltia, formant així un procés cíclic[13].
A més a més, les persones que pateixen depressió presenten taxes de comorbiditat i mortalitat elevades[19]. El trastorn suposa un impacte funcional i a nivell de productivitat important[2].

Com ja s'ha comentat anteriorment, durant la fase més aguda del procés, les persones no són capaces de tenir plena consciència del problema i per tant, d'aquesta simptomatologia[20]. Una vegada passada aquesta fase però, sí que són capaces de reflexionar i identificar allò que els ha passat. El fet de comparar el seu cas amb altres i veure les seves experiències, els ajuda a acceptar la seva situació[20].
En general, els pacients destaquen la tristesa, l'anhedonisme i l'apatia com els símptomes més importants[8]. També descriuen sentiments de por, irritació, desesperança, culpa, pèrdua de control i incomoditat amb un mateix[16]. Aquesta culpa, en ocasions, els porta a no voler demanar ajuda i a que el fet d'expressar-ho i parlar-ne obertament sigui tot un repte. Es culpen a ells mateixos per no ser capaços de trencar aquest cicle depressiu[21].
Per altra banda, és comú també que durant el procés experimentin sentiments de falta de control sobre ells mateixos, sobre el seu context, així com sobre la pròpia

malaltia[8].
El cansament i la fatiga repercuteixen molt negativament en el dia a dia del pacient i de la seva família[25,26].
La depressió els afecta a nivell emocional, cognitiu, motivacional, somàtic i conductual[8]. Els provoca problemes en la vida diària i en l'àmbit social i laboral, a més de problemes en les relacions personals i el sentiment d'aïllament social[8,25].

Un altre aspecte molt important que perceben les persones diagnosticades de trastorn depressiu és el sentiment d'estigmatització per part de la societat[8]. Aquesta provoca que se'ls vegi com si ells fossin els culpables de la seva situació[14,16] i això al final els acaba repercutint a nivell familiar, social i professional[16]. A més a més, aquest fet porta a una tendència a amagar i negar el diagnòstic davant els altres[19].

Finalment, un altre dels aspectes clau és la relació entre conducta suïcida i depressió que els mateixos pacients identifiquen[8,16]. Veuen la conducta suïcida com un símptoma de gravetat, i el suïcidi consumat com una conseqüència i una resposta al sofriment. També es veu com un mecanisme de control i un mitjà per obtenir ajuda[8,16].

1.4. Etiologia i factors de risc

Degut a la gran variabilitat en la presentació i el curs dels trastorns depressius, existeixen diverses teories que intenten explicar la seva etiologia[14]. Es poden trobar teories genètiques, biomèdiques, endocrines, neurofisiològiques, psicològiques i socials[14].

La depressió és un trastorn multifactorial[14,19], és a dir, no està causat per una única causa ni aquesta és comuna en tots els pacients. És el resultat de l'associació de múltiples factors socials, psicològics i biològics.
Existeixen diversos factors de risc de patir un trastorn depressiu. A continuació es distingeixen factors personals, econòmics, genètics i familiars.

- Factors personals i socioeconòmics

La personalitat neuròtica (afectivitat negativa) pot ser un dels factors d'inici de la depressió[24]. Aquests trets neuròtics de la personalitat estan associats a una major incidència i a més recaigudes[27]. A més a més, aquests trets suposen una major possibilitat de patir la malaltia davant situacions estressants i esdeveniments adversos de la vida diària[24,27].

El fet d'haver viscut circumstàncies adverses com situacions de dol, atur o traumes psicològics, augmenta la probabilitat de patir un trastorn depressiu[13].

L'entorn i la situació social i econòmica també són factors de risc de desenvolupar aquest tipus de trastorn[14,24].

Pertànyer al gènere femení és el factor de risc sociodemogràfic més important de patir un trastorn depressiu, seguit de la situació laboral[28].

El baix nivell de recursos econòmics també hi juga un paper important[14]. Els grups socioeconòmics més desfavorits tenen índex de depressió més alts. A més, l'estat civil (estar solter, divorciat o vidu) també hi influeix[14].

Bàsicament, com ja s'ha comentat, totes les situacions estressants de la vida poden ser precipitants d'episodis de depressió[14].

La depressió també està relacionada amb la salut física. Hi ha algunes malalties que poden ser causants de patir aquest trastorn i, per altra banda, patir depressió pot causar i empitjorar aquests malalties[13,14]. Per aquest motiu, la relació entre depressió i altres patologies físiques i mentals és complexa.

Les malalties cròniques com per exemple la diabetis, l'obesitat mòrbida, les malalties cardiovasculars i altres com el hipertiroïdisme, la síndrome de Cushing, la malaltia d'Addisson, etc. s'han de tenir en compte[14]. A més, l'ús de substàncies, l'ansietat, la distímia o el trastorn límit de la personalitat també es troben entre aquests factors de risc[14,27].

- Factors genètics i familiars

La major vulnerabilitat genètica s'ha distingit com un element important, així, la presència de familiars de primer grau amb trastorns depressius, augmenta dues vegades el risc de patir un trastorn depressiu major respecte a la població general[24].

Com ja s'ha comentat, si es té en compte la visió de les persones que pateixen aquests trastorn, consideren que aquest deriva de diversos factors com problemes familiars o laborals i econòmics i l'existència de malalties cròniques[8]. Ho veuen com un resultat de la interacció de múltiples factors, sobretot externs, i situacions vitals estressants com problemes familiars o laborals, malalties cròniques, traumes de la infància, dificultats econòmiques o racisme[8,14,16].

Si es parla de trastorns depressius, s'ha de tenir en compte el risc de suïcidi perquè hi juga un paper important i hi va estretament lligat. De fet, la depressió és un dels principals factors de risc d'aquest tipus de conductes[19,29]. Els propis pacients consideren que la conducta suïcida està estretament lligada amb les depressions greus, ho veuen com un dels possibles símptomes de la malaltia, i una vegada s'arriba al suïcidi consumat, ho identifiquen com una conseqüència de la malaltia[8,16].

1.5. Criteris diagnòstics

El DSM-V[24] diferencia diversos tipus de trastorns depressius (depressió major, distímia, etc.). Els trets comuns que tenen tots aquests trastorns són la presència de tristesa, sensació de buidor i estat d'ànim irritable, acompanyats de canvis somàtics o cognitius que afecten significativament a la capacitat funcional de l'individu. Les diferències entre els diferents tipus es basen en la duració, les etapes o l'etiologia.
Concretant en la depressió major (DM), es tracta d'un trastorn depressiu que es caracteritza per episodis almenys de 2 setmanes de duració que suposin clars canvis afectius, cognitius i neurovegetatius (Taula 1).

Taula 1. Criteris diagnòstics de la DM segons el DSM-V[24].

A. 5 (o més) dels següents símptomes s'han presentat durant el mateix període de dues setmanes i representen un canvi del funcionament previ; al menys un dels símptomes és (1) estat anímic depressiu o (2) pèrdua d'interès o plaer. 1. Estat anímic deprimit la major part del dia, casi tots els dies, indicat per expressions subjectives (per exemple sentir-se trist, buit o sense esperança) o observacions fetes pels altres (per exemple, semblar plorosa).

