

EXPLORANT LES CAPES DE LA MATERNITAT: ANÀLISI INTERSECCIONAL DE LA SALUT MENTAL EN EL POSTPART

Projecte de recerca no finalitzat

Yousra Belkhir Kaaaouach

Treball de Final de Grau

Tutora: Marta Roqueta Vall-Ilosera

Universitat de Girona-Facultat d'Infermeria

Curs 2023-2024

AGRAÏMENTS

Vull estendre la meua mà de gratitud a tots aquells que han contribuït al desenvolupament i a la realització d'aquest Treball de Fi de Grau.

En primer lloc, vull expressar el meu sincer agraïment a la meua tutora, Marta Roqueta, per la seva guia, el seu suport i la seva dedicació infrangible al llarg d'aquest projecte. Sense la seva orientació experta i el seu suport constant, aquest treball no hauria estat possible.

També vull agrair de tot cor a la meua estimada família per estar sempre al meu costat, per donar-me suport emocional i per entendre els sacrificis i les hores dedicades a l'estudi. El vostre amor, el vostre suport i la vostra paciència han estat el motor que m'ha impulsat en aquesta llarga jornada acadèmica.

A més, desitjo agrair als professors de la carrera en general per compartir el seu coneixement i la seva passió per la disciplina de la infermeria. Les seves lliçons i inspiracions han estat fonamentals en el meu creixement acadèmic i personal.

També vull agrair a les meves amigues de la carrera que han compartit aquesta experiència amb mi. Les nostres converses, els nostres debats i el nostre suport mutu han estat de valor incalculable durant aquest camí. Finalment, també vull reconèixer els sacrificis i les llargues hores invertides en aquest treball, les nits sense dormir, els moments de frustració i fins i tot les llàgrimes que han acompanyat aquest projecte. A mi mateixa, agrair-me per la dedicació i perseverança demostrades en aquest procés.

“En l'eco de la maternitat, on els colors de la diversitat es fonen en un arc de Sant Martí d'experiències, es desplega un univers de matisos on cada història, com una estrella en el firmament, brilla amb la seva pròpia llum única i essencial.”

-Y.B.K-

GLOSSARI D'ABREVIACIONS

DPP: Depressió Postpart

PPP: Psicosis postpart

EPDS: *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (Escala de Depressió Postpart d'Edimburg)

TEC: Teràpia electroconvulsiva

ACTH: Hormona adrenocorticotròpica

OMS: Organització Mundial de la Salut

FI: Full informatiu

CI: Consentiment informat

VM: Violència masclista

VO: Violència obstètrica

IST: Índex socioeconòmic territorial

WHOQOL-BREF: *World Health Organization Quality of Life- BREF* (Organització Mundial de la Salut Qualitat de Vida-BREF)

BSES-SF: *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form* (Escala de Autoeficàcia en l'alletament matern- Forma Breu)

PSS-10: *Perceived Stress Scale-10* (Escala de Percepció d'Estrès-10)

PHQ-9: *Patient Health Questionnaire-9* (Qüestionari de Salut del Pacient-9)

SG: Setmanes de gestació

CEIm: Comitè d'Ètica i Investigació Mèdica

IP: Investigador principal

ÍNDIX

RESUM

ABSTRACT

1. MARC TEÒRIC	1
1.1. Importància de la salut emocional i mental de les dones durant el període del puerperi.....	1
1.2. Prevalences dels trastorns psiquiàtrics més freqüents en el període puerperal.....	2
1.2.1. <i>Baby Blues</i>	3
1.2.2. <i>Depressió postpart</i>	4
1.2.3. <i>Psicosis postpart</i>	6
1.3. Cribratge de salut mental a Catalunya durant l'embaràs i la maternitat....	9
1.4. Intervencions infermeres en salut mental materna	11
1.5. La influència de l'alletament matern en la salut mental postpart.....	12
1.5.1. <i>Beneficis físics i emocionals de l'alletament matern</i>	13
1.5.2. <i>Estrès relacionat amb l'alletament matern</i>	13
1.5.3. <i>Mites i realitats: Impacte negatiu de l'alletament matern en la salut mental postpart</i>	13
1.5.4. <i>L'alletament matern com a factor protector de la DPP</i>	14
1.5.5. <i>Víncle matern filial durant l'alletament matern i el seu impacte en la salut mental</i>	14
1.6. Impacte del patriarcat en la salut mental de les dones	15
1.7. La interseccionalitat en dones amb trastorns mentals en el període del puerperi.....	16
1.7.1. <i>Factors d'interseccionalitat</i>	17
1.7.2. <i>Impacte de la interseccionalitat en el diagnòstic</i>	17
1.7.3. <i>Accés a l'atenció sanitària</i>	18
1.7.4. <i>Estigma i discriminació</i>	18
1.7.5. <i>Intervencions i polítiques inclusives</i>	18
1.8. Justificació de la recerca.....	19
2. BIBLIOGRAFIA	20
3. OBJECTIUS	39

3.1. Objectiu general.....	39
3.2. Objectius específics	39
4. MATERIAL I MÈTODES.....	39
4.1. Disseny	39
4.2. Àmbit d'estudi	39
4.3. Població d'estudi.....	40
4.4. Criteris d'inclusió i exclusió	40
4.5. Mostreig i mida de la mostra	41
4.6. Variables	41
4.7. Instruments	48
4.8. Procediment de recollida de dades i pla de protecció de dades	52
4.8.1. <i>Procediment de recollida de dades</i>	52
4.8.2. <i>Pla de protecció de dades</i>	55
4.9. Aspectes ètics	55
4.10. Anàlisi de dades.....	56
<i>Rigor metodològic</i>	57
5. FASES DEL PROJECTE I CRONOGRAMA	57
6. PRESSUPOST	60
7. LIMITACIONS I APORTACIONS MÉS IMPORTANTS	61
7.1. Limitacions.....	61
7.2. Aplicabilitat i rellevància ètica	61
8. ANNEXOS.....	62
ANNEX I: ESCALA DE QUALITAT DE VIDA (WHOQOL-BREF) ESPANYOL (OMS 2012)	62
ANNEX II: GUIÓ SEMIESTRUCTURAT DE L'ENTREVISTA.....	65
ANNEX III: QÜESTIONARI AD HOC (català i espanyol)	67
ANNEX IV: GRAELLA VARIABLES OBSTÈTRIQUES	74
ANNEX V: ESCALA DE VIOLÈNCIA OBSTÈTRICA.....	75
ANNEX VI: ESCALA D'AUTOEFICÀCIA PER A L'ALLETAMENT MATERN (BSES-SF) ESPANYOL (<i>Dennis & Faux. 1999</i>)	78
ANNEX VII: ESCALA D'ESTRÈS PERCEBUT (PSS-10) ESPANYOL (<i>Cohen et al. 1983</i>).....	80
ANNEX VIII: QÜESTIONARI SOBRE LA SALUT DEL PACIENT (PHQ-9) ESPANYOL (<i>Kroenke et al. 2001</i>)	82

ANNEX IX: FULL DE CONFORMITAT ALS CENTRES PARTICIPANTS	84
ANNEX X: CARTA DE SOL·LICITUD AL CEIm	85
ANNEX XI: COMPROMÍS DE L'INVESTIGADOR PRINCIPAL ENVERS AL CEIm.....	87
ANNEX XII: COMPROMÍS DE L'INVESTIGADOR PRINCIPAL	88
ANNEX XIII: FULL INFORMATIU PELS PARTICIPANTS	89
ANNEX XIV: FULL DE CONSENTIMENT INFORMAT	94

RESUM

Introducció: La interseccionalitat, que reconeix la interacció entre diferents dimensions de la identitat, és crucial per comprendre integralment com es veu alterada la salut mental de les persones gestants en diferents contextos. Aquesta investigació es centra en explorar com la interseccionalitat influeix en la salut mental postpart i la qualitat de vida de les persones gestants en la Regió Sanitària de Girona. En considerar aquestes interseccions d'identitat, es busca no només millorar la comprensió d'aquests trastorns, sinó també desenvolupar estratègies d'intervenció més inclusives i culturalment sensibles.

Objectiu: Analitzar la interseccionalitat de les persones gestants en relació amb la seva salut mental i l'impacte en la qualitat de vida, considerant variables sociodemogràfiques i obstètriques, així com explorar les experiències, barreres i desafiaments en el seu procés de salut mental postpart.

Metodologia: Es planteja un estudi multicèntric de metodologia mixta, combinant un estudi observacional, prospectiu amb un tall transversal i un seguiment longitudinal, amb metodologia quantitativa, i un estudi qualitatiu amb anàlisi fenomenològic. L'estudi es portarà a terme en 7 centres d'atenció obstètrica de la província de Girona. S'ha calculat una mostra de N=341 gestants, que compleixin amb els criteris d'inclusió i exclusió. Mitjançant un qüestionari ad hoc (variables sociodemogràfiques, i antecedents de salut obstètrica i mental), i diferents escales validades s'estudiarà les diferències en qualitat de vida (WHOQOL-BREF), simptomatologia depressiva (PHQ-9) i d'estrès (PSS-10), dificultats en l'al·letament (BSEF-SF), i violència obstètrica (VO) en diferents moments de l'embaràs, i durant el seguiment fins als 9 mesos postpart. En la fase qualitativa es realitzaran entre 8 i 10 entrevistes en profunditat mitjançant un guió semiestructurat, fent un reclutament per quotes assegurant la representativitat de diversitat de perfils interseccionals.

Paraules clau: Interseccionalitat, salut mental postpart, qualitat de vida, experiències postpart, diversitat d'identitat.

Mesh terms: *Mental Health, Mental Disorders, Gender-Based Violence, Gender Equity*

ABSTRACT

Introduction: Intersectionality, which recognizes the interaction between different dimensions of identity, is crucial for comprehensively understanding how the mental health of pregnant individuals is altered in different contexts. This research focuses on exploring how intersectionality influences postpartum mental health and quality of life of pregnant individuals in the Girona Health Region. By considering these intersections of identity, the aim is not only to improve the understanding of these disorders, but also to develop more inclusive and culturally sensitive intervention strategies.

Objective: To analyze the intersectionality of pregnant individuals in relation to their mental health and its impact on quality of life, considering sociodemographic and obstetric variables, as well as exploring experiences, barriers, and challenges in their postpartum mental health process.

Methodology: A multicenter study with mixed methodology is proposed, combining an observational, prospective study with a cross-sectional and longitudinal design, using quantitative methodology, and a qualitative study with phenomenological analysis. The study will be carried out in 7 obstetric care centers in the province of Girona. A sample of N=341 pregnant individuals who meet the inclusion and exclusion criteria has been calculated. Using an ad hoc questionnaire (sociodemographic variables, and obstetric and mental health history), and different validated scales, differences in quality of life (WHOQOL-BREF), depressive symptomatology (PHQ-9), stress (PSS-10), breastfeeding difficulties (BSEF-SF), and obstetric violence (OV) at different moments of pregnancy, and during follow-up until 9 months postpartum will be studied. In the qualitative phase, between 8 and 10 in-depth interviews will be conducted using a semi-structured guide, recruiting by quotas to ensure the representativeness of diversity of intersectional profiles.

Keywords: Intersectionality, postpartum mental health, quality of life, postpartum experiences, identity diversity.

Mesh Terms: Mental Health, Mental Disorders, Gender-Based Violence, Gender Equity

1. MARC TEÒRIC

1.1. Importància de la salut emocional i mental de les dones durant el període del puerperi

Al llindar de la maternitat, la salut emocional i mental de les dones durant el puerperi esdevé un pilar fonamental pel benestar integral de la mare i del seu nadó. En aquest període de transformació i adaptació, l'atenció a la salut mental no només resguarda l'equilibri emocional de la dona, sinó que modela el futur vincle afectiu amb el fill i fonamenta un desenvolupament saludable (1).

De tal manera, la salut emocional i mental de les dones durant el puerperi és de vital importància pel seu impacte integral en la mare, en el nadó i en la dinàmica familiar. Durant aquest temps crucial, la dona experimenta un seguit de canvis físics, hormonals i emocionals que poden influir significativament en el seu benestar psicològic (2).

A més, el puerperi és un període d'ajust tant fisiològic com psicològic per la mare, on s'enfronta a noves responsabilitats, demandes i desafiaments emocionals. La transició a la maternitat pot ser aclaparadora i, en molts casos, desencadenar una àmplia gamma d'emocions, des d'alegria i gratificació fins tristesa i inseguretats, però aquestes emocions formen part del procés d'adaptació a la maternitat (3). El que pot passar és que aquestes emocions poden anar més enllà i desencadenar ansietat, depressió o fins i tot psicosis postpart o altres alteracions mentals més greus (4). Les dones que experimenten aquest tipus de trastorns mentals durant el puerperi poden tenir dificultats per establir un vincle afectiu amb el nadó, enfrontar-se a sentiments de culpa o incapacitat, i experimentar des d'un augment d'estrès i cansament, fins a tenir simptomatologia psíquica com no cuidar del fill o fins i tot arribar a la mort (5).

Conseqüentment, és important donar suport emocional, social i psicològic a les persones durant el puerperi per ajudar-les a gestionar aquesta etapa de transició de manera saludable i positiva. La detecció precoç de possibles problemes de

salut mental i emocional, juntament amb la intervenció adequada, pot prevenir complicacions i promoure el benestar integral de la mare i del nadó (6).

A banda d'això, durant aquest període, les dones experimenten una fase d'ajust emocional i mental que pot ser desafiant. La maternitat comporta una sèrie de canvis profunds que impacten no només en la dona, sinó també en el seu entorn familiar i social (3). Aquesta etapa pot ser un moment d'introspecció, on la dona s'enfronta a la seva pròpia identitat, rols i responsabilitats d'una manera nova i, a mesura, aclaparadora (7). Així com la necessitat d'equilibrar les demandes del cuidat del nadó, la recuperació física i la gestió de les emocions pot ser intensa, motiu pel qual és fonamental reconèixer que cada dona viu aquest període de manera única, amb les seves pròpies experiències i reptes (7).

Encara més, el suport emocional i pràctic durant el postpart juga un paper important en el benestar de la mare. La presència d'una xarxa de suport comprensiva i solidària pot ajudar a mitigar la sensació d'aïllament i la càrrega emocional que acompanya al postpart (5). La comunicació oberta i l'accés a recursos com grups de suport i professionals de la salut especialitzats poden marcar la diferència en com una dona travessa aquesta etapa de transició en la seva vida (8).

Per tant, la salut emocional i mental durant el postpart no només afecta a la dona en sí, sinó que també repercuteix en la qualitat de la relació amb el nadó i en la dinàmica familiar en general. Reconèixer i abordar els desafiaments emocionals que sorgeixen durant aquest període és fonamental per promoure un entorn de criança saludable i establir bases sòlides pel benestar a llarg termini tant de la mare com del bebè.