2. Disminució important de l'interès o del plaer en totes o casi totes les activitats la major part del dia, casi cada dia (també segons observació o informació subjectiva). 3. Significativa pèrdua de pes sense fer dieta o augment de pes (per exemple canvi en més del 5% del pes corporal en un mes) o augment o disminució de la gana casi cada dia. 4. Insomni o hipersòmnia casi cada dia. 5. Agitació o retard psicomotor casi cada dia (observable pels altres, no només sentiments subjectius d'inquietud o desacceleració). 6. Fatiga o pèrdua d'energia casi cada dia. 7. Sentiments d'inutilitat o excessiva o inapropiada culpa (la qual pot ser delirant) casi cada dia (no només retreure's a si mateix o culpar-se per estar malalt). 8. Disminució de la capacitat per pensar o concentrar-se, o per prendre decisions, casi cada dia (indicat per visió subjectiva o observat per altres). 9. Pensaments de mort recurrents (no només por a morir), idees de suïcidi recurrents sense un pla específic, o temptatives de suïcidi o un pla específic per cometre el suïcidi.
B. Els símptomes causen angoixa clínicament significativa o deteriorament de la vida social, laboral o en altres àrees importants del funcionament.
C. L'episodi no és atribuïble als efectes fisiològics d'alguna substància o a una altra condició mèdica.
D. La presència d'un episodi de DM no s'explica millor per una trastorn esquizoafectiu, esquizofrènia, trastorn esquizofreniforme, trastorn delirant o algun altre trastorn específic o inespecífic de l'aspecte de l'esquizofrènia i altres trastorns psicòtics.
E. No hi ha hagut mai un episodi maníac o un episodi hipomaníac.

Per altra banda, el CIE-10[23] engloba la depressió dins dels trastorns del humor o afectius. Dins d'aquests, es diferencia entre l'episodi depressiu i el trastorn depressiu recurrent. A més a més, classifica els episodis depressiu en lleus, moderats, greus amb o sense símptomes psicòtics, inespecífics i altres.

Pel diagnòstic[23] de l'episodi depressiu de qualsevol dels tres nivells de gravetat, habitualment es requereix una duració de almenys dues setmanes, tot i que períodes més curts poden ser acceptats si els símptomes son molt greus o d'inici brusc.

A més, han d'estar presents almenys dos dels tres símptomes típics de la depressió: l'estat d'ànim depressiu, la pèrdua d'interès i de la capacitat de gaudir i l'augment de la fatiga.

Centrant-se en un episodi depressiu greu sense símptomes psicòtics, s'han de seguir unes pautes de diagnòstic (Taula 2).

Taula 2: Criteris diagnòstics d'un episodi depressiu greu segons el CIE10[23]**.**

A. Han d'estar presents els tres símptomes típics de l'episodi depressiu: 1. Estat d'ànim depressiu, 2. Pèrdua d'interès i de la capacitat de gaudir 3. Augment de la fatiga.
B. Han d'estar presents almenys quatres del altres símptomes, els quals han de ser d'intensitat greu. 1. La disminució de l'atenció i la concentració 2. La pèrdua de confiança en un mateix i sentiments d'inferioritat 3. Les idees de culpa i de ser inútil 4. Una perspectiva fosca del futur 5. Pensaments i actes suïcides o d'autoagressions 6. Trastorns del son 7. La pèrdua de la gana
C. L'episodi depressiu ha de durar almenys dues setmanes però si els símptomes són particularment greus, i d'inici molt ràpid, pot estar justificat fer el diagnòstic amb una duració menor de dues setmanes.
D. Durant un episodi depressiu greu, no és probable que el malalt sigui capaç de continuar amb la seva activitat laboral, social o domèstica més enllà d'un grau molt limitat.

1.6. Tractament i relació amb el personal sanitari

Actualment, el model escalonat és el model de tractament que més s'aplica en casos de depressió[19]. Aquet model depèn del grau de severitat del procés, diferenciant, d'aquesta manera, tres línies d'actuació[19]: en depressions lleus el tractament es basa en psicoeducació, suport, exercici físic i intervencions psicològiques, en depressions moderades trobem tractament farmacològic o intervencions psicològiques, i finalment, en depressions greus o resistents s'apliquen tractaments combinats de psicoteràpia (com la activació conductual, la teràpia cognitiva conductual i la psicoteràpia interpersonal[13]) i de fàrmacs.
A partir d'aquí, si aquestes opcions no són efectives, es valora la possibilitat d'un ingrés hospitalari per aplicar teràpies electro-convulsives[13,19].

Respecte al tractament farmacològic, els pacients detecten tan aspectes negatius (dependència, efectes adversos, sedació, etc.) com positius (disminució de l'ansietat, millora de la qualitat del son, reducció d'idees negatives, etc.)[8]. Això sí, consideren

que hi ha falta d'informació respecte a aquest tipus de tractament per part dels professionals[8].
Degut a l'estigmatització del consum de fàrmacs antidepressius i dels problemes de salut mental en general, es tendeix a amagar el fet de tractar-se i es desenvolupen sentiments de culpa i decepció amb un mateix que poden afectar a l'adherència del terapèutica[8,14].

Pel que fa a la psicoteràpia, els pacients consideren que és un aspecte clau del tractament. Aquesta teràpia els permet parlar dels seus sentiments i buscar estratègies per fer front al problema, tot i això, són conscients que no tothom és capaç de parlar-ne obertament. A més, veuen que la seva eficàcia depèn del professional concret que la desenvolupi perquè l'empatia i les habilitats personals del propi professional poden determinar-ne l'èxit o el fracàs[8,14].

Finalment, fent referència a la teràpia electro-convulsiva, els pacients ho identifiquen com un últim recurs. Destaquen la falta d'informació respecte al procés i s'identifiquen sentiments de por, ansietat i falta de control. A més a més, expressen la seva preocupació envers als efectes secundàries com la pèrdua de memòria entre altres[30].

Les persones diagnosticades de depressió tenen una sèrie de necessitats respecte al seu tractament[8].
Per una banda, valoren la possibilitat de ser atesos per professionals amb actitud empàtica i humana, que transmetin confiança per obrir-se i parlar del problema perquè d'aquesta manera s'afavoreixi una millor adherència i eficàcia del tractament. Creuen que la seva experiència amb el tractament condiciona els resultats del mateix[8,31].
Per altra banda, també manifesten la necessitat de sentir-se informats per parts dels professionals, així com que aquests personalitzin el tractament[6,8,31]. Consideren que s'han d'involucrar en la pressa de decisions i per fer-ho necessiten tota la informació possible. Per a ells és important sentir-se implicats i amb el suport del professional[31]. A més, veuen molt necessari que dins el procés assistencial, es tingui en compte a la família[8].

Des del punt de vista dels professionals, hi ha una sèries de factors que afecten a la recuperació de les persones diagnosticades de depressió: les diferències d'opinió respecte a la causa del trastorn i el tractament, la mala relació amb el professional, la disponibilitat dels professionals i finalment la no inclusió dels familiars en el procés. Tots aquests aspectes poden impedir o retardar la seva recuperació, el compromís amb el tractament i l'evolució clínica[31].

Centrant-se en el personal infermer, la valoració per part dels pacients és positiva. Això sí, en alguns casos es detecta una falta de comprensió i compromís, una manca d'empatia i una poca col·laboració amb la família[8].

Per les persones diagnosticades de trastorns mentals que ingressen a un centre psiquiàtric, les conversacions amb el personal infermer són considerades clau pel que fa al seu tractament. Tot i això, en alguns casos senten que no tenen gaires oportunitats per fer-ho, ja que les infermeres sempre estan ocupades amb tasques que per ells són secundàries com les administratives o de registres[6].

1.7. Magnitud del problema

La depressió és un trastorn mental freqüent. Es calcula que afecta a 350 milions de persones arreu del món. Cada any, 1 de cada 15 persones pateix DM en alguna regió europea de la OMS. A més, és la principal causa mundial de discapacitat[1].

No hi ha molta informació sobre la prevalença i l'epidemiologia d'aquest trastorn a Espanya. La majoria dels estudis es fan amb mostres regionals i amb poblacions específiques, per la qual cosa la generalització o comparació de resultats és limitada[28,32]. Tot i això, s'extreu la conclusió que és més prevalent en dones que en homes i que suposa una prevalença important[3,13,28,32].