1.2. Prevalences dels trastorns psiquiàtrics més freqüents en el període puerperal

Les dones tenen una major vulnerabilitat de patir trastorns psiquiàtrics durant i després de l'embaràs, ja que es troben en un període estressant amb canvis hormonals, psicològics, bioquímics i socials associats a la responsabilitat que comporta la maternitat (9,10). Hi ha tres trastorns que tenen una alta prevalença en el període puerperal arreu del món i que són els més comuns: la tristesa

postpart, la depressió postpart i la psicosis postpart (10,11), els quals es desenvolupen a continuació:

1.2.1. Baby Blues

La tristesa postpart o també coneguda com a “Baby Blues” es caracteritza per símptomes transitoris lleus com tristesa, irritabilitat, insomni, ansietat, disminució de la concentració, plors i labilitat emocional (12). Generalment, solen aparèixer entre els dos i els quatre dies posteriors al part i normalment la simptomatologia desapareix al cap de dues setmanes (12). El fet d’haver presentat depressió durant el part, així com fets estressants durant la gestació, sobretot durant l’últim mes, fan que una mare sigui més susceptible a patir el trastorn (13). La detecció precoç de la tristesa postpart és fonamental per garantir el benestar tant de la mare com del nadó. Identificar i bordar els símptomes de manera oportuna pot prevenir complicacions a llarg termini en la salut mental de la mare i enfortir el vincle mare-fill (14). La tristesa postpart no només afecta a l’estat d’ànim de la mare, sinó que també pot tenir conseqüències significatives en la interacció i desenvolupament emocional del nadó, el que subratlla la importància d’una intervenció precoç (15). A més, és imprescindible considerar els factors de risc addicionals que poden predisposar a una mare a experimentar tristesa postpart, com antecedents de depressió postpart, situacions d’estrès durant l’embaràs, mares fumadores, falta de suport familiar, trastorns del son, antecedents d’avortaments i/o morts de fills anteriors (14,16). L’autoajuda i l’autocuidat juguen un paper fonamental en el procés de recuperació, incloent el foment d’hàbits saludables, la recerca d’ajuda professional quan sigui necessària i la participació activa en activitats que promoguin el benestar emocional (9).

Per altre banda, no existeix cap tractament específic per tractar la tristesa postpart, però és molt important donar suport i tranquil·litat a la dona tant per part dels professionals de la salut com per part de la família (9). Dormir i descansar també són dos tractaments que ajuden a tranquil·litzar la simptomatologia del “Baby Blues”, però en cas que la dona pateixi d’insomni es pot tractar amb tranquil·litzants menors en dosis molt baixes de benzodiazepines (10). A més, s’ha de donar èmfasis en parlar amb els familiars perquè donin suport emocional a la dona i explicar la clínica i les complicacions que poden ocórrer com la

possibilitat de desenvolupar depressió postpart (15). A més a més, la influència de la societat i la cultura en la percepció i el tractament de la tristesa postpart, també és un aspecte important a considerar (17). L'estigmatització i la falta de comprensió poden dificultar que les mares busquin ajuda o parlin obertament sobre els seus sentiments, el que destaca la necessitat d'educar i sensibilitzar a la comunitat sobre aquest tema (18).

Deixant de banda el tractament, la prevalença de la tristesa postpart variar segons la regió geogràfica. S'han observat taxes de tristesa postpart del 27,1% a Japó, 31,3 a Nigèria, 50-80% a Iran, 58% a l'Índia, 70,3% a Corea i 32,7% a Brasil, mentre que a Malàisia és on s'ha registrat la taxa més baixa (3,5%) i per altra banda a Pakistan es va registrar la taxa més alta, concretament del 63,3% (13). En els països occidentals, les taxes oscil·len entre el 58% i el 67% a EEUU, a Canadà es troba entre el 10 i el 14% i en aquest estudi, les taxes d'Europa van arribar fins a 55,2% (13). Segons un metanàlisi recent, la prevalença global de la tristesa postpart s'estima al voltant d'un 40%, amb una variació que va del 13,7% fins al 76% en diferents estudis i també es destacar una major prevalença en dones africanes, amb un 49,6% (19).

En resum, abordar la tristesa postpart de manera integral i compassiva requereix un enfoc multidisciplinari que consideri la complexitat dels factors biològics, psicològics i socials involucrats. Promoure la conscienciació, la detecció precoç i l'accés a recursos de suport són passos fonamentals per mitigar l'impacte de la tristesa postpart i promoure la salut mental materna a llarg termini.

1.2.2. Depressió postpart

En el Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM-V-TR) es defineix la depressió postpart (DPP) com un episodi depressiu d'inici en el postpart . Aquest es defineix com la depressió que passa dins les 4 setmanes postpart i és el trastorn més freqüent dins el període postpart (21). Aquesta malaltia es caracteritza per símptomes com tristesa, preocupació, cansament, dolor, dificultats en el cuidat del nadó, labilitat emocional, sentiment de culpa, insomni, disminució de la concentració i augments o disminucions significatius de la gana (22). S'ha identificat que les dones amb factors de risc com edat materna jove, diabetis gestacional, parts preterme, multi paritat, així com abús

sexual, violència familiar o falta de suport, tenen el triple de probabilitats de patir aquest trastorn mental (23). Altrament, és necessari que totes les dones amb antecedents de depressió major o amb antecedents familiars de malalties psiquiàtriques estiguin identificades durant l'embaràs i fer un seguiment en el període postpart (23). Cal destacar també, que per realitzar el diagnòstic de la DPP es realitza mitjançant una detallada historia clínica, examen físic i examen mental (24). L'Escaleta de Depressió Postnatal d'Edimburg, (EPDS; Cox, Holden i Sagovsky, 1987), és una eina utilitzada per avaluar els símptomes de la DPP i creada amb la finalitat de detectar els símptomes de la malaltia quan passen desapercebuts pe fet de que es poden atribuir al període natural del puerperi (25). En el DSM-V es considera que una dona amb DPP ha de tenir un ànim deprimat i/o pèrdua d'interès o plaer en les activitats quotidianes que fa la persona, la major part del temps quasi tots els dies, durant dues setmanes, més de cinc o més dels següents símptomes: pèrdua de pes, alteracions de la son, agitació o retràs psicomotor, disminució de la concentració, fatiga o pèrdua d'energia, sentiment de culpa, augments o disminucions significatius de la gana i pensaments recurrents de suïcidi o mort (26,27). La DPP pot tenir tres etapes diferents; l'etapa d'episodis lleus a moderats, de moderats a greus i de greus a refractaries. Depenent de l'etapa a la que es trobi la dona es realitzarà un tractament o un altre (28).

Pel que fa al tractament trobem que hi ha dos opcions: la primera és la teràpia individual o de grup i la segona opció és la medicació (29). La teràpia, la qual inclou la psicoteràpia i/o teràpia cognitiva-conductual, es realitza a totes les dones independentment de l'etapa en la que es trobi, i està especialment indicada per a dones que es troben en l'etapa d'episodis lleus a moderats. La teràpia es basa en els aspectes com; l'educació, la informació a la dona, a la parella i als familiars, el control dels símptomes, el nou rol de mare, les dificultats i les pors, l'enfortiment del vincle mare-fill, i la cerca i enfortiment del suport familiar (28,30). Pel que fa a les recomanacions per a les mares en etapa d'episodis moderats a greus, a més de la teràpia caldrà iniciar antidepressius, utilitzant els Inhibidors Selectius de la Recaptació de Serotonina (ISRS) com a primera elecció de tractament farmacològic ja que s'excreta en llet materna en quantitats quasi indetectables. (30). Per aquest motiu, també es recomana iniciar

la medicació en dones amb història prèvia de DPP just després del part de manera preventiva (31). Finalment, les dones que estan en una etapa que es considera greu o refractària es tracta amb teràpia electroconvulsiva (TEC), ja que no responen a altres tractaments (9). Aquesta TEC consisteix en induir breument una convulsió controlada mitjançant corrent elèctrica en el cervell mentre la persona està sota anestèsia (32). Per altra banda, és molt important saber detectar els símptomes de la malaltia per poder actuar el més abans possible, ja que pel contrari es podria convertir en un procediment crònic i tenir greus conseqüències (33).

Centrant-nos en la prevalença, aquest trastorn afecta a aproximadament entre un 10 i un 15% de dones després del part (34). Altres autors han observat que en el 50% dels casos de DPP estan relacionats amb depressió no detectada durant l'embaràs (35), i en mares primerenques la prevalença pot arribar al 35% (36). A Espanya, la simptomatologia depressiva varia entre aproximadament el 26,7% i el 30,3%, mentre que la depressió major oscil·la entre el 7,7% i el 14,8% en diferents moments del postpart (37). Durant molt de temps es creia que la DPP afectava principalment a dones occidentals, però molts estudis han identificat símptomes similars en altres cultures (38). La prevalença de la DPP varia entre països, amb nivells baixos a Europa i Austràlia que en els Estats Units, i major risc en dones de l'Àsia i Sudàfrica (39).

1.2.3. Psicosis postpart

La psicosis postpart (PPP) és un trastorn mental poc comú però molt greu que requereix d'atenció immediata, generalment es manifesta dins les primeres dues setmanes després del part, tot i que la clínica es pot iniciar fins al sisè mes postpart (10). Encara que el seu diagnòstic no està inclòs al DSM, s'està treballant per justificar la seva inclusió en futures edicions degut a la falta de comprensió que pot portar a diagnòstics erronis i dificultats per explicar la PPP en casos de tragèdies (40–42). Aquest trastorn es caracteritza per l'aparició de símptomes psicòtics, com deliris, al·lucinacions, confusió i comportaments inusuals, és a dir, alteració en la percepció individual de la realitat, però abans de patir aquests símptomes, pot començar amb insomni o incapacitat per descansar, irritabilitat i ansietat (43). Aquesta malaltia s'ha de considerar una

emergència mèdica i obstètrica ja que pot interferir en l'atenció perinatal i postpart i els símptomes poden posar en perill a la seguretat i el benestar de la mare però també del nadó, ja que si la mare està experimentant símptomes psicòtics greus, pot haver un cuidat inadequat del nadó (44). Cal remarcar també que hi ha factors de risc per la psicosis postpart com antecedents personals de depressió postpart, però el risc més comú és tenir antecedents d'un trastorn afectiu, especialment el trastorn bipolar, o també haver tingut anteriorment esquizofrènia o un trastorn esquizoafectiu, però també pot estar relacionat amb haver patit complicacions obstètriques durant l'embaràs, el part o el postpart (45). Dins de les probabilitats de patir psicosis postpart, s'ha observat que les dones primíparas tenen més risc que les múltiples (9,10), encara que el factor de risc més rellevant és haver patit aquest trastorn abans, ja que incrementa les probabilitats de patir-ho entre un 50-80% (44).

En referència al tractament per les dones amb aquest trastorn, es requereix d'una combinació d'intervenció mèdica, teràpia psicològica i suport emocional. Generalment el tractament es realitza amb la dona hospitalitzada per assegurar tant la seva seguretat com la del nadó, així com les persones del seu voltant (4). Depenent de la persona es tracta amb antipsicòtics, eutimitzants o benzodiazepines, i en cas de que aquesta no doni resultats es tracta amb la teràpia electroconvulsiva (46). En conseqüència, altres autors apunten que és necessari que es combini aquesta farmacoteràpia amb mesures psicològiques i emocionals (4). El tractament utilitzat en primera elecció en casos de psicosis postpart són els antipsicòtics (46). L'elecció d'aquests fàrmacs dependrà de l'estat de la dona i del criteri del psiquiatre (47,48). Cal destacar que els antipsicòtics desenvolupen un paper fonamental en la reducció dels símptomes psicòtics en les dones que experimenten PPP (46). Segons Poels et al (49) el tractament amb antipsicòtics i liti combinats tenen millors resultats, ja que a diferència del trastorns psicòtics habituals no hi ha tanta desregulació de l'estat d'ànim (50). Pel que fa a l'alletament matern i el liti, segons estudis s'arriba a la conclusió que es de vital obligació comprovar els nivells de liti en el lactant almenys a la primera setmana després del part i realitzar controls addicionals al primer mes i al segon mes postpart en els lactants (46,50). Per una altra banda, l'insomni és un dels símptomes que pot conduir al deteriorament dels símptomes

de la psicosis postpart, per tant, els fàrmacs que poden ajudar en aquesta condició són les benzodiazepines que fan efecte enfront a l'insomni i l'agitació (51). Segons estudis realitzats, més de la meitat de les dones que van ser tractades amb la combinació d'antipsicòtics, benzodiazepines i liti van aconseguir la remissió, però pel contrari menys d'un 10% van aconseguir la remissió amb una benzodiazepina sola i menys del 20% va aconseguir aquesta remissió amb benzodiazepines i antipsicòtics (52).

El següent punt a considerar, és la incidència d'aquest trastorn greu. Segons estudis recents, s'estima que la incidència de la psicosis postpart pot variar entre el 0,1% i el 0,2%, és a dir, aquest trastorn afecta entre 1 i 2 mares per cada 1000 parts (40,53,54). Aquestes xifres reflecteixen la importància de comprendre la magnitud d'aquest trastorn i la necessitat d'intervenir de manera efectiva en la seva prevenció i tractament. Pel que fa a nivell mundial s'ha observat que la incidència de la psicosis postpart pot variar entre diferents països i regions. Estudis han demostrat que factors com el suport social, l'accés a l'atenció mèdica, i la presència d'altres trastorns mentals en la mare poden influir en la prevalença de la PPP (53,55). Per exemple, s'ha suggerit que en països amb sistemes de salut menys accessibles, la incidència de la psicosis postpart podria ser subestimada degut a una menor detecció de casos (55). A més, la investigació ha assenyalat que factors culturals també poden exercir un paper en la presentació i prevalença d'aquest trastorn (56). Per exemple, les expectatives culturals sobre la maternitat i la pressió social per adaptar-se als rols de mare poden afectar la manera en que les persones experimenten els símptomes de la malaltia (57). De tal manera, els canvis en la detecció, el diagnòstic i la consciència pública sobre la psicosis postpart podrien estar contribuint a aparents augments en la incidència (55).

Podem arribar a la conclusió de que les estadístiques i la prevalença de la PPP són crucials per poder desenvolupar estratègies efectives de prevenció, detecció primerenca i tractament. La variabilitat en les taxes d'incidència entre països i al llarg dels temps, subratlla la necessitat de considerar factors socioculturals, de salut pública i d'atenció mèdica al abordar aquesta malaltia (57). Altrament, la càrrega de morbiditat relacionada amb la salut mental es significativa, especialment entre les dones en edat reproductiva, és a dir, de 15

a 49 anys, amb trastorns mentals i del comportament representant aproximadament 64 milions d'anys de vida ajustats per discapacitat perduts entre 2000 i 2012 (58). Aquesta càrrega ha anat augmentant, passant del 5,9% al 7,3% com a proporció dels anys de vida ajustats per discapacitat per totes les causes (58).

Durant el període perinatal, al voltant del 10% de les gestants i el 13% de les persones en postpart experimenten trastorns mentals amb xifres encara majors en països d'ingressos baixos i mitjans (59). Aquests trastorns estan associats amb complicacions maternes, un major risc de resultats adversos pel nadó i un augment de comorbiditats durant l'embaràs (55).