Al 2010, la prevalença d'haver patit algun episodi de DM durant la seva vida era de 10,6% (entre 3,7 i 4 milions d'adults espanyols), mentre que la prevalença d'haver-ho fet en els darrers 12 mesos era de 4,0% (entre 1.3 i 1,5 milions d'adults)[28]. Les dones presentaven taxes més altes que els homes[28]. A més, la prevalença variava significativament entre els grups d'edat, augmentant des de les edats més joves fins als 50-64 anys on després decreixia, tot i que també es trobaven variacions entre sexes[28]. Tres quartes parts de les persones amb depressió presentaven trastorns

severs i moderats[28].
Segons l'Enquesta Nacional de Salut a Espanya[33] entre els anys 2011 i 2012, un 3% dels homes espanyols patien depressió com a malaltia crònica, igual que un 8,7% de les dones.

Pel que fa al tractament, centrant-se en Catalunya[34], si es consulten dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA), al 2014 un 7,9% de la població havia consumit fàrmacs antidepressius els dos dies anteriors a ser enquestada. Si es té en compte el sexe, els valors són d'un 4,7% per part dels homes i un 10,9% per part de les dones.
Tot i que com s'observa, la depressió és un problema important, s'estima que més de la meitat de persones afectades en tot el món (i més del 90% en molts països), no reben els tractaments adequats[13].

Un dels aspectes importants en els trastorns depressius és la relació existent amb els intents de suïcidi i els suïcidis consumats[19,29,35]. Molts cops, les persones que pateixen trastorns mentals han de ser hospitalitzades degut a aquest risc de suïcidi[35]. A més, s'ha observat una gran relació entre patir depressió en els darrers dotze mesos i el suïcidi[28].
S'ha estimat que el risc de suïcidi és quatre vegades més gran en les persones amb depressió en comparació amb la població general, i 20 vegades més gran en el cas de la depressió greu[19].
Cada anys es suïciden més de 800.000 persones al món, sent la segona causa de mort entre els 15 i 29 anys[1].
No hi ha una tendència general en relació al número de suïcidis per 100 mil pacients ingressats a l'any, ni número d'ingressos per suïcidi, sinó que varia respecte a la institució en la qual es valori[35]. S'ha observat però, que la majoria de suïcidis tenen lloc a l'ingrés més immediat. Això sí, a partir de l'any 2000 hi ha hagut una tendència a incrementar-se el número d'admissions per suïcidi però a disminuir el número de suïcidis en els ingressats en algunes zones d'Europa[35] com Regne Unit o Dinamarca.

A més de produir un gran impacte a nivell de salut, la depressió també suposa un impacte a nivell funcional i una disminució de la productivitat de la persona. Aquesta

baixa productivitat provoca que la depressió representi un cost en el sistema molt important[2].

S'ha vist que els trastorns de l'estat d'ànim (trastorn bipolar i DM) són freqüents a Europa i, a més a més, representen una despesa important per cada cas diagnosticat. Concretament, l'any 2010 van ser uns dels trastorns neurològics i mentals més costosos a Europa juntament amb la demència, els trastorns psicòtics o els trastorns d'ansietat[36].

Centrant-se en la DM, es calcula que al 2010 a Europa hi va haver 30,3 milions de persones afectades pel trastorn, derivant-ne una despesa de 3.034€ per cada cas, desglossada en 1.251€ en costos directes (com serveis assistencials, tractament farmacològic, etc.) i 1.782€ en indirectes (com baixes per malaltia, pensions, pèrdua de productivitat, etc.). Si es té en compte la totalitat dels casos, es va assolir una despesa de 91.914 milions d'euros, dels quals 37.918 milions eren directes i 53.996 milions eren indirectes[36].

Pel que fa a Catalunya, el cost total anual dels trastorns depressius en general el 2006 va ser de 735,4 milions d'euros, dels quals un 21,2% eren directes i un 78,8% indirectes, on hi va haver un total de 410.000 persones diagnosticades, gastant, per tant, aproximadament 1800 euros per cas[3]. Com es veu, els costos indirectes representen un gran paper, sobretot la pèrdua de productivitat com ja s'ha esmentat. Al 2006 a Catalunya, va suposar 3,7 milions de dies de feina perduts, que representen 10.000 anys productius[3].

Les persones amb DM sovint han d'ingressar en hospitals especialitzats per poder fer un tractament adequat de la malaltia. Segons la memòria de l'Institut d'Assistència Sanitària de Catalunya[4], l'any 2014 es van produir 16.145 estades als serveis d'aguts de salut mental i 14.263 el 2013. A més a més, l'any 2014, el 26% dels pacients es van tractar en aquest servei a majors de 18 anys estaven diagnosticats de trastorns depressius.

Amb tot això, es pot dir que l'atenció a la depressió és un problema important degut a l'alta prevalença, el seu impacte en la salut i en la productivitat, per la despesa que suposa i pel paper que juga en el risc de suïcidi.

1.8. L'experiència d'ingressar a un centre de salut mental

Els trastorns depressius es tracten i es detecten des de diferents àmbits, sent l'Atenció Primària la porta d'entrada al sistema sanitari. Alguns cops però, aquestes persones necessiten fer un ingrés en un centre d'hospitalització de salut mental.

La Guia de Pràctica Clínica del Sistema Nacional de Salut[19] determina una sèrie de criteris que porten a la derivació d'un cas des de l'Atenció Primària cap a l'Atenció Especialitzada (Taula 3).

Taula 3: Criteris de gravetat d'un episodi de DM i de derivació des d'Atenció Primària[19].

La gravetat de l'episodi depèn dels següents criteris: – Durada, nombre i intensitat dels símptomes. – Insuficient resposta al tractament. – Comorbiditat. – Antecedents personals de depressió. – Ideació suïcida o conducta suïcida, símptomes psicòtics, baix suport social, discapacitat.
La decisió sobre la derivació a un altre dispositiu des d'atenció primària es realitzarà seguint els criteris de gravetat descrits i quan es trobi:
– Risc de suïcidi o heteroagressivitat – Episodi depressiu greu amb símptomes psicòtics – Sospita de bipolaritat – Depressió moderada d'alta recurrència – Episodis depressius perllongats – Abús de substàncies – Negació del trastorn – Després de dos o més intents fallits de tractament – Quan el quadre planteja dubtes diagnòstics o terapèutics
La derivació es realitzarà de forma urgent:
– Davant d'un episodi de depressió greu amb símptomes psicòtics – En cas d'elevat risc de suïcidi (conducta autolítica greu recent, pla de suïcidi elaborat, expressió d'intencionalitat suïcida que es mantingui al final de l'entrevista, situació sociofamiliar de risc o manca de suport)
La derivació serà preferent:
– Davant sospita de bipolaritat i / o risc de suïcidi (ideació suïcida sense cap dels criteris anteriors i alleujament després de l'entrevista, intenció de control d'impulsos suïcides, acceptació del tractament i mesures de contenció pactades i suport sociofamiliar efectiu)

Un cop es produeix un ingrés hospitalari a un centre de salut mental és molt important que els professionals coneguin les necessitats d'aquests pacients així com de les seves famílies respecte a la seva visió de la malaltia i respecte al fet d'ingressar, perquè, d'aquesta manera es podran donar unes cures i una atenció adequada a la seves preferències i de més qualitat.
Com s'ha vist, existeix un elevat nombre d'estades hospitalàries degut a trastorns depressius[4] per tant, es tracta d'un problema real i habitual en el dia a dia d'aquests serveis.

El fet d'ingressar suposa un impacte i una experiència nova tant en els propis pacients com en les famílies.
Davant un ingrés a qualsevol hospital, independentment de la causa i l'àrea[5], un pacient sofreix un canvi, una ruptura amb el seu entorn i una pèrdua d'autonomia i intimitat, fet que provoca por, inseguretat, ansietat. Es generen una sèrie d'expectatives respecte al procés que influeixen en la seva adaptació i recuperació. En aquests casos, és el personal infermer qui juga un paper més important com a facilitadors del procés d'hospitalització, ja que manté un contacte directe i constant. Degut a aquest ingrés, la persona s'ha d'ajustar a unes normes i uns horaris i perd el seu poder sobre diversos àmbits. És per això, que en aquests casos necessiten un suport emocional que els permeti expressar-se i els ajudi a adaptar-se.

A partir d'aquesta visió general, si s'acota a un procés de depressió, són escassos els estudis que es centren en l'experiència de l'ingrés. Això sí, es troba evidència respecte a ingressos per trastorns mentals.
Pels pacients amb trastorns mentals, el fet d'ingressar a un hospital d'aguts els suposa una experiència generalment negativa[6]. Destaquen una pèrdua de llibertat, una aparició de normes estrictes i un sentiment de coacció per part del personal. La falta d'informació, la falta de temps dels professionals d'infermeria per interactuar amb ells i el sentiment d'humiliació també fan d'aquesta una experiència negativa[6,7]. Tot i això, un dels aspectes més positius que hi troben és el fet d'obtenir suport tant per part de la seva família com dels seus companys. Això els dóna seguretat, sensació de familiaritat i d'aquesta manera es senten recolzats i cuidats[6].

Per altra banda, el fet d'ingressar els suposa estar aïllats del món real i això els confereix un sentiment de protecció i seguretat. En aquests aspecte, els infermers tenen un paper clau[37].

Tenir suport és molt important en el procés dels trastorns depressius, així com en el del propi ingrés[8,9].
El paper de la família és clau perquè aporta suport emocional, acompanyament i a més coneix el context del pacient[6,8,9]. Tot i això, la font d'aquest suport i la seva efectivitat varia molt depenent del cas concret.
La majoria dels pacients diagnosticats reben primer suport per part de la família més propera i són aquests, generalment, els primers en detectar els símptomes[9]. Per aquests persones, tenir el suport del seu entorn és un fet fonamental per viure i superar un procés d'aquestes característiques i destaquen el desig d'actituds que normalitzin la situació[9].
Tot i això, buscar suport a la família té avantatges i desavantatges[38]. Com a avantatges destaquen la possibilitat que els ofereixen d'expressar-se, el coneixement que tenen del cas, la disponibilitat i seves habilitats comunicatives.
En alguns casos, el suport familiar pot ser una barrera pel tractament[8] i pot oferir desavantatges[38] com la presència d'estigmatització, el suport inadequat, la falta de coneixement del trastorn, l'impacte negatiu que aquest ingrés pugui provocar a les famílies, el canvi que pugui suposar en la seva relació, etc.
Això sí, el balanç entre avantatges i desavantatges és positiu[10].

Si s'observa la situació des de l'altre costat, el fet de tenir un familiar en un procés de depressió suposa un gran impacte per l'entorn i s'ha d'entendre com una part més de l'atenció per part dels professionals[8].
Per a les famílies, un ingrés suposa una crisi[10]. Necessiten que els seus esforços per ajudar serveixin per alguna cosa, i d'aquesta manera no sentir que han fracassat[10]. Volen estar involucrats en l'atenció del seu familiar, senten que cuidar-los és una obligació i també es veuen com a part del problema[11].
Hi ha famílies que reben l'ingrés com un alleugeriment degut a l'esgotament previ que suposava cuidar-los, però, alhora, també els provoca preocupació. Això suposa un conflicte emocional complex[12].

Moltes vegades no es senten amb el suport necessari per part dels professionals sanitaris, consideren que no se'ls consulta ni se'ls escolta i es senten desinformats i desatesos[10-12]. La satisfacció amb el contacte amb els professionals és baixa, per això, en algunes regions s'han posat mesures per resoldre el problema. A Londres, per exemple, l'any 2007 es va posar en marxa un servei per a la família en tres hospitals psiquiàtrics d'aguts. Aquest servei està format íntegrament per infermeres i s'encarrega de donar suport, informació i establir relació amb les famílies dels malalts ingressats[39].

A les famílies els és molt difícil trobar suport i moltes vegades per culpa de l'estigmatització de les malalties mentals fa que no es sentin oberts a parlar-ne amb altres persones, fet que els genera certa exclusió social[8-10].

Per tot això, els professionals també han de tenir en compte els familiars dels pacients i els han d'incloure també en el propi procés assistencial.

2. Bibliografia

1. Marcus M, Yasamy MT, Van Ommeren M, Chisholm D, Saxena S. Depression. A global Public Health concern [Internet]. Ginebra: WHO Department of Mental Health and Substance Abuse; 2012 [citat 1 març 2016]. Recuperat de: http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf

2. Beck A, Crain AL, Solberg LI, Unützer J, Glasgow RE, Maciosek M V, et al. Severity of depression and magnitude of productivity loss. Ann Fam Med. Gener 2011;9(4):305-11.

3. Salvador-Carulla L, Bendeck M, Fernández A, Alberti C, Sabes-Figuera R, Molina C, et al. Costs of depression in Catalonia (Spain). J Affect Disord. Juliol 2011;132(1-2):130-8.

4. Memòria IAS 2014 [Internet]. Girona: Institut d'Assistència Sanitària; 2014 [citat 4 gener 2016]. Recuperat de: http://www.ias.cat/ca/noticies/iasgirona/683

5. Braga MM, Christello V, Portella J, Roggia D, Stein D, Miritz A. Apoyo emocional ofrecido por el equipo de enfermería a pacientes hospitalizados. Evidentia: Rev enfermería basada en la Evid [Internet]. 2012 [citat 23 gener 2016];9(40):6. Recuperat de: http://www.index-f.com/evidentia/n40/ev7822.php

6. Nugteren W, van der Zalm Y, Hafsteinsdóttir T, van der Venne C, Kool N, van Meijel B. Experiences of Patients in Acute and Closed Psychiatric Wards: A Systematic Review. Perspect Psychiatr Care [Internet]. 2015; Recuperat de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26033512

7. Moreno AR, Montesó MP, Suárez R. Un día en la unidad de hospitalización de psiquiatría. Cultura de los Cuidados. 2015;19(42):15-21. Recuperat de: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5193470

8. Triñanes Y, Rial A, Álvarez M, De las Heras E, Atienza G, López-García M. ¿Cómo mejorar la práctica clínica de la depresión?: una aproximación cualitativa [Internet]. Santiago de Compostela: Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Recuperat de: http://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/avalia_t201404CualitativaDepresion.def.pdf

9. Smith L, Hill N, Kokanovic R. Experiences of depression, the role of social support and its impact on health outcomes. J Ment Heal. 2 desembre 2015;24(6):342-6.

10. Clarke D, Winsor J. Perceptions and needs of parents during a young adult's first psychiatric hospitalization: «we're all on this little island and we're going to drown real soon». Issues Ment Health Nurs. 2010;31(4):242-7.

11. Rowe J. Great expectations: a systematic review of the literature on the role of family carers in severe mental illness, and their relationships and engagement with professionals. J Psychiatr Ment Health Nurs. Febrer 2012;19(1):70-82.

12. Jankovic J, Yeeles K, Katsakou C, Amos T, Morriss R, Rose D, et al. Family caregivers' experiences of involuntary psychiatric hospital admissions of their relatives - a qualitative study. PLoS One [Internet]. Gener 2011 [citat 19 gener 2016];6(10):e25425. Recuperat de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3192057/?tool=pmcentrez

13. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: World Health Organization; [actualitzat 2015; citat 6 desembre 2015]. Recuperat de: http://www.who.int/es/

14. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression [Internet]. London: British Psychological Society and Royal College of Psychiatrists; 2010 [citat 1 març 2016]. Recuperat de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/PMH0016605/

15. CatSalut: Servei Català de la Salut [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2012 [citat 6 desembre 2015]. Recuperat de: http://canalsalut.gencat.cat/ca/home_ciutadania/salut_az/d/depresio/

16. Alderson SL, Foy R, Glidewell L, McLintock K, House A. How patients understand depression associated with chronic physical disease-a systematic review. BMC Fam Pract [Internet]. Gener 2012 [citat 9 març 2016];13:41. Recuperat de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3439302/?tool=pmcentrez

17. Johansson EE, Bengs C, Danielsson U, Lehti A, Hammarström A. Gaps between patients, media, and academic medicine in discourses on gender and depression: a metasynthesis. Qual Health Res. Maig 2009;19(5):633-44.