1.3 Cribratge de salut mental a Catalunya durant l'embaràs i la maternitat

A Catalunya, el Protocol de Seguiment de l'Embaràs, en la revisió del 2018 va introduir per primera vegada un cribratge universal en salut perinatal. Aquest protocol menciona que durant l'embaràs i el puerperi, és crucial valorar, detectar, manejar i tractar els problemes i la patologia mental de la dona per assegurar bons resultats en salut per a la mare i el nadó (60). Segons el protocol anteriorment esmentat, l'avaluació de la salut mental durant l'embaràs i el postpart a Catalunya s'inicia a la primera visita, que generalment es realitza entre les 6 i les 10 setmanes de gestació (SG). Durant aquesta visita, es realitza una anamnesi detallada per identificar i avaluar els problemes emocionals, psicològics i psiquiàtrics de la dona embarassada. Després, durant la segona visita, que generalment es realitza entre les 12 i les 14 SG, l'objectiu és identificar els símptomes de depressió i/o ansietat a través del qüestionari de Whooley (41) el qual consisteix en preguntar si la gestant s'ha sentit sovint baixa d'ànims o deprimida, si ha sentit que ha perdut l'interès o plaer per les coses, si s'ha sentit nerviosa i si s'ha sentit incapaç de controlar les seves preocupacions (60). Per tant, si la resposta a aquestes preguntes és negativa, es considera un cribratge negatiu per la depressió i l'ansietat, i es repetirà el qüestionari a les 29-30 SG. En cas que el cribratge torni a ser negatiu, no cal realitzar cap altre cribratge fins a la setmana 6 després del part, moment en que es farà servir l'escala de depressió postpart d'Edimburg (EPDS). Però en cas que la dona respongui afirmativament a alguna de les preguntes del cribratge de la setmana 12-14 de

gestació (qüestionari de Whooley), es considera un cribratge positiu i es recomana emplenar l'EPDS. Aquest qüestionari d'autocompletació consta de 10 preguntes i les puntuacions van de 0 a 30. És un instrument validat en la població espanyola i permet detectar la presència de símptomes depressius en les dones embarassades (60). Després del part, a les sis setmanes postpart, en tots els casos, es completa l'EPDS i si la puntuació és igual o superior a 13, o l'ítem 10 és positiu, es recomana una derivació a psicologia de l'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) i al metge de família per a l'avaluació i el diagnòstic (60).

A la Figura 1 es presenta el gràfic, elaborat pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, del cribratge per detectar la depressió i l'ansietat durant la gestació.

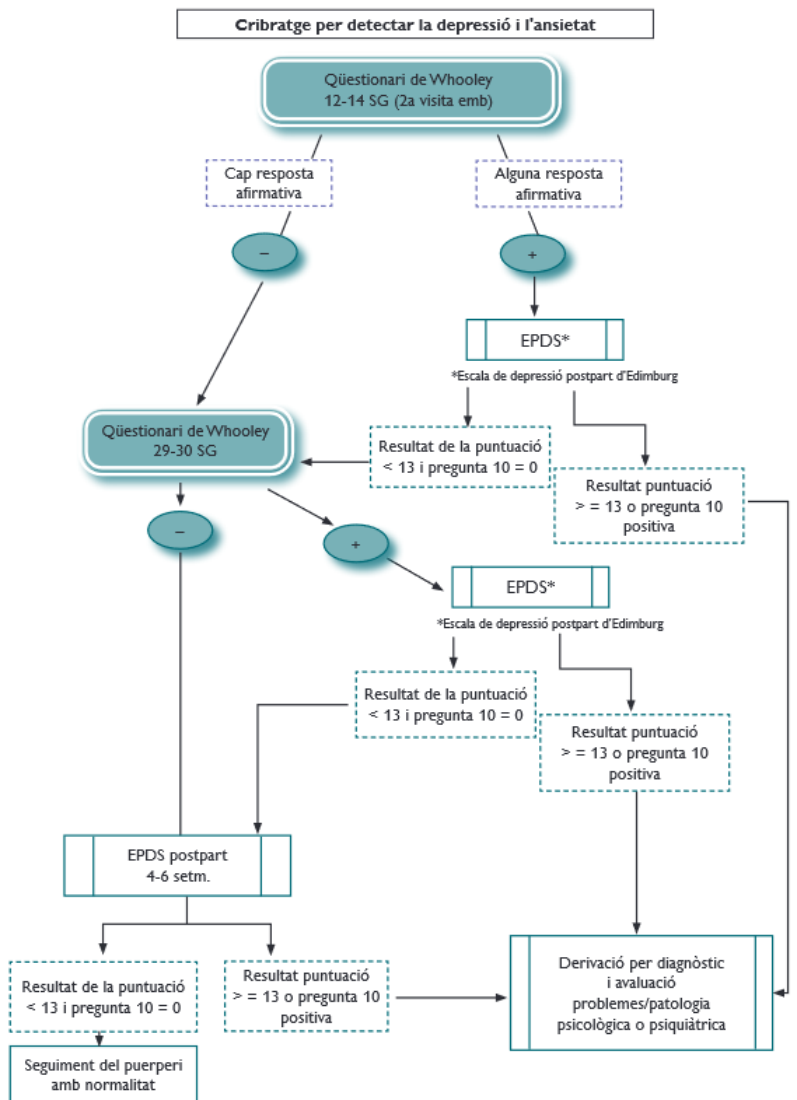


Figura 1. Cribratge per detectar la depressió i l'ansietat durant la gestació (60).

1.4. Intervencions infermeres en salut mental materna

En aquest apartat ens enfoquem en el tractament no farmacològic, és a dir, les intervencions infermeres en aquest context de trastorns mentals postpart. Aquestes intervencions infermeres desenvolupen un paper crucial en l'abordatge d'aquestes afeccions, ja que ofereixen un enfoc integral que va més enllà del tractament farmacològic (61). Des de l'avaluació inicial fins l'atenció contínua, les infermeres desenvolupen un rol fonamental en el moment de proporcionar suport emocional, educació sobre la malaltia, vigilància de la condició de la mare, promoció de l'adherència al tractament i coordinació de l'atenció interdisciplinària. A través d'un enfoc centrat en la dona i el seu entorn, les intervencions infermeres busquen, no només tractar els símptomes, sinó també donar suport a la recuperació general, enfortir els llaços familiars i brindar compressió i empatia, contribuint així en el benestar tant de la mare com del nounat (62).

Aquest suport emocional implica una escolta activa i comprensiva per part de les infermeres, la qual pot ajudar a la persona a sentir-se compresa, validada i menys aïllada de la seva lluita contra aquests problemes (62), essent fonamental validar totes les emocions fins i tot si són confuses (63). El suport emocional també pot contribuir a reduir l'estigma i la vergonya associats amb la malaltia, i promoure un ambient d'acceptació i comprensió (64). Les infermeres poden donar aquest suport a aquestes dones mitjançant l'empatia i la proximitat, ja que aquesta pot ajudar a enfortir la connexió entre la persona i el professional de la salut, creant un ambient de confiança i seguretat (63).

D'altra banda hi ha l'assessorament i l'educació com a elements fonamentals per al tractament d'aquestes afectacions de la salut mental durant el postpart, ja que donen eines i estratègies necessàries per afrontar la seva condició i fomentar el vincle amb el fill. Segons Ravesteyn et al. és molt important proporcionar informació a la mare sobre la seva malaltia, incloent els símptomes, les causes, el curs de la malaltia i les opcions de tractament disponibles (65). Altres autors observaren que educar a les persones sobre les seves condicions de salut mental durant el postpart aporta tranquil·litat, redueix l'ansietat i la por, i proporciona un marc comprensiu per entendre la seva condició (64).

A més d'aquestes intervencions esmentades anteriorment, també podem trobar diferents teràpies no farmacològiques per tractar cada una de les afectacions de la salut mental de la mare. Per exemple podem trobar la teràpia cognitivo-conductual adaptada al postpart, que és una forma de teràpia que s'ha adaptat específicament per abordar aquests desafiaments emocionals i psicològics que experimenten totes aquestes dones durant el període postpart (66), la qual es centra en identificar i canviar patrons de pensament negatius o distorsionats, així com en desenvolupar habilitats per afrontar l'estrès i les emocions aclaparadores (66).

En referència a la teràpia de suport interpersonal, aquesta s'enfoca en millorar les habilitats de comunicació i les relacions interpersonals de la persona durant aquests trastorns mentals, els quals poden produir que les dones es puguin sentir aïllades, incompreses o incapaces d'expressar les seves necessitat i preocupacions (67). Aquesta teràpia pot ser especialment beneficiosa per les dones que enfronten desafiaments en les seves relacions familiars o de parella com a resultat de la malaltia de salut mental que estigui patint, ja sigui ansietat, psicosis o qualsevol altre afectació, ja que enforteix les habilitats comunicatives i la capacitat per establir vincles saludables (68).

Finalment, pel que fa a la teràpia de grup amb dones que estan experimentant situacions semblants, aquesta proporciona un entorn de suport, comprensió i validació. Autors com Ravesteyn han observat que durant la malaltia la participació en grups terapèutics pot ajudar a reduir l'aïllament i la sensació de soledat, ja que permet a les dones compartir les seves experiències i estratègies per enfrontar la malaltia (65).

1.5. La influència de l'alletament matern en la salut mental postpart

L'alletament matern és un tema de gran rellevància en l'etapa postpart, no només pels seus beneficis nutricionals, sinó també per la seva possible influència en la salut mental de la mare (69). En aquest sentit, s'explorarà de quina manera l'alletament matern pot impactar positiva o negativament en el benestar emocional de les mares després del part.

1.5.1. Beneficis físics i emocionals de l'alletament matern

L'alletament matern ha estat reconegut per la seva capacitat per brindar una sèrie d'avantatges tant pel nadó com per la mare, tant a curt com a llarg termini. Estudis realitzats suggereixen que l'alletament matern pot actuar com un factor protector contra diverses malalties cròniques (70), com per exemple reduint els índexs materns d'obesitat, el que conseqüentment redueixen el risc d'hipertensió, malalties cardiovasculars, hiperlipidèmia i fins i tot certs tipus de càncer (69). A més, també s'ha observat que pot tenir efectes psiconeuroimmunològics beneficiosos en les mares, disminuint l'ansietat, possiblement associada a l'hormona prolactina (2). Altres autors també apunten que aquest pot reduir directament els símptomes de la depressió i que, interrompre precoçment l'alletament matern pot eliminar aquest benefici (70).

1.5.2. Estrès relacionat amb l'alletament matern

L'alletament matern es relaciona fortament amb la reducció de respostes a l'estrès, inclosa la del cortisol en mares lactants (71), així com reduccions significatives en altres respostes plasmàtiques d'hormones com l'adrenocorticotròpica (ACTH), glucosa i norepinefina (70). Aquesta disminució en les respostes a l'estrès poden estar associades amb una reducció de l'hormona ACTH en mares lactants, pel que aquestes hormones són imprescindibles per la salut mental, ja que controlen l'ansietat i la depressió a través de l'eix hipotàlem-hipòfisis-suprarenal (HPA), que s'activa en situacions d'estrès psicològic (72).

1.5.3. Mites i realitats: Impacte negatiu de l'alletament matern en la salut mental postpart

Tot i que la llet materna és la millor opció pels nadons, les taxes de alletament matern segueixen sent més baixes del que es recomana (73). Diferents estudis han examinat les dificultats que enfronten les mares amb la alletament matern en els primers mesos després del part i com es relaciona amb l'abandonament de l'alletament matern (74). Es calcula que al voltant d'un 70,3% de les mares pateixen dificultats com clivelles als murgons, percepció d'insuficiència de llet, dolor, i cansament, les quals poden ocasionar estrès o ansietat, induint a

l'abandonament de l'alletament matern i els beneficis que aquest comporta (73). Nogensmenys, l'alletament matern no és causa directe d'afectacions emocionals, tal com diuen alguns mites, ja que amb el degut suport dels professionals quasi sempre és possible portar a terme l'alletament matern, amb excepció d'alguns casos especials (74).

1.5.4. L'alletament matern com a factor protector de la DPP

L'alletament matern ha mostrat ser beneficiosa pel benestar emocional postpart en mares en reduir la incidència de la depressió postpart (75,76). Els efectes hormonals de l'alletament matern, com la oxitocina i la prolactina, semblen tenir propietats protectores per la salut mental en actuar de manera similar als antidepressius i ansiolítics (77). A més, la l'alletament matern s'ha associat amb una reducció en les respostes d'estrès neuroendocrí, el que contribueix a la salut psicològica de la mare (74). Aquest procés millora la connexió emocional i la interacció entre la mare i el fill, el que destaca la importància d'investigar com la l'alletament matern influeix en la de depressió postpart, així com en el desenvolupament infantil (71).

Tanmateix, la depressió pot estar relacionada amb un augment dels nivells d'hormones glucocorticoides que activen un eix anomenat Eix hipotalàmic-pituïtari-adrenal (HPA), el que pot provocar símptomes depressius, com problemes de son, disminució de l'autoeficàcia (78). Per un altre costat, s'ha observat que l'alletament matern pot inhibir l'activació d'aquest eix i l'alliberació de glucocorticoides, el que en última instància ajuda a reduir els símptomes de la depressió postpart (69).

1.5.5. Vincle matern filial durant l'alletament matern i el seu impacte en la salut mental

Les mares que alleten tendeixen a tenir un vincle més fort amb els seus nadons en comparació amb les que no ho fan (70), i aquest enllaç o vincle matern filial es veu afectat negativament quan la mare està deprimida o quan no alleta (69). L'alletament matern és essencial per enfortir la connexió mare-fill, ja que els nadons busquen més contacte físic i fan més sorolls cap a la mare, i aquestes interaccions positives ajuden a disminuir o prevenir la depressió postpart o altres alteracions de la salut mental de la mare (79). A més, el contacte del nadó amb

el murgó de la mare té un impacte positiu en la relació mare-fill en els primers quatre dies després del naixement i que també afecta la funció neuroendocrina de la mare (69).

1.6. Impacte del patriarcat en la salut mental de les dones

L'impacte del patriarcat en el salut mental de les dones és un tema crucial i complex que abasta múltiples aspectes. El patriarcat es refereix a un sistema social en el que els homes tenen un poder dominant en termes d'estructures polítiques, econòmiques, socials i culturals, mentre que les dones es troben en una posició de subordinació (80). Aquest sistema influeix de manera significativa en la salut mental de les dones. (81). És un sistema de dominació social en el que els homes ocupen una posició de poder i privilegi sobre les dones i, d'aquesta manera, s'estableixen normes, expectatives i estructures que poden tenir un impacte negatiu en el seu benestar psicològic (81).

D'igual manera, en una societat patriarcal s'estableixen normes de gènere rígides que dicten com s'espera que actuïn les dones (82). Aquestes expectatives poden generar pressió i estrès, el que pot contribuir al desenvolupament de problemes de salut mental. (83). Per tant, les dones poden sentir-se culpables o inadequades si no compleixen amb aquestes expectatives, el que afecta molt negativament a la salut mental i emocional (83)

La desigualtat de gènere, que és inherent al patriarcat, pot conduir a situacions de discriminació, falta d'oportunitats i accés desigual a recursos (84). Aquesta desigualtat pot generar estrès crònic i sentiments d'injustícia, el que augmenta el risc de problemes de salut mental en les dones, com depressió, psicosis o altres trastorns mentals greus (85). Trobem que aquest concepte està estretament relacionat amb la violència de gènere, que pot ser física emocional o sexual que, així mateix, les experiències de violència de gènere tenen un impacte devastador en la salut mental de les dones, causant traumes, trastorns d'estrès posttraumàtic, depressió i ansietat, entre altres problemes en el que podem incloure també trastorns psicòtics (86). Aquests aspectes de salut mental també poden aparèixer quan hi ha barreres per accedir a l'atenció sanitària i en especial a la salut mental, ja que la falta d'accés a serveis adequats de salut mental pot dificultar la detecció precoç i el tractament de trastorns mentals (87). Per això, en

una societat patriarcal els trastorns mentals també poden estar envoltats d'estigmes i la doble discriminació. Les dones que experimenten aquests problemes de salut poden sentir-se avergonyides o culpables, el que dificulta que busquin ajuda i suport, pel que fa que els símptomes dels problemes de salut mental s'agreugin (88).