18. Fu C, Parahoo K. Causes of depression: perceptions among people recovering from depression. J Adv Nurs. Gener 2009;65(1):101-9.

19. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto [Internet]. Santiago de Compostela: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014 [citat 23 novembre 2015]. Recuperat de: http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/index.html

20. Nunstedt H, Nilsson K, Skärsäter I, Kylén S. Experiences of major depression: individuals' perspectives on the ability to understand and handle the illness. Issues Ment Health Nurs. Maig 2012;33(5):272-9.

21. Gensichen J, Guethlin C, Sarmand N, Sivakumaran D, Jäger C, Mergenthal K, et al. Patients' perspectives on depression case management in general practice - a qualitative study. Patient Educ Couns. Gener 2012;86(1):114-9.

22. Hegeman JM, Kok RM, van der Mast RC, Giltay EJ. Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. Br J Psychiatry. 2 abril 2012;200(4):275-81.

23. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. 1a ed. Madrid: Meditor; 1992.

24. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition (DSM-V). 2a ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.

25. Porr C, Olson K, Hegadoren K. Tiredness, fatigue, and exhaustion in the context of a major depressive disorder. Qual Health Res. Octubre 2010;20(10):1315-26.

26. Ahlström BH, Skärsäter I, Danielson E. Living with major depression: experiences from families' perspectives. Scand J Caring Sci. Juny 2009;23(2):309-16.

27. Klein DN, Kotov R, Bufferd SJ. Personality and depression: explanatory models and review of the evidence. Annu Rev Clin Psychol. Gener 2011;7:269-95.

28. Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Haro JM, Fernández A, Pinto-Meza A, et al. Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: results from the ESEMeD-Spain project. J Affect Disord. Gener 2010;120(1-3):76-85.

29. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida [Internet]. Santiago de Compostela: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [citat 10 març 2016]. Recuperat de: http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_suicida/completa/index.html

30. Fisher P. Psychological factors related to the experience of and reaction to electroconvulsive therapy. J Ment Health. Desembre 2012;21(6):589-99.

31. van Grieken R, Beune E, Kirkenier A, Koeter M, van Zwieten M, Schene A. Patients' perspectives on how treatment can impede their recovery from depression. J Affect Disord. Gener 2014;167:153-9.

32. Cardila F, Martos Á, Barragán AB, Pérez-Fuentes M, Molero M, Gázquez JJ. Prevalencia de la depresión en España: Análisis de los últimos 15 años. Eur J Investig Heal Psychol Educ. 10 novembre 2015;5(2):267-79.

33. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [citat 23 novembre 2015]. Recuperat de: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm

34. Departament de Salut de Catalunya. Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) 2014 [Internet]. Barcelona: Departament de Salut de Catalunya; 2014 [citat 23 novembre 2015]. Recuperat de: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/enquesta_salut_catalunya

35. Walsh G, Sara G, Ryan C, Large M. Meta-analysis of suicide rates among psychiatric in-patients. Acta Psychiatr Scand. 2015;131(3):174-84.

36. Olesen J, Gustavsson A, Svensson M, Wittchen H-U, Jönsson B. The economic cost of brain disorders in Europe. Eur J Neurol. Gener 2012;19(1):155-62.

37. Stenhouse RC. «Safe enough in here?»: Patients' expectations and experiences of feeling safe in an acute psychiatric inpatient ward. J Clin Nurs. Novembre 2013;22(21-22):3109-19.

38. Griffiths K, Crisp D, Barney L, Reid R. Seeking help for depression from family and friends: A qualitative analysis of perceived advantages and disadvantages. BMC Psychiatry [Internet]. 2011 [citat 24 novembre 2015];11(196). Recuperat de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22171567

39. Radcliffe JJL, Adeshokan EO, Thompson PC, Bakowski AJ. Meeting the needs of families and carers on acute psychiatric wards: a nurse-led service. J Psychiatr Ment Health Nurs. Octubre 2012;19(8):751-7.

40. Burns N, Grove SK. Investigación en enfermería. 3a ed. Barcelona: Elsevier; 2009.

41. Connelly L. What Is Phenomenology?. Medsurg Nurs [Internet]. 2010 [citat 17 abril 2016];19(2). Recuperat de: http://search.proquest.com/docview/230522357?accountid=15295

42. Converse M. Philosophy of phenomenology: how understanding aids research. Nurse Res. Gener 2012;20(1):28-32.

43. Earle V. Phenomenology as research method or substantive metaphysics? An overview of phenomenology's uses in nursing. Nurs Philos.1 octubre 2010;11(4):286-96.

44. Palacios-Ceña D, Corral I. Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. Enfermería intensiva. Gener 2010;21(2):68-73.

45. van Manen M, Higgins I, van der Riet P. A conversation with Max van Manen on phenomenology in its original sense. Nurs Health Sci. 1 març 2016;18(1):4-7.

46. Salmon J. The use of phenomenology in nursing research. Nurse Res. Gener 2012;19(3):4-5.

47. Ruiz J. Metodología de la investigación cualitativa. 5a ed. Bilbao: Universidad de Deusto; 2012.

48. QSR International [Internet]. Australia: QSR International Pty Ltd; [citat 23 abril 2016]. Recuperat de: http://www.qsrinternational.com/nvivo-spanish

3. Objectius

Els objectius d'aquest estudi són els següent:

1. Analitzar l'experiència d'ingressar en una unitat d'aguts de salut mental des del punt de vista de pacients amb diagnòstic de depressió major.
2. Analitzar l'experiència d'ingressar en una unitat d'aguts de salut mental des del punt de vista de familiars de pacients amb diagnòstic de depressió major.

4. Material i mètodes

4.1. Disseny

Es realitzarà un estudi qualitatiu fenomenològic.
La Fenomenologia és tant una filosofia com un mètode d'investigació[40–44]. De fet, va començar com un moviment filosòfic que es centrava en arribar a la naturalesa de l'experiència des del punt de vista de la persona que experimenta el fenomen[41,44]. Per això, a nivell metodològic, l'objectiu és descriure l'essència de les experiències tal com les viuen els participants, és a dir, es busca, com ells diuen, captar "l'experiència viscuda"[40,41].

Aquesta filosofia veu la persona integrada al seu entorn, considera que la realitat és subjectiva ja que l'experiència és única per cada individu. Per a ells, cada persona percep el món de manera diferent i per això, les percepcions són úniques i van lligades a un context concret[40].

El filòsof alemany Edmund Husserl es considera el pare de la Fenomenologia amb la publicació del seu llibre l'any 1913, *Idees: Introducció general a la fenomenologia pura*, tot i que en les arrels filosòfiques de la Fenomenologia es troba també Heidegger com a autor destacat[42,43].
Més endavant, va ser important l'enfocament d'autors com van Manen, que ofereixen pautes metodològiques més específiques dedicades a la investigació[43].

Existeixen dos punts de vista fenomenològics diferents: el descriptiu i l'interpretatiu. La Fenomenologia descriptiva va ser desenvolupada per Husserl, i la Fenomenologia interpretativa (també coneguda com hermenèutica) per Heidegger el qual es va basar i va modificar el treball de Husserl[41].

En una investigació qualitativa, els investigadors intenten ser conscients de les seves percepcions prèvies al fenomen[41].
Per una banda, en la Fenomenologia descriptiva els investigadors tracten de deixar de banda les seves pròpies suposicions o prejudicis perquè no afectin a l'estudi[41].

És a dir, volen realitzar un estudi imparcial del fenomen per arribar a descriure l'experiència[42]. Husserl veu el fenomen com una realitat que es pot descriure. Creu que l'essència d'aquest fenomen existeix independentment de l'investigador[42].
Per altra banda, en la Fenomenologia interpretativa es considera que aquestes idees preconcebudes formen part de la persona i per tant, no es poden deixar de banda. En aquest cas, s'ha d'entendre l'essència del fenomen en relació a l'investigador[42]. Per això, l'investigador ha de ser conscient de les seves percepcions prèvies i detectar l'efecte que puguin tenir en l'estudi[41]. Heidegger exposava que s'havia d'arribar al "ser" del fenomen i no a l'essència del mateix, és a dir, volia arribar a torbar el sentit de la comprensió que fa que les entitats siguin el que són[42].
Des del punt de vista de la metodologia, segons van Manen, la Fenomenologia descriptiva és la pura descripció de l'experiència, i en canvi, l'hermenèutica és la interpretació de l'experiència[43,45].

A nivell d'investigació infermera, s'ha utilitzat aquest mètode degut a la visió global i holística que es té de la persona i el fet de tenir en compte la seva experiència[41,46]. Tot i això, no va ser fins els anys 70 quan van sorgir els primers articles sobre la fenomenologia en la literatura infermera[43].

4.2. Àmbit d'estudi

L'estudi es realitzarà a persones adultes amb diagnòstic de DM que han estat ingressades a la unitat d'aguts de salut mental i a les seves famílies.

4.3. Població d'estudi i selecció de mostra

L'estudi es durà a terme a la unitat d'aguts de salut mental de l'Hospital Santa Caterina ubicat al Parc Hospitalari Martí Julià de Salt (Girona), ja que és el centre encarregat d'oferir serveis i estades hospitalàries dins la Xarxa de Salut Mental de les comarques gironines.

La mostra es seleccionarà per mitjà d'un mostreig intencional, és a dir, no

s'escolliran els participants mitjançant l'atzar sinó que es demanarà directament als pacients ingressats i a les famílies que compleixin els criteris d'inclusió i cap dels d'exclusió que es comenten a continuació. Es demanarà individualment, és a dir, no serà indispensable seleccionar tant el pacient com el familiar del mateix cas, sinó que podran participar independentment.

A priori no es pot determinar la mida de la mostra, però es faran un mínim de 14 entrevistes individuals en profunditat (7 a pacients i 7 a familiars) fins arribar a la saturació d'informació.

El mètode de saturació de dades es basa en la idea que arriba un punt en la investigació que ja no es recull més informació nova, és a dir, s'ha arribat al punt de saturació. Segons van Manen[45], tot i que aquest concepte està lligat a la validesa o fiabilitat de la investigació qualitativa, no té sentit quan es fa en un estudi de caire fenomenològic. Aquest tipus de metodologia es basa en arribar a l'essència del fenomen a través de la vivència pròpia i concreta de cada persona, per tant, estrictament, com que la realitat és única i subjectiva per cada individu i va lligada al seu context, no es podria assolir aquesta saturació tal i com s'entén en altres tipus d'estudis.

4.4. Criteris d'inclusió i exclusió

Pel que fa a la mostra, es seleccionaran els participants segons els següents criteris:

- Criteris d'inclusió dels pacients:
    - Persones que tinguin entre 25 i 50 anys
    - Que hagin estat ingressades per primera vegada almenys 2 setmanes en una unitat d'aguts de salut mental per DM segons els criteris del DSM-V.
    - Aquestes persones han d'entendre i expressar-se en català o castellà.

- Criteris d'inclusió dels familiars:
    - Persones entre 25 i 50 anys
    - Familiars de pacients que hagin ingressat per primera vegada en una unitat d'aguts de salut mental per DM segons els criteris dels DSM-V.

- Es seleccionaran les persones que hagin visitat al seu familiar durant la seva estada a l'hospital i que hagin assumit una responsabilitat o hagin participat en el procés de la malaltia durant l'ingrés i que ells així ho identifiquin.
- Hauran d'entendre i expressar-se en català o castellà.

- Criteris d'exclusió del pacients:
  - Persones amb DM juntament amb símptomes psicòtics o episodis per abús de substàncies i pacients amb altres trastorns mentals.
  - Persones en una fase greu de la malaltia que impedeixi la conversa.
  - S'exclouran aquells que no signin el consentiment informat.

- Criteris d'exclusió familiars
  - S'exclouran familiar de pacients amb DM juntament amb símptomes psicòtics o episodis per abús de substàncies i pacients amb altres trastorns mentals.
  - S'exclouran aquells que no signin el consentiment informat.

4.5. Tècnica de recollida de dades

Es realitzaran entrevistes semiestructurades en profunditat guiades per un conjunt de preguntes concretes que ajudin a assolir els objectius del projecte. Es realitzarà la gravació en format àudio de les mateixes sota el consentiment informat dels participants. La duració serà d'uns 45 minuts aproximadament.

L'entrevista és una comunicació verbal entre l'investigador i el participant per obtenir informació mitjançant una conversa professional per un estudi analític[40,47].
És una tècnica flexible que permet que s'explori en gran profunditat el significat d'una vivència concreta[40,47]. S'obté una visió del món des del punt de vista del participant que permet comprendre les perspectives que tenen respecte les seves vides, experiències o situacions concretes[40,47].
Tot aquest procés suposa un exercici "d'immersió" o "reimmersió" per part del participant envers l'experiència estudiada[47].

L'entrevista es realitzarà per un entrevistador amb coneixements i habilitats comunicatives com l'escola activa, la capacitat d'observació i interpretació, el maneig eficient del temps, habilitats en comunicació verbal i objectivitat.

Les entrevistes es podran realitzar tan a domicili dels participants com a l'hospital, amb previ permís del mateix, segons preferències dels entrevistats. A més, es faran entre 2 i 3 setmanes després de l'alta, segons disponibilitat.

Les preguntes de l'entrevista tendeixen a canviar a mesura que els investigadors augmenten les seves evidències a partir d'entrevistes prèvies[40]. Tot i això, s'han elaborat uns guions concrets que serviran de base de les entrevistes (Annex 1).
A l'inici de l'entrevista es farà una petita introducció per part de l'entrevistador que constarà de les següents parts:

1. Presentació de l'entrevistador i agraïments per participar en l'estudi.
2. Demanar consentiment per la gravació de l'entrevista. Lliurar el consentiment informat perquè el signi (Annex 2).
3. Explicar de manera general en què consistirà l'entrevista.

4.6. Descripció del procediment

A continuació es descriu el procediment que es s'aplicarà per realitzar el treball de camp.

1. Presentació de la sol·licitud d'avaluació al Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica (CEIC) per l'aprovació del projecte (Annex 3).
2. Un cop el projecte estigui acceptat pel CEIC, es demanarà permís a la Direcció de Gerència de l'Hospital Santa Caterina de Salt per poder realitzar l'estudi al centre (Annex 4).
3. Un cop es tingui el permís, s'organitzarà una reunió amb el cap del servei de salut mental de l'hospital i el supervisor de la unitat d'aguts per informar-los sobre l'estudi.
4. A més a més, es convocaran reunions (una per cada torn de treball segons estiguin organitzats a la unitat) amb els professionals d'infermeria de la unitat

per presentar el projecte i el seu objectiu i demanant la seva col·laboració perquè ells seran els encarregats de fer arribar el projecte als possibles participants perquè hi tenen contacte directe.

5. Un cop estiguin els professionals infermers informats, es detectaran els pacients i familiars que es puguin incloure a l'estudi i se'ls lliurarà un full informatiu (Annex 5) amb la següent informació:
    a. Presentació del projecte i dels investigadors, explicant l'objectiu i la metodologia que es farà servir.
    b. Un espai perquè els possibles interessats en participar escriguin els seu correu electrònic i/o el seu telèfon per tal que es pugui contactar amb ells.
6. Un cop es vagin aconseguint possibles participants, els treballadors de l'hospital faran arribar les dades de contacte als investigadors, per mitjà de la via de comunicació que s'hagi acordat prèviament a les reunions.
7. Els investigadors contactaran amb els participants informant de nou sobre què consisteix l'estudi i concretant una entrevista que podrà ser tant a casa de l'entrevistat com al mateix hospital, segons la preferència del participant.
8. Finalment tindrà lloc l'entrevista on es farà signar el consentiment informat (Annex 2) i es recolliran les dades.