1.7. La interseccionalitat en dones amb trastorns mentals en el període del puerperi

La interseccionalitat és un concepte que destaca com diferents aspectes de la identitat d'una persona, com el gènere, la raça, la classe social, l'orientació sexual, entre altres, s'entrellacen i s'intercepten, creen experiències i formes de discriminació úniques i multidimensionals (89). Aquest concepte ajuda a comprendre com aquestes múltiples dimensions interactuen per influir en les experiències i oportunitats de les persones en la societat (90).

Les dones emigrants enfronten desafiaments únics relacionats amb l'adaptació a un nou país, l'idioma, la cultura i el sistema de salut. Aquests desafiaments poden augmentar l'estrès i la pressió psicològica durant el període perinatal, el que podria afectar la salut mental i el risc de patir diferents trastorns mentals. (91). El patriarcat aplicat a les dones emigrants fa que aquestes tinguin una doble opressió, degut al gènere i al seu estatus d'immigració. El patriarcat i les normes de gènere en la societat d'acollida, combinats amb la discriminació basada en la etnicitat i la nacionalitat, poden intensificar l'impacte negatiu en la salut mental de les dones immigrants (92).

De la mateixa manera ens trobem amb les barreres idiomàtiques, culturals i administratives que poden dificultar l'accés de les dones immigrants als serveis de salut mental, incloent la detecció i el tractament d'aquests problemes mentals. (93). La falta d'informació sobre els recursos disponibles i la estigmatització dels trastorns mentals en algunes comunitats migrants poden impedir que les dones busquin ajuda (94).

També trobem que aquest col·lectiu de dones a mesura enfronten la separació de les seves xarxes de suport tradicionals, el que poden augmentar l'aïllament social i emocional durant el període perinatal (95,96). La falta de suport adequat

durant l'embaràs i el postpart poden influir negativament en la salut mental de les dones immigrants i agreujar els símptomes dels trastorns mentals. (95,97).

Conseqüentment, l'interseccionalitat en dones amb trastorns mentals en el període del puerperi representa una àrea crucial d'estudi que demanda una comprensió profunda i holística. En el context de la maternitat, la salut mental i la identitat de gènere, les dones es troben immerses en una xarxa complexa de factors que modelen les seves experiències úniques i a mesura marginades en la societat (98).

1.7.1. Factors d'interseccionalitat

La interseccionalitat destaca la interacció dinàmica entre múltiples dimensions de la identitat, com la ètnia, la classe social, la orientació sexual, l'origen, la discapacitat, etc. que s'entrellacen per influir en la vivència dels trastorns mentals postpart. Comprendre aquesta interacció de factors es fonamental per abordar de manera efectiva les necessitats d'aquestes dones, garantint així una atenció sensible, culturalment competent i equitativa que promou el seu benestar integral (98). En aquest context explorar la interseccionalitat en els trastorns mentals postpart es un pas crucial cap a una atenció més inclusiva i orientada a la diversitat, que reconeix i valora la singularitat de cada experiència materna en l'àmbit de la salut mental perinatal (99). Per exemple, una dona de raça negra i de classe no treballadora podria enfrontar-se a desafiaments únics degut a la intersecció de la seva raça i el seu estatus socioeconòmic, el que podria impactar no només en l'aparició de trastorns mentals postpart, sinó també en el seu accés a recursos i suport adequats (100).

1.7.2. Impacte de la interseccionalitat en el diagnòstic

Quan es tracta del diagnòstic de trastorns mentals postpart en dones, la interseccionalitat juga un paper fonamental. Els professionals de la salut han de ser conscients de com els factors interseccionals poden influir en la presentació de símptomes i en la percepció de la malaltia mental per part de les persones (101). Per exemple, una dona immigrant amb barreres idiomàtiques i culturals podria manifestar els seus símptomes de manera diferent a una dona local, el que requereix un enfoc diagnòstic sensible a aquestes diferències, per això,

ignorar aquests aspectes interseccionals pot portar a diagnòstics erronis i a una atenció inadequada (82).

1.7.3. Accés a l'atenció sanitària

La interseccionalitat també té un impacte significatiu en l'accés de les dones a l'atenció mèdica per trastorns mentals postpart. Les dones que pertanyen a minories ètniques, grups marginats o que tenen baixos ingressos poden enfrontar barreres addicionals, com la falta de serveis de salut mental, discriminació en el sistema de salut o dificultats econòmiques que limiten el seu accés a l'atenció especialitzada (102). És molt important abordar aquestes disparitats en l'accés a l'atenció per garantir que totes les dones rebin el tractament que necessiten, independentment de la seva identitat interseccional (103).

1.7.4. Estigma i discriminació

D'un altre banda hi ha l'estigma i la discriminació cap a les dones amb trastorns mentals postpart que es veuen amplificats per la interseccionalitat. Les dones que experimenten múltiples formes d'opressió poden enfrontar-se a prejudicis addicionals degut a la intersecció de la seva identitat (104). Per exemple, una dona LGBTQ+ amb un trastorn mental postpart pot enfrontar estigma no només per la seva condició de salut mental, sinó també per la seva orientació sexual o identitat de gènere (85). És fonamental abordar aquest estigma des d'una perspectiva interseccional per garantir un tractament equitatiu i respectuós per totes les dones.

1.7.5. Intervencions i polítiques inclusives

Per abordar de manera efectiva la interseccionalitat en l'atenció a dones amb trastorns mentals postpart és essencial implementar intervencions i polítiques inclusives (105). Això podria incloure la capacitat de professionals de la salut en la sensibilitat cultural i de gènere, l'establiment de programes de suport comunitari adaptat a les diverses identitats interseccionals de les dones, i la promoció de l'equitat en l'accés als serveis de salut mental postpart (105). En adoptar un enfoc interseccional en la planificació i implementació d'intervencions i polítiques, es poden abordar de manera més efectiva les necessitats úniques de cada dona i garantir una atenció integral i respectuosa (106).

1.8 Justificació de la recerca

Els desafiaments mentals postpart, tals com l'ansietat, la tristesa, la depressió, la psicosis, etc. poden tenir conseqüències devastadores tant per la mare com pel seu entorn. Tot i l'impacte significatiu que comporten, la comprensió d'aquests trastorns, la intervenció i els tractaments segueixen limitats, especialment quan es consideren les diverses interseccions d'identitat que poden influir en l'experiència d'aquests.

La interseccionalitat, que reconeix la interacció complexa entre diferents dimensions de la identitat, com la ètnia, el nivell socioeconòmic, l'origen, la orientació sexual, etc. és fonamental per comprendre de manera integral com les alteracions de salut mental postpart afecten a les persones gestants en diversos contextos. Examinar com aquestes interseccions d'identitat poden influir en la incidència, el diagnòstic i tractament dels diversos trastorns mentals és crucial per garantir una atenció més equitativa i efectiva per totes les gestants afectades.

Aquesta recerca busca omplir el buit en la literatura existent al explorar de manera específica com la interseccionalitat pot afectar l'experiència del postpart, en la qualitat de vida i de la salut mental postpart en la població de la regió sanitària de Girona. En abordar aquestes interseccions d'identitat, s'espera no només millorar la comprensió d'aquests trastorns, sinó també desenvolupar estratègies d'intervenció més inclusives i culturalment sensibles que puguin beneficiar a totes les gestants que enfronten aquestes emocions, pensaments, o comportaments, independentment de la seva diversitat d'identitat.

Aquesta recerca també busca trobar respostes específiques per aquests col·lectius amb diversitat d'identitat, emmarcant-se en els Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS's) (107), concretament els objectius de promoure la igualtat de gènere entre totes les persones, respectant i reconeixent aquestes diferències mencionades amb la interseccionalitat, i tanmateix, el de promoure la salut i el benestar de les persones en totes les seves esferes, concretament la salut mental i emocional.

2. BIBLIOGRAFIA

1. Alvarenga P, Frizzo GB. Stressful Life Events and Women's Mental Health During Pregnancy and Postpartum Period. Paid Ribeirão Preto [Internet]. abril 2017 [citad 18 febrer 2024];27(66):51-9. Disponible a: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2017000100051&lng=en&tlng=en
2. Modak A, Ronghe V, Gomase KP. The Psychological Benefits of Breastfeeding: Fostering Maternal Well-Being and Child Development. Cureus [Internet]. 2023 [citad 24 febrer 2024];15(10):e46730. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10631302/>
3. Chauhan A, Potdar J. Maternal Mental Health During Pregnancy: A Critical Review. Cureus [Internet]. [citad 12 febrer 2024];14(10):e30656. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9681705/>
4. Osborne LM. Recognizing and Managing Postpartum Psychosis: A Clinical Guide for Obstetric Providers. Obstet Gynecol Clin North Am [Internet]. setembre 2018 [citad 20 novembre 2023];45(3):455-68. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6174883/>
5. Korteland TW, Koorengel KM, Poslawsky IE, van Meijel B. Nursing interventions for patients with postpartum psychosis hospitalized in a psychiatric mother-baby unit: A qualitative study. J Psychiatr Ment Health Nurs [Internet]. setembre 2019 [citad 16 novembre 2023];26(7-8):254-64. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31250503/>
6. Essali A, Alabed S, Guul A, Essali N. Preventive interventions for postnatal psychosis. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2013 [citad 17 novembre 2023];(6). Disponible a: <https://www.readcube.com/articles/10.1002%2F14651858.cd009991.pub2>
7. Coo Calcagni S, Mira Olivos A, García Valdés MI, Zamudio Berrocal P, Coo Calcagni S, Mira Olivos A, et al. Salud mental en madres en el período perinatal. Andes Pediatr [Internet]. octubre 2021 [citad 18 febrer

- 2024];92(5):724-32. Disponible a:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2452-60532021000500724&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Kowalska J, Dulnik M, Guzek Z, Strojek K. The emotional state and social support of pregnant women attending childbirth classes in the context of physical activity. *Sci Rep* [Internet]. 11 novembre 2022 [citat 18 febrer 2024];12(1):19295. Disponible a: <https://www.nature.com/articles/s41598-022-23971-7>
9. Araya Villavicencio S, Barrantes Ortiz I. Trastornos psiquiátricos frecuentes en el periodo postparto. *Rev Médica Sinerg* [Internet]. 2020 [citat 21 novembre 2023];5(12):8. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7677762>
10. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatol Reprod Humana* [Internet]. gener 2013 [citat 21 novembre 2023];27(3):185-93. Disponible a: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0187-53372013000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. Rai S, Pathak A, Sharma I. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian J Psychiatry* [Internet]. juliol 2015 [citat 21 novembre 2023];57(Suppl 2):S216. Disponible a: https://journals.lww.com/indianjpsychiatry/fulltext/2015/57002/postpartum_psychiatric_disorders__early_diagnosis.6.aspx
12. Chechko N, Losse E, Frodl T, Nehls S. Baby blues, premenstrual syndrome and postpartum affective disorders: intersection of risk factors and reciprocal influences. *BJPsych Open* [Internet]. gener 2024 [citat 12 març 2024];10(1):e3. Disponible a: <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-open/article/baby-blues-premenstrual-syndrome-and-postpartum-affective-disorders-intersection-of-risk-factors-and-reciprocal-influences/0F943000588293F98E9DA4A15E96A78C>

13. Tosto V, Ceccobelli M, Lucarini E, Tortorella A, Gerli S, Parazzini F, et al. Maternity Blues: A Narrative Review. *J Pers Med* [Internet]. 13 gener 2023 [citat 18 febrer 2024];13(1):154. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9863514/>
14. Hahn L, Eickhoff SB, Habel U, Stickeler E, Schnakenberg P, Goecke TW, et al. Early identification of postpartum depression using demographic, clinical, and digital phenotyping. *Transl Psychiatry* [Internet]. 11 febrer 2021 [citat 3 maig 2024];11:121. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7878890/>
15. Balaram K, Marwaha R. Postpartum Blues. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citat 18 febrer 2024]. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554546/>
16. Faisal-Cury A, Menezes PR, Tedesco JJA, Kahalle S, Zugaib M. Maternity «Blues»: Prevalence and Risk Factors. *Span J Psychol* [Internet]. 2008 [citat 3 maig 2024];11(2):593-9. Disponible a: <https://www.proquest.com/docview/274714938/abstract/AB69E381E0B142ABPQ/1>
17. Modak A, Ronghe V, Gomase KP, Mahakalkar MG, Taksande V. A Comprehensive Review of Motherhood and Mental Health: Postpartum Mood Disorders in Focus. *Cureus* [Internet]. 2023 [citat 3 maig 2024];15(9):e46209. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10613459/>
18. Manso-Córdoba S, Pickering S, Ortega MA, Asúnsolo Á, Romero D. Factors Related to Seeking Help for Postpartum Depression: A Secondary Analysis of New York City PRAMS Data. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. desembre 2020 [citat 3 maig 2024];17(24):9328. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7763494/>
19. Rezaie-Keikhaie K, Arbabshastan ME, Rafiemanesh H, Amirshahi M, Ostadkelayeh SM, Arbabisarjou A. Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period. *J Obstet*

- Gynecol Neonatal Nurs [Internet]. 1 març 2020 [citat 12 març 2024];49(2):127-36. Disponible a: [https://www.jognn.org/article/S0884-2175\(20\)30004-6/abstract](https://www.jognn.org/article/S0884-2175(20)30004-6/abstract)
20. Cabrera J. DSM 4 en Espanol. [citat 27 desembre 2023]; Disponible a: https://www.academia.edu/26439112/DSM_4_en_Espanol
 21. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. Annu Rev Med [Internet]. 2019 [citat 12 març 2024];70(1):183-96. Disponible a: <https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217-011106>
 22. Cantwell R. Mental disorder in pregnancy and the early postpartum. Anaesthesia [Internet]. 2021 [citat 18 febrer 2024];76(S4):76-83. Disponible a: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/anae.15424>
 23. Agrawal I, Mehendale AM, Malhotra R. Risk Factors of Postpartum Depression. Cureus [Internet]. 31 octubre 2022 [citat 15 març 2024];14(10):e30898. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9711915/>
 24. Sit DK, Wisner KL. The Identification of Postpartum Depression. Clin Obstet Gynecol [Internet]. setembre 2009 [citat 15 març 2024];52(3):456-68. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2736559/>
 25. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Edinburgh Postnatal Depression Scale [Internet]. 2011 [citat 15 març 2024]. Disponible a: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/t01756-000>
 26. Morrison JR. DSM-5 made easy: the clinician's guide to diagnosis. New York: The Guilford Press; 2014. 652 p.
 27. S. Moldenhauer J. Manual MSD versión para profesionales. 2022 [citat 3 maig 2024]. Depresión posparto - Ginecología y obstetricia. Disponible a: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/ginecología-y-obstetricia/atención-posparto-y-trastornos-asociados/depresión-posparto>

28. Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W. Postpartum Depression. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citad 12 març 2024]. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/>
29. Clínic Barcelona [Internet]. [citad 15 març 2024]. Treatment of Postnatal Depression | Hospital Clínic Barcelona. Disponible a: <https://www.clinicbarcelona.org/en/assistance/diseases/postnatal-depression/treatment>
30. Fitelson E, Kim S, Baker AS, Leight K. Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. Int J Womens Health [Internet]. 30 desembre 2010 [citad 18 febrer 2024];3:1-14. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3039003/>
31. Jahan N, Went TR, Sultan W, Sapkota A, Khurshid H, Qureshi IA, et al. Untreated Depression During Pregnancy and Its Effect on Pregnancy Outcomes: A Systematic Review. Cureus [Internet]. 2021 [citad 15 març 2024];13(8):e17251. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8448270/>
32. Grover S, Sahoo S, Chakrabarti S, Basu D, Singh SM, Avasthi A. ECT in the Postpartum Period: A Retrospective Case Series from a Tertiary Health Care Center in India. Indian J Psychol Med [Internet]. 2018 [citad 24 febrer 2024];40(6):562-7. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6241200/>
33. Jadresic M. E. DEPRESIÓN POSPARTO EN EL CONTEXTO DEL HOSPITAL GENERAL. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 1 novembre 2017 [citad 15 març 2024];28(6):874-80. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-depresion-posparto-en-el-contexto-S0716864017301426>
34. Anokye R, Acheampong E, Budu-Ainooson A, Obeng EI, Akwasi AG. Prevalence of postpartum depression and interventions utilized for its management. Ann Gen Psychiatry [Internet]. 9 maig 2018 [citad 20 febrer

- 2024];17:18. Disponible a:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5941764/>
35. Chan J, Natekar A, Einarson A, Koren G. Risks of untreated depression in pregnancy. *Can Fam Physician* [Internet]. març 2014 [citat 15 març 2024];60(3):242-3. Disponible a:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3952758/>
36. Abdollahi F, Agajani-Delavar M, Zarghami M, Lye MS. Postpartum Mental Health in First-Time Mothers: A Cohort Study. *Iran J Psychiatry Behav Sci* [Internet]. 15 març 2016 [citat 15 març 2024];10(1):e426. Disponible a:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6549244/>
37. Rodríguez-Muñoz MF, Motrico E, Miguez C, Chaves C, Suso-Ribera C, Duque A, et al. Perinatal Depression in the Spanish Context: Consensus Report from the General Council of Psychology of Spain. *Clin Health* [Internet]. 10 juliol 2023 [citat 20 febrer 2024];34(2):51-63. Disponible a:
<https://journals.copmadrid.org/clysa/art/clysa2023a15>
38. Arifin SRM, Cheyne H, Maxwell M. Review of the prevalence of postnatal depression across cultures. *AIMS Public Health* [Internet]. 20 juliol 2018 [citat 15 març 2024];5(3):260-95. Disponible a:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6141558/>
39. Wang Z, Liu J, Shuai H, Cai Z, Fu X, Liu Y, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Transl Psychiatry* [Internet]. 20 octubre 2021 [citat 20 febrer 2024];11:543. Disponible a:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8528847/>
40. Friedman SH, Reed E, Ross NE. Postpartum Psychosis. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. febrer 2023 [citat 16 novembre 2023];25(2):65-72. Disponible a:
<https://link.springer.com/10.1007/s11920-022-01406-4>
41. NICE. Antenatal and postnatal mental health Clinical management and service guidance [Internet]. NICE; 2018 [citat 18 febrer 2024]. Disponible a:
<https://www.nice.org.uk/guidance/qs115/chapter/introduction>

42. Pichot P, Aliño JJLI, Miyar MV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
43. Spinelli M. Postpartum psychosis: a diagnosis for the DSMV. Arch Womens Ment Health [Internet]. 2021 [citad 15 març 2024];24(5):817-22. Disponible a:
<https://www.proquest.com/docview/2579207412/abstract/D8B2EBEF139D431BPQ/1>
44. Madora MJ, Knopf HS, Prakash M, Kim J, Medavaram MR, Vaughn RL. Postpartum Psychosis or Something Else? Prim Care Companion CNS Disord [Internet]. 5 gener 2023 [citad 18 febrer 2024];25(1):44919. Disponible a: <https://www.psychiatrist.com/pcc/postpartum-psychosis-with-catatonia/>
45. Bener A, Gerber LM, Sheikh J. Prevalence of psychiatric disorders and associated risk factors in women during their postpartum period: a major public health problem and global comparison. Int J Womens Health [Internet]. 2012 [citad 15 març 2024];4:191-200. Disponible a: <https://www.proquest.com/docview/2222558599/abstract/5A8880AA20734A99PQ/1>
46. Jairaj C, Seneviratne G, Bergink V, Sommer IE, Dazzan P. Postpartum psychosis: A proposed treatment algorithm. J Psychopharmacol (Oxf) [Internet]. 1 octubre 2023 [citad 6 gener 2024];37(10):960-70. Disponible a: <https://doi.org/10.1177/02698811231181573>
47. Di Florio A, Mei Kay Yang J, Crawford K, Bergink V, Leonenko G, Pardiñas AF, et al. Post-partum psychosis and its association with bipolar disorder in the UK: a case-control study using polygenic risk scores. Lancet Psychiatry. desembre 2021;8(12):1045-52.
48. Raza SK, Raza S. Postpartum Psychosis. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citad 6 gener 2024]. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544304/>
49. Poels EMP, Bijma HH, Galbally M, Bergink V. Lithium during pregnancy and after delivery: a review. Int J Bipolar Disord [Internet]. 2 desembre 2018 [citad

- 24 febrer 2024];6(1):26. Disponible a: <https://doi.org/10.1186/s40345-018-0135-7>
50. Bergink V, Bouvy PF, Vervoort JSP, Koorengel KM, Steegers EAP, Kushner SA. Prevention of Postpartum Psychosis and Mania in Women at High Risk. *Am J Psychiatry* [Internet]. juny 2012 [citat 20 març 2024];169(6):609-15. Disponible a: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2012.11071047>
51. Tinkelman A, Hill EA, Deligiannidis KM. Management of New Onset Psychosis in the Postpartum Period. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2017 [citat 24 febrer 2024];78(9):1423-4. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5773376/>
52. Rommel AS, Molenaar NM, Gilden J, Kushner SA, Westerbeek NJ, Kamperman AM, et al. Long-term outcome of postpartum psychosis: a prospective clinical cohort study in 106 women. *Int J Bipolar Disord* [Internet]. 28 octubre 2021 [citat 20 març 2024];9:31. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8554899/>
53. Novo-Gueimonde L, Teijelo AI, Sánchez-Sánchez MM, García Robles RM, Tejerizo García A, Leiva A, et al. Psicosis posparto. *Clínica E Investig En Ginecol Obstet* [Internet]. 1 desembre 2000 [citat 17 novembre 2023];27(10):386-90. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-psicosis-posparto-13092>
54. Yang JMK, Vaiphei K, Siliya M, Mkandawire T, Dolman C, Heron J, et al. Postpartum psychosis: a public involvement perspective across three continents. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2023 [citat 31 desembre 2023];26(6):831-7. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10632256/>
55. VanderKruik R, Barreix M, Chou D, Allen T, Say L, Cohen LS. The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review. *BMC Psychiatry*

- [Internet]. 28 juliol 2017 [citat 15 març 2024];17:272. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5534064/>
56. Bandyopadhyay M, Small R, Watson LF, Brown S. Life with a new baby: How do immigrant and Australian-born women's experiences compare? *Aust N Z J Public Health* [Internet]. 2010;34(4):412-21. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1326020023019933>
57. Sivrikaya P, Hocaoglu C. Does Postpartum Psychosis Have a Cultural Aspect? *Medeni Med J* [Internet]. març 2023 [citat 31 desembre 2023];38(1):100-1. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10064102/>
58. Lin SC, Tyus N, Maloney M, Ohri B, Sripipatana A. Mental health status among women of reproductive age from underserved communities in the United States and the associations between depression and physical health. A cross-sectional study. *PLoS ONE* [Internet]. 8 abril 2020 [citat 22 febrer 2024];15(4):e0231243. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7141664/>
59. Sidhu GS, Sidhu TK, Kaur P, Lal D, Sangha NK. Evaluation of Peripartum Depression in Females. *Int J Appl Basic Med Res* [Internet]. 2019 [citat 19 març 2024];9(4):201-5. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6822329/>
60. Departament de Salut i Generalitat de Catalunya. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. 2018.
61. Shang J, Dolikun N, Tao X, Zhang P, Woodward M, Hackett ML, et al. The effectiveness of postpartum interventions aimed at improving women's mental health after medical complications of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 3 novembre 2022 [citat 24 febrer 2024];22:809. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9632104/>
62. Liu H, Yang Y. Effects of a psychological nursing intervention on prevention of anxiety and depression in the postpartum period: a randomized controlled

- trial. *Ann Gen Psychiatry* [Internet]. 4 gener 2021 [citat 4 maig 2024];20:2. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7783989/>
63. McCabe JE, Birgitta W, Deberg J, Davila RC, Segre LS. Listening Visits for maternal depression: a meta-analysis. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2021 [citat 25 febrer 2024];24(4):595-603. Disponible a: <https://www.proquest.com/docview/2549480092/abstract/F525634E571144D0PQ/1>
64. Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W, May K. Postpartum Depression (Nursing). En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citat 4 maig 2024]. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568673/>
65. Ravesteyn LM van, Berg MPL van den, Hoogendijk WJG, Kamperman AM. Interventions to treat mental disorders during pregnancy: A systematic review and multiple treatment meta-analysis. *PLOS ONE* [Internet]. 30 març 2017 [citat 9 gener 2024];12(3):e0173397. Disponible a: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0173397>
66. Simhi M, Sarid O, Rowe H, Fisher J, Cwikel J. A Cognitive—Behavioral Intervention for Postpartum Anxiety and Depression: Individual Phone vs. Group Format. *J Clin Med* [Internet]. 18 desembre 2021 [citat 9 gener 2024];10(24):5952. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8705833/>
67. Meltzer-Brody S, Howard LM, Bergink V, Vigod S, Jones I, Munk-Olsen T, et al. Postpartum psychiatric disorders (Primer). *Nat Rev Dis Primer* [Internet]. 2018 [citat 25 febrer 2024];4(1):18022. Disponible a: <https://www.proquest.com/docview/2768944878/abstract/C1BA1B9C9354646PQ/1>
68. Bright KS, Charrois EM, Mughal MK, Wajid A, McNeil D, Stuart S, et al. Interpersonal Psychotherapy to Reduce Psychological Distress in Perinatal Women: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet].

- novembre 2020 [citat 9 gener 2024];17(22):8421. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7697337/>
69. Tucker Z, O'Malley C. Mental Health Benefits of Breastfeeding: A Literature Review. *Cureus* [Internet]. 2022 [citat 3 maig 2024];14(9):e29199. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9572809/>
70. Muro-Valdez JC, Meza-Rios A, Aguilar-Uscanga BR, Lopez-Roa RI, Medina-Díaz E, Franco-Torres EM, et al. Breastfeeding-Related Health Benefits in Children and Mothers: Vital Organs Perspective. *Medicina (Mex)* [Internet]. 25 agost 2023 [citat 3 maig 2024];59(9):1535. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10536202/>
71. Nagel EM, Howland MA, Pando C, Stang J, Mason SM, Fields DA, et al. Maternal psychological distress and lactation and breastfeeding outcomes: A narrative review. *Clin Ther* [Internet]. febrer 2022 [citat 3 maig 2024];44(2):215-27. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8960332/>
72. Sosa Páez V, Kamenetzky G, Rovella A, Sosa Páez V, Kamenetzky G, Rovella A. Efectos del apoyo social percibido sobre el estrés materno y lactancia materna: Una revisión narrativa. *Interacciones* [Internet]. gener 2023 [citat 3 maig 2024];9:e334. Disponible a: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2413-44652023000100017&lng=es&nrm=iso&tlng=es
73. Gianni ML, Bettinelli ME, Manfra P, Sorrentino G, Bezze E, Plevani L, et al. Breastfeeding Difficulties and Risk for Early Breastfeeding Cessation. *Nutrients* [Internet]. 20 setembre 2019 [citat 3 maig 2024];11(10):2266. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6835226/>
74. Toro MC, Obando A, Alarcón M, Toro MC, Obando A, Alarcón M. Valoración social de la lactancia materna y dificultades que conlleva el destete precoz en lactantes menores. *Andes Pediatr* [Internet]. juny 2022 [citat 3 maig 2024];93(3):371-82. Disponible a:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2452-60532022000300371&lng=es&nrm=iso&tlng=es

75. American Academy of Pediatrics. HealthyChildren.org. 2015 [citat 3 maig 2024]. Beneficios psicológicos de la lactancia materna. Disponible a: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/baby/breastfeeding/Paginas/Psychological-Benefits-of-Breastfeeding.aspx>
76. OMS. La OMS insta a ofrecer atención de calidad a las mujeres y los recién nacidos en las primeras semanas cruciales después del parto [Internet]. 2022 [citat 3 maig 2024]. Disponible a: <https://www.who.int/es/news/item/30-03-2022-who-urges-quality-care-for-women-and-newborns-in-critical-first-weeks-after-childbirth>
77. Mikšić Š, Uglešić B, Jakab J, Holik D, Milostić Srb A, Degmečić D. Positive Effect of Breastfeeding on Child Development, Anxiety, and Postpartum Depression. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. abril 2020 [citat 3 maig 2024];17(8):2725. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7216213/>
78. Skórzewska A. Glucocorticoid-induced depression – the role of the dopaminergic system and microRNAs. *Adv Psychiatry Neurol* [Internet]. setembre 2021 [citat 3 maig 2024];30(3):197-202. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9881630/>
79. Dieterich CM, Felice JP, O'Sullivan E, Rasmussen KM. Breastfeeding and Health Outcomes for the Mother-Infant Dyad. *Pediatr Clin North Am* [Internet]. febrer 2013 [citat 4 maig 2024];60(1):31-48. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3508512/>
80. Mshweshwe L. Understanding domestic violence: masculinity, culture, traditions. *Heliyon* [Internet]. 1 octubre 2020 [citat 24 març 2024];6(10). Disponible a: [https://www.cell.com/heliyon/abstract/S2405-8440\(20\)32177-0](https://www.cell.com/heliyon/abstract/S2405-8440(20)32177-0)