4.7. Anàlisis i triangulació de dades

Un cop obtingudes les dades i enregistrades per mitjà de gravacions d'àudio, es procedirà al seu anàlisi. Es realitzarà una transcripció literal de la comunicació per tal d'identificar-hi variables interessants per l'estudi. Per aquesta tasca, s'utilitzarà el programa informàtic N-Vivo i es contractarà a un becari.

N-Vivo és un programa informàtic dirigit a la investigació amb mètodes qualitatius i mixtos. Està dissenyat per a facilitar la tasca d'organitzar, analitzar, classificar i trobar perspectives en les dades obtingudes. N-Vivo està produït per QSR International[48].

Amb el programa, les dades es codificaran i s'organitzaran en categories i subcategories per arribar a assolir l'objectiu de l'estudi.

A més a més, l'anàlisi i categorització de les dades es realitzarà per 3 investigadors diferents per tal de proporcionar validesa a l'estudi. Per altra banda, un cop obtinguts els resultats, aquests es compraran amb l'evidència científica.

4.8. Consideracions ètiques

El projecte es presentarà al Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIC) de l'Hospital Santa Caterina de Salt per tal d'aconseguir la seva aprovació i poder realitzar l'estudi.

Un cop s'obtingui el vistiplau, es demanarà permís a la Direcció de l'hospital per tal de poder dur a terme l'estudi al centre.

Durant la realització de l'estudi es garantirà la confidencialitat de les dades respectant la Llei orgànica de Protecció de Dades 15/1999 del 13 de desembre i es respectaran els principis ètics englobats en la Declaració de Helsinki de 1964 (i revisada per últim cop l'any 2008).

Totes les persones que vulguin participar en l'estudi seran informades dels objectius i del procediment del mateix i a més, signaran un document de consentiment informat, on es garantirà l'anonimat de les dades.

Finalment, a l'hora d'analitzar les dades, s'utilitzaran codificacions per tal que tan l'anonimat com la confidencialitat siguin respectats.

5. Cronograma

A les taules 4, 5, 6 i 7 es desenvolupa el cronograma del projecte.

Taula 4: Fase d'elaboració del projecte.

Setembre – Desembre '16	Gener '16	Febrer – Març '16	Abril '16
- Recerca bibliogràfica - Elaboració del marc teòric	- Elaboració del marc teòric	- Elaboració del disseny de l'estudi: ▪ Guió de l'entrevista ▪ Material de distribució ▪ Consentiment informat	- Redacció detallada del projecte

Taula 5: Fase prèvia al treball de camp.

Maig '16	Juny '16	Juliol '16
- Redacció detallada del projecte - Presentació del projecte al CEIC	- Presentació del projecte a la Gerència de l'Hospital Santa Caterina de Salt	- Reunió amb el personal del servei d'Aguts de l'Hospital

Taula 6: Fase del treball de camp.

Juliol – Setembre '16
- Selecció de la mostra / captació de participants - Recollida de dades: ▪ Contacte per telèfon o e-mail per concretar dia, hora i lloc de l'entrevista ▪ Realització de les entrevistes en profunditat

Taula 7: Fase d'anàlisis de dades i difusió de resultats.

Octubre – Novembre'16	Desembre '16	Gener '17	Febrer '17	A partir del febrer de 2017
- Transcripció de les entrevistes amb el programa N-Vivo - Anàlisis de les dades qualitatives	- Transcripció de les entrevistes amb el programa N-Vivo - Anàlisis de les dades qualitatives - Redacció de resultats, discussió i conclusions	- Redacció de resultats, discussió i conclusions	- Redacció final de la memòria -Actualització de les fonts bibliogràfiques si cal - Enviar els resultats als participants que així ho hagin disposat	- Traducció de l'article a l'anglès i difusió científica

6. Pressupost

En les taules següents, es mostren les despeses aproximades que seran necessàries per desenvolupar aquest projecte.

Taula 8: Despeses de recursos materials.

	Material	Presentació	Quantitat	Preu	Total
Material fungible	Fulls de paper	Paquet 500	1	3,50€	3,50€
	Bolígrafs	Paquet de 10	1	2,50€	2,50€
	Grapes	Caixa de 1000 grapes	1	1,20€	1,20€
	Fotocòpies /impressions	Paper	50	0,08€/unitat	4€
Equipament	Gravadora	--	1	54,99€	54,99€
	Programa N-Vivo	--	1	970€	970€
					1036,19€

Taula 9: Despeses de recursos humans.

Persona	Durada	€/hora	Total
Becari 1 (transcripció de les entrevistes)	150 hores	10	**1500€**

Taula 10: Altres despeses

Producte	Anotació	Quantitat	Preu	Total
Desplaçaments	Entrevistes a domicili / hospital	300 km	0,18 €/km	54€
Refrigeri	Entrevistes	14	5€	70€
Traducció i publicació de l'article en revistes científiques	--	---	1500€	1500€
Presentació a Congrés de caràcter nacional	--	--	1000€	1000€
				2624€

Taula 11: Despeses totals

Despeses	Preu total
Recursos materials	1036,19€
Recursos humans	1500€
Altres despeses	2624€
TOTAL	**5160,19€**

7. Annexos

7.1. Índex d'annexos

Annex 1. Guió de l'entrevista semiestructurada.....44
Annex 2. Consentiment informat dels participants.....46
Annex 3. Sol·licitud d'avaluació d'estudis al Comitè d'Ètica i Investigació Clínica....48
Annex 4. Carta per la Direcció de Gerència de l'Hospital Santa Caterina de Salt....50
Annex 5. Full informatiu lliurat als possibles participants.....51

Annex 1. Guió de l'entrevista semiestructurada

Preguntes pels pacients.

1. Què entén vostè per depressió?
2. Què suposa viure amb depressió?
3. Què va sentir quan va ingressar? Com va ser la rebuda i l'adaptació a la unitat?
4. Com va viure l'ingrés, i com creu que ho va viure la seva família?
5. Quina va ser la seva experiència amb el personal (metges i infermers) de la unitat? (Es farà èmfasi en el professionals infermers).
6. Milloraria alguna cosa de la seva atenció per part dels infermers?
7. Quina va ser la seva experiència amb el tractament?
8. Considerava que tenia tota la informació, es sentia implicat en la pressa de decisions, hi estava d'acord?
9. Què canviaria del seu procés de tractament?
10. Mentre va estar ingressat, quina va ser la seva font de suport?
11. Quin paper va jugar la seva família durant l'estada a la unitat? Com es va sentir al respecte?
12. Quines coses veu que es poden canviar per poder millorar la qualitat i l'atenció en ingressos hospitalaris com el seu?

Preguntes pels familiars.

1. Què entén vostè per depressió?
2. Què suposa tenir un familiar que pateix depressió?
3. Què va sentir quan el seu familiar va ingressar? Com va veure la seva rebuda i l'adaptació a la unitat?
4. Com va viure l'ingrés i com creu que ho va viure el seu familiar?
5. Quina va ser la seva experiència amb el personal (metges i infermers) de la unitat? (Es farà èmfasi en el professionals infermers).
6. Milloraria alguna cosa de la seva atenció per part dels infermers?
7. Quina va ser la seva experiència amb el tractament del seu familiar?
8. Considerava que tenia tota la informació, es sentia implicat en la pressa de decisions, hi estava d'acord?
9. Què canviaria del seu procés de tractament?