81. Kaur K. The Impact of patriarchy on Women's mental health and Well-being. 2023;10(5).
82. Cho S, Jang SJ. Do Gender Role Stereotypes and Patriarchal Culture Affect Nursing Students' Major Satisfaction? *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 5 març 2021 [citat 24 març 2024];18(5):2607. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7967365/>
83. Gupta M, Madabushi JS, Gupta N. Critical Overview of Patriarchy, Its Interferences With Psychological Development, and Risks for Mental Health. *Cureus* [Internet]. [citat 24 febrer 2024];15(6):e40216. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10332384/>
84. Matheson A, Kidd J, Came H. Women, Patriarchy and Health Inequalities: The Urgent Need to Reorient Our Systems. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 23 abril 2021 [citat 24 març 2024];18(9):4472. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8122806/>
85. Kirubarajan A, Barker LC, Leung S, Ross LE, Zaheer J, Park B, et al. LGBTQ2S+ childbearing individuals and perinatal mental health: A systematic review. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2022 [citat 25 febrer 2024];129(10):1630-43. Disponible a: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1471-0528.17103>
86. Torres García AV, Vega-Hernández MC, Antón Rubio C, Pérez-Fernández M. Mental Health in Women Victims of Gender Violence: Descriptive and Multivariate Analysis of Neuropsychological Functions and Depressive Symptomatology. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 29 desembre 2021 [citat 24 març 2024];19(1):346. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8744725/>
87. Paiz JC, de Jesus Castro SM, Giugliani ERJ, dos Santos Ahne SM, Aqua CBD, Giugliani C. Association between mistreatment of women during childbirth and symptoms suggestive of postpartum depression. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 26 agost 2022 [citat 20 febrer 2024];22:664. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9413948/>

88. Popović A, Marić N. Mental-Health-Related Stigma in a Conservative and Patriarchal Community. Soc Sci [Internet]. maig 2023 [citad 20 febrer 2024];12(5):262. Disponible a: <https://www.mdpi.com/2076-0760/12/5/262>
89. Wyatt TR, Johnson M, Zaidi Z. Intersectionality: a means for centering power and oppression in research. Adv Health Sci Educ [Internet]. 2022 [citad 25 febrer 2024];27(3):863-75. Disponible a: <https://www.proquest.com/docview/2701322601/abstract/7DB3736DD6504B91PQ/1>
90. Hankivsky O. Women's health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality. Soc Sci Med [Internet]. 1 juny 2012 [citad 25 febrer 2024];74(11):1712-20. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953612000408>
91. Bamgbose Pederson A, Waldron EM, Fokuo JK. Perspectives of Black Immigrant Women on Mental Health: The Role of Stigma. Womens Health Rep [Internet]. 4 març 2022 [citad 24 març 2024];3(1):307-17. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8994434/>
92. Sheikh A, Singit-Evans S. Mental disorders in migrants: First episode psychosis in postpartum period. Prog Neurol Psychiatry [Internet]. 2020 [citad 17 febrer 2024];24(2):7-10. Disponible a: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pnp.662>
93. Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, et al. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. CMAJ Can Med Assoc J [Internet]. 6 setembre 2011 [citad 20 febrer 2024];183(12):E959-67. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3168672/>
94. Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Mental Illness Stigma, Help Seeking, and Public Health Programs. Am J Public Health [Internet]. maig 2013 [citad 24 març 2024];103(5):777-80. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3698814/>

95. Battulga B, Benjamin MR, Chen H, Bat-Enkh E. The Impact of Social Support and Pregnancy on Subjective Well-Being: A Systematic Review. *Front Psychol* [Internet]. 9 setembre 2021 [citat 24 març 2024];12:710858. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8459714/>
96. Shafiei T, Small R, McLachlan H. Immigrant Afghan women's emotional well-being after birth and use of health services in Melbourne, Australia. *Midwifery* [Internet]. 1 juliol 2015 [citat 24 març 2024];31(7):671-7. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613815000972>
97. Stevenson K, Fellmeth G, Edwards S, Calvert C, Bennett P, Campbell OMR, et al. The global burden of perinatal common mental health disorders and substance use among migrant women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* [Internet]. 1 març 2023;8(3):e203-16. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468266722003425>
98. Daoud N, Ali Saleh-Darawshy N, Meiyin Gao, Sergienko R, Sestito SR, Geraisy N. Multiple forms of discrimination and postpartum depression among indigenous Palestinian-Arab, Jewish immigrants and non-immigrant Jewish mothers. *BMC Public Health* [Internet]. 27 desembre 2019 [citat 25 febrer 2024];19(1):1741. Disponible a: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8053-x>
99. Hoang TMH, Wong A. Exploring the Application of Intersectionality as a Path toward Equity in Perinatal Health: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 30 desembre 2022 [citat 25 febrer 2024];20(1):685. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9819722/>
100. Estriplet T, Morgan I, Davis K, Crear Perry J, Matthews K. Black Perinatal Mental Health: Prioritizing Maternal Mental Health to Optimize Infant Health and Wellness. *Front Psychiatry* [Internet]. 29 abril 2022 [citat 25 febrer 2024];13:807235. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9098970/>

101. Alghamdi NA, Dunn K, Cairns D, Melville C. Utilising quantitative methods to study the intersectionality of multiple social disadvantages in women with common mental disorders: a systematic review. *Int J Equity Health* [Internet]. 18 desembre 2023 [citat 25 març 2024];22:264. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10729432/>
102. Higginbottom GM, Evans C, Morgan M, Bharj KK, Eldridge J, Hussain B, et al. Background. En: *Access to and interventions to improve maternity care services for immigrant women: a narrative synthesis systematic review* [Internet]. NIHR Journals Library; 2020 [citat 25 març 2024]. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555154/>
103. Kozhimannil KB, Trinacty CM, Busch AB, Huskamp HA, Adams AS. Racial and Ethnic Disparities in Postpartum Depression Care Among Low-Income Women. *Psychiatr Serv Wash DC* [Internet]. juny 2011 [citat 25 febrer 2024];62(6):619-25. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3733216/>
104. Stuber J, Meyer I, Link B. Stigma, prejudice, discrimination and health. *Soc Sci Med* 1982 [Internet]. agost 2008 [citat 25 març 2024];67(3):351. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4006697/>
105. Vohra-Gupta S, Petruzzi L, Jones C, Cubbin C. An Intersectional Approach to Understanding Barriers to Healthcare for Women. *J Community Health* [Internet]. 2023 [citat 25 març 2024];48(1):89-98. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9589537/>
106. Ghasemi E, Majdzadeh R, Rajabi F, Vedadhir A, Negarandeh R, Jamshidi E, et al. "Applying Intersectionality in designing and implementing health interventions: a scoping review". *BMC Public Health* [Internet]. 16 juliol 2021 [citat 25 febrer 2024];21:1407. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8283959/>
107. UNDP [Internet]. [citat 15 maig 2024]. Sustainable Development Goals. Disponible a: <https://www.undp.org/sustainable-development-goals>

108. Instituto de Estadística de Catalunya. Idescat. Estadística de nacimientos. Parts segons l'edat de la mare, tipus de part i maturitat. Catalunya [Internet]. 2022 [citat 18 abril 2024]. Disponible a: <https://www.idescat.cat/pub/?id=naix&n=5121&lang=es#Plegable=geo>
109. Instituto de estadística de Catalunya. Idescat. Índex socioeconòmic territorial. Catalunya [Internet]. 2023 [citat 6 maig 2024]. Disponible a: <https://www.idescat.cat/pub/?id=ist>
110. Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, Lucas-Carrasco R, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. Rev Médica Chile [Internet]. maig 2011 [citat 6 maig 2024];139(5):579-86. Disponible a: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872011000500003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
111. The World Health Organization. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996 [Internet]. 2012 [citat 20 abril 2024]. Disponible a: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHOQOL-BREF>
112. González-de la Torre H, González-Artero PN, Muñoz de León-Ortega D, Lancha-de la Cruz MR, Verdú-Soriano J. Cultural Adaptation, Validation and Evaluation of the Psychometric Properties of an Obstetric Violence Scale in the Spanish Context. Nurs Rep [Internet]. 2023 [citat 8 maig 2024];13(4):1368-87. Disponible a: <https://www.mdpi.com/2039-4403/13/4/115>
113. Amini P, Omani-Samani R, Sepidarkish M, Almasi-Hashiani A, Hosseini M, Maroufizadeh S. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF): a validation study in Iranian mothers. BMC Res Notes [Internet]. 23 setembre 2019 [citat 7 maig 2024];12:622. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6757403/>
114. Oliver-Roig A, d'Anglade-González ML, García-García B, Silva-Tubio JR, Richart-Martínez M, Dennis CL. The Spanish version of the Breastfeeding

- Self-Efficacy Scale-Short Form: Reliability and validity assessment. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 1 febrer 2012 [citad 7 maig 2024];49(2):169-73. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748911003282>
115. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 1983;24(4):385-96.
116. Chaaya M, Osman H, Naassan G, Mahfoud Z. Validation of the Arabic version of the Cohen Perceived Stress Scale (PSS-10) among pregnant and postpartum women. *BMC Psychiatry.* 15 desembre 2010;10:111.
117. Dr. Eduardo Remor. pss_14_europeanspanish_dr_remor_version_2_0.doc [Internet]. [citad 7 maig 2024]. Disponible a: https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.cmu.edu%2Fdietrich%2Fpsychology%2Fstress-immunity-disease-lab%2Fscales%2Fdoc%2Fpss_14_europeanspanish_dr_remor_version_2_0.doc&wdOrigin=BROWSELINK
118. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* setembre 2001;16(9):606-13.
119. Muñoz-Navarro R, Cano-Vindel A, Medrano LA, Schmitz F, Ruiz-Rodríguez P, Abellán-Maeso C, et al. Utility of the PHQ-9 to identify major depressive disorder in adult patients in Spanish primary care centres. *BMC Psychiatry* [Internet]. 9 agost 2017 [citad 12 maig 2024];17(1):291. Disponible a: <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1450-8>
120. Enrique Jadresic M. Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 1 novembre 2014 [citad 7 maig 2024];25(6):1019-28. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014706510>
121. BOE-A-2018-16673 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. [Internet]. 2018 [citad 9 maig 2024]. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>

122. Reglamento general de protección de datos [Internet]. 2016 [citad 7 maig 2024]. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2016-80807>
123. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. JAMA [Internet]. 2013 [citad 22 abril 2024];310(20):2191-4. Disponible a: <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
124. BOE-A-2002-22188 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Internet]. 2002 [citad 9 maig 2024]. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
125. El rigor en la investigación cualitativa. Aten Primaria [Internet]. 30 setembre 1999 [citad 15 maig 2024];24(5):295-300. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-rigor-investigacion-cualitativa-13354>
126. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. Acad Med J Assoc Am Med Coll. setembre 2014;89(9):1245-51.

3. OBJECTIUS

3.1. Objectiu general

Analitzar la interseccionalitat de les persones gestants en relació amb la seva salut mental i l'impacte en la qualitat de vida, considerant variables sociodemogràfiques i obstètriques, així com explorar les experiències, barreres i desafiaments en el seu procés de salut mental postpart.

3.2. Objectius específics

- Determinar la relació de la interseccionalitat de les persones gestants en la seva salut mental.
- Analitzar la relació entre les variables sociodemogràfiques i obstètriques i la salut mental de les persones gestants.
- Identificar la relació entre les variables sociodemogràfiques i obstètriques i la qualitat de vida de les persones gestants.
- Avaluar com la interseccionalitat i la salut mental de les persones gestants influeixen en la seva qualitat de vida.
- Explorar les experiències viscudes per les dones amb problemes de salut mental durant el postpart.
- Conèixer les barreres i desafiaments identificats per les persones gestants amb problemes de salut mental durant el postpart i com ha estat el seu procés per afrontar diferents contextos interseccionals.

4. MATERIAL I MÈTODES

4.1. Disseny

Es planteja un estudi multicèntric de metodologia mixta, combinant un estudi observacional i transversal, prospectiu i amb seguiment longitudinal utilitzant metodologia quantitativa, i un estudi qualitatiu amb anàlisi fenomenològic.

4.2. Àmbit d'estudi

Aquest estudi es durà a terme en 7 centres públics de la Regió Sanitària de Girona en l'àmbit de l'atenció obstètrica.

L'àmbit principal d'actuació seran els Serveis d'Obstetrícia dels hospitals públics de la província de Girona, és a dir; l'Hospital Santa Caterina, Hospital de Figueres, Hospital Josep Trueta, Hospital de Palamós, Hospital d'Olot i Comarcal

de la Garrotxa, Hospital de Calella i Hospital de Campdevàdol, centres de referència d'atenció a la dona en les fases de gestació, part i puerperi. Segons les últimes dades actualitzades sobre el nombre de dones que pareixen a Catalunya (2022) s'ha observat que era de 55.760 i de la província de Girona, segons dades del 2022, de 5.876 (108).

4.3. Població d'estudi

La població d'estudi seran totes persones gestants de la Regió Sanitària de Girona que han estat ateses durant el seu embaràs, part i postpart en els centres obstètrics participants a l'estudi. S'analitzarà detalladament la interseccionalitat d'aquesta població, considerant variables sociodemogràfiques i obstètriques que puguin influir en la seva salut mental i qualitat de vida. Aquest enfoc permetrà explorar les experiències, barreres i desafiaments en el seu procés de recuperació, tenint en compte la diversitat cultural i social.

4.4. Criteris d'inclusió i exclusió

A la Taula 1 es mostren els criteris d'inclusió i exclusió del projecte:

TAULA 1: Criteris d'inclusió i exclusió

Criteris Inclusió	Criteris Exclusió
<p><u>Fase Quantitativa</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Persones gestants que hagin finalitzat el seu embaràs des de les 25 SG fins a terme (37-42 SG). - Persones gestants que entenguin i parlin fluidament el català i/o el castellà. - Persones gestants majors de 18 anys. - Persones gestants que hagin signat el consentiment informat. <p><u>Fase Qualitativa</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestants que hagin participat en el fase quantitativa. - Gestants que hagin finalitzat el seguiment longitudinal. - Persones gestants que hagin signat el consentiment informat. 	<p><u>Fase Quantitativa i Qualitativa</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Persones gestants ateses durant algun moment de l'embaràs, part i postpart fora de la Regió Sanitària de Girona. - Persones gestants que hagin patit una pèrdua gestacional. - Persones gestants amb parts extramurs o parts d'atenció domiciliària. - Persones gestant que no desitgin participar en el projecte d'investigació. - Persones que no puguin proporcionar consentiment informat per participar en l'estudi sigui per comprensió cognitiva o per barrera idiomàtica.

4.5. Mostreig i mida de la mostra

Fase Quantitativa

Per l'estudi quantitatiu es realitzarà un mostreig consecutiu no probabilístic. Aquest procediment permetrà seleccionar participants que compleixin amb els criteris d'inclusió i exclusió establerts per assegurar la revelació i representativitat de la mostra. Per aquest estudi s'ha calculat una mida de la mostra de 341 persones gestants per estimar, amb un nivell de confiança del 95% i una precisió de +/-5 unitats percentuals, un percentatge poblacional que es preveu que sigui al voltant del 25%. En percentatge de reposicions necessària s'ha previst que serà del 20%.

Fase Qualitativa

Per l'estudi qualitatiu es seleccionarà una mostra entre 10 i 12 persones informants o fins assolir la saturació de les dades, que hagin acceptat participar en aquesta fase de l'estudi un cop finalitzada la fase quantitativa, amb la finalitat d'explorar en profunditat les experiències i percepcions relacionades amb la salut mental i la qualitat de vida durant el període perinatal en un context interseccional.

4.6. Variables

Fase Quantitativa

Variables sociodemogràfiques

Per conèixer i comprendre millor les característiques sociodemogràfiques de les gestants, s'estudiaran les següents variables (**Taula 2**):

TAULA 2: Variables sociodemogràfiques

Variable	Tipus de variable	Descripció	Valoració
Edat	Quantitativa discreta	Edat de la gestant	En anys
Sexe	Qualitativa nominal	Sexe biològic al néixer	Mascle, Femella o Intersexe
Nivell educatiu	Qualitativa ordinal	Nivell d'estudis finalitzat	Primaris, Secundaris, Superiors
Estat civil	Qualitativa nominal	Estat de convivència de les participants	En parella/Casada, Mare Soltera/Divorciada
Lloc de residència	Qualitativa nominal	Municipi on viu	Oberta
Índex Socioeconòmic Territorial (IST)	Quantitativa continua	Informació de situació laboral, nivell educatiu, immigració i renda de totes les persones que resideixen en cada unitat territorial	0-100
Origen	Qualitativa nominal	Lloc/nacionalitat de procedència	Oberta
Ètnia	Qualitativa nominal	Comunitat amb identitat cultural compartida	“Centre i nord europeu, Europa est, Mediterrani, Nord Africans, centre i sud africans, amerindis, Indus-asiàtics, orientals-asiàtics, nord americans”
Situació laboral	Qualitativa nominal multiresposta	Estat actual d'ocupació o activitat laboral	“Ocupació a temps complet, ocupació a temps parcial, aturat, en busca d'ocupació”
Idioma principal parlat a domicili	Qualitativa nominal	Llengua principal utilitzada en la comunicació a la llar	Oberta
Nivell de suport social	Qualitativa ordinal	Mesura de suport social disponible per la gestant	“Alt, mitjà o baix”
Dificultat per accedir als serveis de salut	Qualitativa nominal	Obstacles o barreres que impedeixen accedir als serveis de salut	“Transport, temps, discriminació, barrera cultural”

La variable “lloc de residència” (que es recollirà al qüestionari ad hoc), serveix per calcular l'IST, un índex socioeconòmic de Catalunya sintètic per petites àrees que resumeix en un únic valor diverses característiques socioeconòmiques de la

població. L'índex concentra la informació de situació laboral, nivell educatiu, immigració i renda de totes les persones que resideixen en cada unitat territorial, a partir de 6 indicadors sectorials (109).

Variables de Salut Mental

Per comprendre millor i estudiar la salut mental de les gestants, s'analitzaran les següents variables (**Taula 3**):

TAULA 3: Variables de Salut Mental

Variable	Tipus de variable	Descripció	Valoració
Trastorn de salut mental actual	Qualitativa nominal multiresposta	Presència o absència d'antecedents de salut mental en el moment actual	"Depressió Major, Ansietat, Trastorns d'alimentació, Trastorn d'estrès post-traumàtic, Psicosis"
Antecedents de salut mental resolts	Qualitativa nominal multiresposta	Antecedents de salut mental previs, que ja s'han resolt	"Depressió Major, Ansietat, Trastorns d'alimentació, Trastorn d'estrès post-traumàtic, Psicosis"
Antecedents de consum de tòxics	Qualitativa nominal multiresposta	Antecedents de consum de tòxics	"Tabac, alcohol, cànnabis, cocaïna, heroïna"
Consum de tòxics actual	Qualitativa nominal multiresposta	Presència o absència de consum de tòxics actual	"Tabac, alcohol, cànnabis, cocaïna, heroïna"
Antecedents passat i actuals de violència masclista (VM)	Qualitativa nominal multiresposta	Presència o absència, passat i/o actual de VM	"VM física, VM psicològica, VM sexual, Ciberassetjament"
Fets traumàtics viscuts recentment que puguin afectar l'estat de la gestant	Qualitativa nominal multiresposta	Fets traumàtics recents que hagi patit la persona	"Víctima de violència masclista, estar en situació il·legal, víctima de violència obstètrica, refugiats de guerra"

Variabls d'interseccionalitat

Per explorar les interseccions en l'àmbit de les afectacions de la salut mental, s'ha elaborat una variable que engloba diferents factors relacionats amb la interseccionalitat (**Taula 4**):

TAULA 4: Variables d'interseccionalitat

Variable	Tipus de variable	Descripció	Valoració
Orientació sexual	Qualitativa nominal multiresposta	Atracció emocional, romàntica, sexual o afectiva que la persona sent cap als altres.	"Heterosexual, lesbiana, gay, bisexual, asexual"
Experiència de discriminació degut a la pròpia identitat (orientació sexual, origen, etc.)	Qualitativa nominal	Situacions en que la persona ha estat tractada de manera injusta o desigual degut a l'orientació sexual, a la identitat de gènere, origen, etc.	"Orientació sexual, Origen ètnic/cultural, Gènere"
Nivell de comprensió durant les visites de l'embaràs i/o després	Qualitativa ordinal	Indica el grau en que la persona compren la informació proporcionada durant les visites	"Alt, mitjà o baix"
Situació migratòria	Qualitativa nominal	Estatus migratori de la persona el qual pot impactar els seus drets legals i accés als serveis	"Migrant, refugiat, sol·licitant d'asil, immigrant irregular, resident regular, estatus migratori temporal"
Nivell de suport familiar	Qualitativa ordinal	Nivell de suport familiar que rep la persona	"Alt, mitjà o baix"

Variables obstètriques

Per una comprensió més profunda dels aspectes obstètrics relacionats amb els problemes de salut mental, s'analitzaran les següents variables obstètriques (**Taula 5**):

TAULA 5: Variables obstètriques

Variable	Tipus de variable	Descripció	Valoració
Tipus de part	Qualitativa nominal	Via de part	Vaginal, instrumental, cesària
Tipus d'inici de part	Qualitativa nominal	Inici de part	Espontani, Inducció o Cesària Programada
Paritat	Qualitativa nominal	Número d'embarassos	Primípara, Secundípara, Multípara
Episiotomia	Qualitativa nominal	Si durant el part s'ha realitzat o no episiotomia	Sí/No
Analgèsia epidural	Qualitativa nominal	Si s'ha utilitzat analgèsia epidural o no	Sí/No
Presentació d'un pla de part	Qualitativa nominal	Presentació d'un pla de part abans del part	Sí/No
Compliment del pla de part	Qualitativa nominal	Si s'ha complert o no el pla de part	Sí/No
Edat gestacional en el moment del part	Quantitativa contínua	Edat del fetus en setmanes al moment del part	Oberta
Pes del nadó al néixer	Quantitativa contínua	El pes del nounat al néixer en grams	Oberta
Data del part	Quantitativa contínua	Dia en el que la persona ha donat a llum	Oberta
Complicacions durant l'embaràs o el part	Qualitativa nominal	Presència o absència de complicacions mèdiques durant l'embaràs o el part	Sí/No

Variable	Tipus de variable	Descripció	Valoració
Tipus de Complicacions durant l'embaràs o el part	Qualitativa nominal	Esdeveniments mèdics adversos que poden haver ocorregut durant l'embaràs o el part, tant complicacions de salut materna com fetal.	Pre-Eclàmpsia, Placenta prèvia, Macrosomia, Cesària emergent, Infecció, Part prematur
Número de controls prenatals	Quantitativa discreta	Quantitat de consultes mèdiques prenatales realitzades durant l'embaràs	Oberta
Ús de medicaments durant l'embaràs	Qualitativa nominal	Si la persona gestant ha pres medicaments durant l'embaràs	Sí/No + Oberta
Situacions de possible violència obstètrica (VO)	Qualitativa nominal	Maltracta físic o psicològic durant l'embaràs, part o postpart (Escala de VO)	14 preguntes, escala Likert 1-5
Estat de salut del nounat	Qualitativa nominal multiresposta	Estat de salut del nounat	Bon estat, Ingrés UCIN, Baix pes, Infeccions, Final de vida
Valoració de l'al·letament matern	Qualitativa ordinal	Confiança d'una mare en la seva capacitat para al·letar al seu recent nascut	Escala BSES-SF (versió espanya)
Experiència de cuidats postpart del nadó	Qualitativa nominal	Si ha tingut experiència en els cuidats postpart del nadó	Sí/No
Història d'avortaments espontanis	Quantitativa discreta	Si ha tingut avortaments espontanis	Oberta

Variables relacionades amb la qualitat de vida

Per aprofundir en la qualitat de vida d'aquestes gestants, s'analitzaran les següents variables de la Taula 6, extretes dels ítems de l'escala WHOQOL-BREF (**Annex I**), els quals he categoritzat per temes:

TAULA 6: Variables relacionades amb la qualitat de vida

Variable	Tipus de variable	Descripció	Valoració
Qualitat de vida general	Qualitativa ordinal	Percepció de benestar i satisfacció en diferents aspectes de la vida de la persona	Escala de l'1 al 5
Salut i limitacions	Qualitativa ordinal	Avaluació de la salut física de la persona i la presència de limitacions en les activitats diàries degut a problemes de salut.	Escala de l'1 al 5
Benestar emocional i sentit de la vida	Qualitativa ordinal	Avaluació d'aspectes emocionals de la gestant com la felicitat i la satisfacció, significat de la vida, etc.	Escala de l'1 al 5
Energia i recursos econòmics	Qualitativa ordinal	Quantitat d'energia i vitalitat que experimenta la persona, així com l'avaluació dels seus recursos econòmics i la capacitat per satisfer les necessitats bàsiques	Escala de l'1 al 5
Funcionament diari i relacions	Qualitativa ordinal	Avalua la capacitat que té la persona per portar a terme les seves activitats diàries de manera efectiva, així com la qualitat de les seves relacions interpersonals	Escala de l'1 al 5
Salut mental i benestar emocional	Qualitativa ordinal	Avaluació de la salut mental de la gestant, com l'autoestima, l'estrès, la tristesa, etc.	Escala de l'1 al 5

Fase Qualitativa

A la taula 7 es mostren variables, dividides en subgrups, que s'estudiaran en la fase qualitativa a través d'una entrevista en profunditat mitjançant un guió semiestructurat elaborat per la investigadora principal (**Annex II**):

TAULA 7: Variables Fase Qualitativa

EXPERIÈNCIA EMOCIONAL POSTPART

- Experiència emocional després del part
- Canvis emocionals després del part
- Aprenentatges emocionals sobre la maternitat
- Procés d'adaptació emocional postpart
- Canvis d'estat d'ànim des del naixement del nadó

SUPORT EMOCIONAL I PROFESSIONAL

- Suport emocional rebut en el postpart
- Necessitat d'ajuda professional postpart
- Barreres en la recerca d'ajuda de salut mental postpart
- Estratègies per afrontar els desafiaments postpart

IDENTITAT I BENESTAR EMOCIONAL

- Diagnòstic d'alguna afecció de salut mental postpart
- Aspectes d'identitat que han tingut impacte en el benestar emocional postpart
- Discriminació per la orientació sexual durant la maternitat
- Diferències en el suport rebut degut a factors d'identitat personals
- Influència d'identitat cultural/ètnica en l'experiència de salut mental postpart
- Factors que influeixen en el benestar mental com a mare recent

ENTORN, QUALITAT DE VIDA I FACTORS SOCIOECONÒMICS

- Impacte de la maternitat en la qualitat de vida
- Contribució de l'entorn familiar en la salut mental postpart
- Influència de l'entorn laboral i educatiu com a mare recent
- Impacte de la situació socioeconòmica en el benestar emocional postpart

4.7. Instruments

Fase Quantitativa

En aquest apartat es detallen els qüestionaris utilitzats per la recopilació de dades. Per a aquest estudi s'han desenvolupat set qüestionaris diferents en la fase quantitativa (***Annex I, Annex III-Annex VIII***), cada un dissenyat per mesurar variables específiques relacionades amb el projecte.

Dels set qüestionaris utilitzats, dos han estat elaborats per la investigadora principal, prenent en consideració les necessitats i objectius de la investigació. Aquests qüestionaris han estat dissenyats de manera curosa per assegurar la

validesa i fiabilitat de les dades recopilades. Els altres qüestionaris són escales validades i publicades per altres autors. S'han seleccionat aquests qüestionaris per la seva rellevància i utilitat en el mesurament d'algunes de les variables d'interès en l'estudi. Tots els qüestionaris són pseudo-anonimitzats, alguns auto-administrables i d'altres no, garantint la confidencialitat i anonimització dels participants i facilitant la recopilació de dades de manera eficient. Mitjançant aquesta secció, es descriuen en detall els aspectes clau de cada qüestionari.

Qüestionari Ad hoc de dades sociodemogràfiques, obstètriques d'interseccionalitat i salut mental

En el marc de la investigació sobre la interseccionalitat de les persones gestants en relació a la salut mental, s'ha dissenyat un qüestionari Ad hoc (**Annex III**) autoadministrat d'elaboració pròpia per estudiar les variables sociodemogràfiques, obstètriques, d'interseccionalitat i de salut mental com a part dels instruments utilitzats per la recopilació de dades. Aquest qüestionari consta de 29 ítems que aborden aspectes fonamentals, on s'avaluaran amb respostes de si/no, resposta oberta, multiresposta o amb altres qüestionaris. Aquestes preguntes han estat curosament seleccionades per obtenir informació detallada i precisa que permeti analitzar de manera integral la interacció de diferents factors en l'experiència d'aquestes dones amb possible alteració de salut mental.

Graella d'antecedents obstètrics

Per l'estudi de variable obstètriques s'ha elaborat una graella de recollida de dades (**Annex IV**) sobre diferents aspectes relacionats amb l'embaràs, part i postpart de les persones gestants participants. Mitjançant l'avaluació de 9 ítems curosament seleccionats, es busca obtenir un panorama complert i enriquidor de dades obstètriques de les participants. Aquesta graella serà complimentada pels investigadors col·laboradors de cada centre.

Escala de qualitat de vida WHOQOL-BREF

També s'ha utilitzat l'escala de qualitat de vida WHOQOL-BREF (**Annex I**), una eina que té com a objectiu fonamental avaluar de manera holística l'impacte de les afeccions de la salut mental, així com trastorns mentals en la qualitat de vida

de les gestants. Aquesta eina, desenvolupada per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) l'any 1996, ha estat àmpliament utilitzada en investigacions en tot el món, la seva validesa i confiabilitat han estat demostrats en nombrosos estudis al llarg dels anys. En un estudi realitzat a Xile amb 1.520 participants per validar l'escala WHOQOL-BREF es va demostrar un índex alfa de Cronbach de 0,88. (110,111). Aquesta versió abreviada consta de 26 ítems que aborden quatre dominis principals: físic, psicològic, relacions socials i medi ambient. Cada ítem de l'escala s'avalua en una escala de Likert de l'1 al 5, on els participants indiquen la seva percepció o satisfacció en relació a cada aspecte de la seva qualitat de vida. La puntuació obtinguda en cada domini i en el total de l'escala permeten una avaluació detallada de la qualitat de vida de les persones. Cada domini s'avalua de forma independent, quan major sigui la puntuació en cada domini, millor és el perfil de qualitat de vida de la persona avaluada.