10. Mentre el seu familiar va estar ingressat, quina va ser la seva font de suport?
11. Com va ser la relació amb el seu familiar durant aquest ingrés? Hi va haver canvis respecte a la relació anterior?
12. Quin va ser el seu paper durant l'ingrés del seu familiar?
13. Quines coses veu que es poden canviar per poder millorar la qualitat i l'atenció en ingressos hospitalaris com el deu seu familiar?

Annex 2. Consentiment informat dels participants

CONSENTIMENT INFORMAT

El present estudi té com a objectius analitzar l'experiència d'ingressar en una unitat d'aguts de salut mental des del punt de vista de pacients amb diagnòstic de depressió major i de les seves famílies.

Si vostè accedeix a participar en l'estudi, de manera voluntària, se li demanarà que participi en entrevistes individuals amb un dels nostres investigadors per tal d'obtenir informació sobre el procés d'ingressar a l'Hospital. Aquesta entrevistà serà enregistrada mitjançant una gravadora de veu per tal de permetre un anàlisis de dades posterior i durarà aproximadament 45 minuts. Es garanteix que la informació obtinguda serà anònima i confidencial utilitzant un sistema de codificació de les dades.

Si durant el transcurs de l'entrevista vostè considera que alguna de les preguntes no és adequada o no vol explicar la seva opinió o experiència, té el dret a no fer-ho. A més, si en algun moment vol abandonar l'entrevista o nos seguir amb la investigació ho podrà fer sense cap compromís ni obligació. Si se li plantegen dubtes respecte a les preguntes, a l'anàlisi de dades o sobre qualsevol altre aspecte relacionat amb la investigació, no hi ha cap problema en demanar-ho.

Moltes gràcies, per avançat, per seva atenció i participació.

L'equip d'investigació.

En/na _____
Amb DNI _____
Edat _____

Accepto voluntàriament participar en aquest estudi, després d'haver estat degudament informat sobre l'objectiu i la metodologia que s'aplicarà. Reconec que la

informació i les dades persones enregistrades seran tractades de manera anònima i confidencial i només amb els fins d'aquesta investigació.

Girona, _____ de _____ del 20__

Signatura del participant

Annex 3. Sol·licitud d'avaluació d'estudis al Comitè d'Ètica i Investigació Clínica i carta de sol·licitud

Comitè Ètic d'Investigació CEI GIRONA
Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta
Avinguda de França s/n
17007 Girona

Referència: Avaluació Estudi/Projecte/Esmena Rellevant nº X

Benvolguts,
Adjuntem documentació corresponent a l'estudi:

Projecte: "L'ingrés a la unitat d'aguts de salut mental de les persones amb depressió major: vivències, experiència personal i visió de la família".
Codi de Protocol:.....
Nº EudraCT:.....

Llista de documentació presentada:

- Sol·licitud de l'investigador per a l'avaluació de l'estudi
- Quadern recollida de dades
- Compromís signat de l'investigador i col·laboradors
- Compromís signat de l'investigador pel què fa a les seves responsabilitats cap al CEIC
- Protocol
- Full d'informació al pacient i consentiment informat en català

En cas de necessitar més informació o documentació addicional, es posin en contacte amb:

- Nom: Magdalena Burgos Florit
- Telf: 638 XXX XXX

- e-mail: mburgXXXXXXXX@mail.com

Cordialment,
Sra. Magdalena Burgos Florit
Girona,.....(data)

Benvolguts,

Sóc una estudiant de 4t d'infermeria que ha desenvolupat un treball de final de grau centrat en analitzar l'experiència d'ingressar en una unitat d'aguts de salut mental des del punt de vista de pacients amb diagnòstic de depressió major i de les seves famílies a través d'entrevistes en profunditat.
M'adreço a vostès per demanar-vos que valorin autoritzar la realització del projecte/treball de camp a la unitat d'aguts de salut mental de l'Hospital Santa Caterina ubicat al Parc Hospitalari Martí Julià de Salt (Girona), ja que és el centre encarregat d'oferir serveis i estades hospitalàries dins la Xarxa de Salut Mental de les comarques gironines.

Resto a la seva disposició per qualsevol aclariment o informació complementària que necessiti.

Una cordial salutació,

Magdalena Burgos Florit
Estudiant de 4t d'Infermeria a la Universitat de Girona.

Annex 4. Carta per la Direcció de Gerència de l'Hospital Santa Caterina de Salt

Benvolgut/da,

M'adreço a vostè per presentar aquest treball d'investigació centrat en analitzar l'experiència d'ingressar en una unitat d'aguts de salut mental des del punt de vista de pacients amb diagnòstic de depressió major i de les seves famílies a través d'entrevistes en profunditat.

La depressió major és un trastorn mental molt freqüent i s'ha convertit en un problema i un repte important dins el sistema sanitari degut a l'alta prevalença, el seu impacte en la salut i en la productivitat, per la despesa que suposa i pel paper que juga en el risc de suïcidi.

Davant un ingrés un pacient sofreix un canvi, una ruptura amb el seu entorn que pot provocar por, inseguretat, ansietat i una sèrie d'expectatives, així com també en els familiars. El fet d'ingressar, pels pacients de salut mental sol ser una experiència negativa i la seva satisfacció amb el personal sanitari és baixa.

Un cop es produeix aquest ingrés és molt important que els professionals coneguin les necessitats d'aquests pacients així com de les seves famílies respecte a la seva visió de la malaltia i respecte al fet d'ingressar, perquè, d'aquesta manera es podran donar unes cures i una atenció adequada a la seves preferències i de més qualitat.

Per tots aquests motius, demano que valorin autoritzar la realització del projecte/treball de camp al seu centre, a la unitat d'aguts de salut mental de l'Hospital Santa Caterina ubicat al Parc Hospitalari Martí Julià de Salt (Girona), ja que és el centre encarregat d'oferir serveis i estades hospitalàries dins la Xarxa de salut mental de les comarques gironines. Li adjunto el projecte perquè pugui valorar-ne la seva aplicació.

Resto a la seva disposició per qualsevol aclariment o informació complementària que necessiti.

Una cordial salutació,

Magdalena Burgos Florit, estudiant de 4t d'Infermeria a la Universitat de Girona.

Annex 5. Full informatiu lliurat als possibles participants

FULL INFORMATIU

Sóc una estudiant del grau en infermeria de la Universitat de Girona i estic realitzant el meu treball de final de grau.
L'objectiu de l'estudi és analitzar l'experiència d'ingressar en una unitat d'aguts de salut mental des del punt de vista de pacients amb diagnòstic de depressió major i de les seves famílies. D'aquesta manera es podrà obtenir informació per millorar l'atenció dels professionals de la salut en aquests casos.

Per realitzar aquest estudi es realitzaran entrevistes individuals amb un investigador a casa del participant o al mateix hospital segons l'elecció de l'entrevistat. Es faran preguntes respecte a la vostra experiència i vivència d'aquest ingrés. L'entrevista durarà aproximadament 45 minuts.

Aprofitem aquesta carta per demanar-vos la vostra ajuda i col·laboració participant en aquest estudi a través de la realització de les entrevistes per oferir-nos informació sobre les vostres vivències concretes.
Es garanteix que les dades es tractaran de manera anònima i confidencial i només amb fins d'investigació. Una cop s'accepti participar, els lliurarem un consentiment informat.

Per tal de mantenir contacte amb totes les persones interessades en participar en aquest treball, agrairíem que ens facilitéssiu un telèfon o correu electrònic de contacte per tal que us enviem la informació detallada del projecte, els horaris de les entrevistes i si es vol, els resultats i les conclusions finals del treball.

Correu electrònic: _____
Telèfon de contacte: _____

A continuació marqueu amb una creu una o dues caselles segons sigui el vostre cas:

Familiar ☐

Usuari ☐

S’agraeix anticipadament el vostre temps i col·laboració,

Moltes gràcies.

Magdalena Burgos Florit, estudiant de 4t d’Infermeria de la UdG.