Escala de VO

Per tal de valorar la variable de violència obstètrica s'utilitzarà l'Escala de Violència Obstètrica (**Annex V**) validada per estudi realitzat a Xile, a la regió de Valparaíso. En aquest estudi es va utilitzar 367 dones on es va demostrar una fiabilitat d'aquesta escala a través de mesures d'alfa= 0,86 i omega= 0,86 (indicadors de consistència interna), el que significa que és un instrument fiable per detectar la violència obstètrica en persones en l'etapa del puerperi. L'escala final consta de 14 ítems en format Likert amb cinc opcions de resposta que va des de 1= "no descriu per res el que m'ha passat", fins 5= "definitivament això em va passar". Tal com es diu a l'evidència científica una puntuació de 5 es considera que la persona ha viscut violència obstètrica (112).

Escala BSES-SF:

Una de les variables interessant per aquest estudi és la valoració de la l'alletament matern per part de la mare. Per tant, s'ha utilitzat l'escala BSES-SF (*The Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form*) (**Annex VI**), un instrument desenvolupat per Dennis i Faux l'any 1999 per avaluar la confiança de la l'alletament matern (113). Aquest és un instrument unidimensional autoadministrable de 14 ítems desenvolupat per mesurar la confiança de la mare en la seva capacitat per alletar. Tots els ítems es presenten positivament i

s'ancoren amb una escala tipus Likert de 5 punts, on 1 indica "res confiat" i 5 indica "sempre segur". Les puntuacions més altes indiquen nivells més alts d'autoeficàcia en l'al·letament matern. S'utilitzarà aquesta escala validada en versió espanyola. Segons un estudi realitzat a Orihuela, Espanya, es van reclutar a 135 dones lactants on el coeficient alfa de Cronbach per la consistència interna va ser de 0,92, el que demostra una bona fiabilitat de l'escala. A més, els resultats d'aquest estudi indiquen que la traducció a l'espanyol del BSES-SF pot considerar-se una mesura vàlida i fiable de l'autoeficàcia en la al·letament matern a Espanya (114).

Escala PSS-10 (Estrès)

L'escala PSS-10, coneguda com a Escala d'Estrès Percebut de Cohen (**Annex VII**), va ser validada l'any 1983 per Sheldon Cohen, Tom Kamarck i Robin Mermelstein. Es van determinar les validacions concurrents i predictives a més de les fiabilitats internes i test-retest de l'escala utilitzant les puntuacions de 446 estudiants de pregrau que participaven en un programa de cessació tabàquica. Aquest estudi va indicar una adequada fiabilitat i validesa, amb un coeficient alfa de Cronbach de 0,85 (115). Hi ha un altre estudi que es va realitzar per avaluar la validesa de la traducció al àrab de l'escala PSS-10 en dones embarassades i en el període del puerperi. Es va reclutar a 268 dones, on l'alfa de Cronbach, va ser de 0,74 (116). L'escala PSS-10 és la versió reduïda de l'escala PSS-14, que és de 14 ítems. El que s'utilitza per l'estudi es un qüestionari auto-administrable de 10 ítems (on els ítems 4, 5, 12 i 13 de la versió completa no hi són), amb un format de resposta Likert que va del 0 al 4 (on 0= "mai" i 4= "molt sovint"). La puntuació total de PSS-10 s'obté invertint les puntuacions dels ítems 4,5,6 i 7 (en el sentit següent: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 i 4=0) i sumant tots els 10 ítems. Per tant, a més puntuació, major nivell d'estrès percebut (117).

Escala PHQ-9

Un altre instrument utilitzat en aquest estudi és el qüestionari PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire-9*) (**Annex VIII**) de Kroenke et al. Aquesta eina avalua els símptomes depressius que ha tingut la persona en les últimes dues setmanes. Aquesta eina ha estat validada en un estudi de 6.000 persones. Va donar una especificitat del 88% i una sensibilitat del 88% (118). Aquest instrument consta

de 9 ítems que avalua cada un dels 9 símptomes específics del Trastorn Depressiu Major, basat en els criteris del DSM-IV. Aquests ítems s'avaluen en una escala de Likert de quatre punts que van del 0 ("mai") al 3 ("quasi tots els dies"). Molts estudis coincideixen que el punt de tall recomanat per estar en risc de trastorn depressiu major és de 10 punts (119).

Fase Qualitativa

Guió semiestructurat per l'entrevista

L'instrument que s'utilitzarà per la fase qualitativa és un guió semiestructurat de 19 preguntes (**Annex II**) de resposta oberta. Aquesta eina ha estat elaborada per la investigadora principal de l'estudi.

4.8. Procediment de recollida de dades i pla de protecció de dades

4.8.1. Procediment de recollida de dades

Primerament es demanarà la conformitat als centres participants (**Annex IX**) i un cop obtinguda es presentarà el projecte als 2 Comitès d'ètica i Bioseguretat dels centres participants per a la seva aprovació (**Annex X-XII**). Un cop obtinguda l'aprovació es contactarà amb les llevadores i altres especialistes en obstetrícia dels set hospitals participants per sol·licitar la seva participació activa en la investigació i resoldre qualsevol dubte que puguin tenir.

Fase Quantitativa

El procediment de recollida de dades de la fase quantitativa es segmentarà en cinc etapes:

1. **Reclutament**: Aquesta primera etapa es portarà a terme a la consulta de la llevadora, a la visita de les 28 setmanes en els hospitals participants. Es portarà a terme un mostreig consecutiu no probabilístic per seleccionar als participants que compleixin els criteris d'inclusió i exclusió establerts fins a assolir una mostra de 341 persones gestants. En aquest mostreig, els participants seran els que acceptin formar part de l'estudi, mentre que les gestants que decideixin no formar-hi part seran considerades com no participants, el que permetrà calcular la taxa de no participants. Cada persona participant a l'estudi rebrà un codi aleatori de participant amb la finalitat de pseudo-anonimitzar les dades i poder garantir el seguiment longitudinal. Cada investigador col·laborador de centre

disposarà d'un disc dur extern encriptat per poder guardar el llistat de participants pseudoanonimitzats, així com les dades recollides de la graella de variables obstètriques (**Annex IV**). En aquesta primera visita és on s'entregarà el FI (**Annex XIII**) i el CI (**Annex XIV**) a les gestants que vulguin participar, on seran lliures de decidir si el volen signar o no. En aquesta mateixa visita es procedirà a la primera mostra de recollida de dades, on se'ls proporcionarà l'escala WHOQOL-BREF (**Annex I**) de qualitat de vida, l'escala PSS-10 (**Annex VII**) per avaluar el nivell d'estrès i el qüestionari PHQ-9 (**Annex VIII**) de simptomatologia depressiva.

2. Postpart Immediat: A les 48h postpart, a l'alta hospitalària. En aquest punt, la dona respondrà el qüestionari Ad hoc (**Annex III**) que aborda variables sociodemogràfiques, obstètriques, d'interseccionalitat i de Salut Mental, l'escala BSES-SF (**Annex VI**) centrat en la confiança i percepció de l'al·letament matern. Es sol·licitarà a les participants que novament omplin l'escala WHOQOL-BREF (**Annex I**) de qualitat de vida i l'escala d'estrès PSS-10 (**Annex VII**). D'un altre banda, els professionals col·laboradors de cada centre, també participaran en aquesta segona etapa, responnent la graella que aborda les variables obstètriques més específiques (**Annex IV**).
3. Segon mes postpart: Al voltant del segon mes postpart, es contactarà amb els participants mitjançant el número de telèfon proporcionat en el CI (**Annex XIV**). En aquest punt, les mares completaran novament l'escala WHOQOL-BREF (**Annex I**), l'escala d'estrès PSS-10 (**Annex VII**), i l'escala BSES-SF (**Annex VI**) de l'al·letament matern. Se'ls demanarà que també contestin l'escala de VO (**Annex V**) i finalment el qüestionari PHQ-9 (**Annex VIII**) de símptomes depressius. S'informarà a tots els participants que cada cop que contestin alguna escala o qüestionari, serà important i necessari que estiguin en un lloc tranquil i sense distraccions.
4. Sisè mes postpart: La següent recollida de dades serà aproximadament al sisè mes després del part. Es contactarà de nou amb els participants per via telefònica on completaran novament l'escala WHOQOL-BREF (**Annex I**) de qualitat de vida i l'escala d'estrès PSS-10 (**Annex VII**). Aquests instruments permetran avaluar la percepció de la qualitat de vida i els nivells d'estrès dels participants en aquest punt crucial del postpart.

5. Novè mes postpart: Al novè mes després del part, es reprendrà el contacte amb els participants per avaluar la qualitat de vida a través de l'escala WHOQOL-BREF (**Annex I**) i els símptomes depressiu a través del qüestionari PHQ-9 (**Annex VIII**) ja que, segons l'evidència científica, diferents problemes de salut mental com la DPP poden manifestar-se fins al novè mes postpart (9,120). En aquest moment del postpart es busca capturar possibles canvis significatius en la salut mental materna, proporcionant així una perspectiva més completa i profunda sobre els desafiaments i les necessitats d'aquestes persones en la seva transició a la maternitat.

Els procediments de recollida de dades de la fase quantitativa es pot consultar resumit a la taula següent (**Taula 8**):

TAULA 8: Mesures i recollida de dades

	FASE QUANTITATIVA				
	Mesura 1	Mesura 2	Mesura 3	Mesura 4	Mesura 5
	28sg	48h postpart	2 mesos postpart	6 mesos postpart	9 mesos postpart
Entrega FI	X				
Signatura CI	X				
Escala WHOQOL- BREF	X	X	X	X	X
Escala PSS-10	X	X	X	X	
Qüestionari PHQ-9	X		X		X
Qüestionari Ad hoc		X			
Escala BSES-SF		X	X		
Graella de variables obstètriques		X			
Escala VO			X		

Fase Qualitativa

La recollida de dades per la fase qualitativa es realitzarà durant l'últim contacte amb les participants en la fase quantitativa, és a dir, en el novè mes postpart.

Durant aquest contacte, se'ls preguntarà si desitgen participar en una entrevista addicional relacionada amb la seva experiència postpart. Es realitzarà un reclutament per quotes, assegurant que hi ha perfils de totes les ètnies i diferents cultures, així com perfils de gènere diferents, assegurant la representació de totes les minories que podrien patir interseccionalitat. Aquesta entrevista qualitativa elaborada a partir d'un guió semiestructurat (**Annex II**), serà contestada per un grup més reduït de participants, entre 10 i 12 mares o fins arribar a una saturació de dades.

4.8.2. Pla de protecció de dades

El pla de protecció de dades d'aquest estudi, és basat en els principis de confidencialitat, anonimat i seguretat de la informació, en compliment amb la Llei Orgànica de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals 3/2018 (121), el Reglament General de Protecció de Dades (RGPD) de la Unió Europea (122) i la declaració de Helsinki (124). Per un altre part, s'ha donat el compliment a la Llei 41/2002 bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica (124). Per garantir l'anonimat i confidencialitat de les dades recopilades, s'assignarà a cada participant un codi únic per ser utilitzat en lloc de les seves dades personals. Totes les escales, qüestionaris i entrevistes que es realitzin, seran emmagatzemades de manera segura i només tindrà accés a elles els membres autoritzats de l'equip d'investigació.

Pel que fa a l'anonimat, s'ometrà totes les dades personals identificables als informes i presentacions de l'estudi, i la pseudoanonimització es realitzarà abans de la recollida de dades, on un equip de col·laboradors recullirà les dades i un equip d'investigadors que les analitzarà per separat. A més, es sol·licitarà el consentiment informat a tots els participants abans de començar qualsevol etapa de l'estudi.

4.9. Aspectes ètics

Per garantir la ètica de la investigació, s'ha presentat el projecte al Comitè d'Ètica i Investigació Mèdica (CEIm) dels hospitals participants. En aquest estudi d'investigació s'ha aplicat un estricte marc ètic que compleix amb els principis fonamentals establerts en la Declaració de Helsinki (123). Al llarg de tot el procés

es prioritzarà el respecte a la dignitat i els drets dels participants, assegurant que cada un d'ells firmi el seu consentiment informat (**Annex XIV**) de manera voluntària i amb plena comprensió dels riscos i beneficis implicats en la seva participació en l'estudi, a partir del full informatiu (**Annex XIII**) que se'ls proporcionarà. Aquest compromís ètic ha estat central en aquest projecte, assegurant la integritat i legitimitat de tots els processos portats a terme, i demostrant un profund respecte per l'autonomia i la integritat dels participants de l'estudi.

4.10. Anàlisi de dades

Fase Quantitativa

En l'estudi quantitatiu, les dades recopilades s'analitzaran utilitzant el programa estadístic SPSS. Es portarà a terme un anàlisi descriptiu de les variables, incloent mesures de tendència central i dispersió, així com gràfics que ajudin a visualitzar la distribució de les dades, tenint en compte la diversitat de la mostra. Així mateix, es realitzarà un anàlisi de correlació i regressió per investigar possibles relacions significatives i factors predictius de la salut mental postpart, considerant la interseccionalitat com una d'elles. També s'analitzarà proves estadístiques com el test t de Student o ANOVA per identificar possibles diferències entre diferents subgrups de la mostra.

Fase Qualitativa

Per l'estudi qualitatiu, les dades recopilades s'analitzaran de manera interpretativa i profunda, tenint en compte la interseccionalitat de les identitats i circumstàncies de les persones. L'anàlisi temàtic s'analitzarà considerant com els diferents aspectes interseccionals, de salut mental i qualitat de vida, així com tots els qüestionaris emplenats durant les etapes de l'estudi, interactuen i es manifesten en les experiències postpart dels participants. S'utilitzarà un enfoc reflexiu i crític per explorar com aquestes interseccions d'identitat poden influir en la salut mental i el benestar de les persones en el període del puerperi. Es portarà a terme una codificació de dades, el que implicarà assignar codis a fragments de la informació rebuda de cada participant per identificar patrons i temes comuns, facilitant així la categorització i organització de les experiències i dades extretes de l'entrevista. A més, s'utilitzarà el model de triangulació per

contrastar les diferents perspectives i experiències dels participants, és a dir, es compararan les diferents perspectives i experiències dels participants de diferents fonts de dades o teories per validar les troballes.

Rigor metodològic

La credibilitat de l'estudi, que es refereix a la veracitat de les dades, es valida mitjançant la triangulació de les dades amb el diari de camp, l'observació i les entrevistes (125). La col·laboració de més d'un investigador en aquest projecte també redueix la possible subjectivitat de les dades. Quant a la transferibilitat, que implica el grau d'aplicació dels resultats en altres contextos, es garanteix a partir dels criteris d'inclusió escollits per a la mostra d'estudi i la definició del context en que s'aplica el projecte. Finalment, amb el diari de camp, els investigadors asseguraran la reflexivitat de l'estudi, registrant les decisions metodològiques preses durant la investigació i les raons darrere d'aquestes. Per a mantenir el rigor metodològic en aquest estudi qualitatiu, també es farà servir el qüestionari Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) (126).

5. FASES DEL PROJECTE I CRONOGRAMA

A la Figura 2 es troba la línia de programació temporal de les fases del projecte i a la Figura 3 es pot consultar el cronograma.

LÍNIA TEMPORAL

FASES DEL PROJECTE

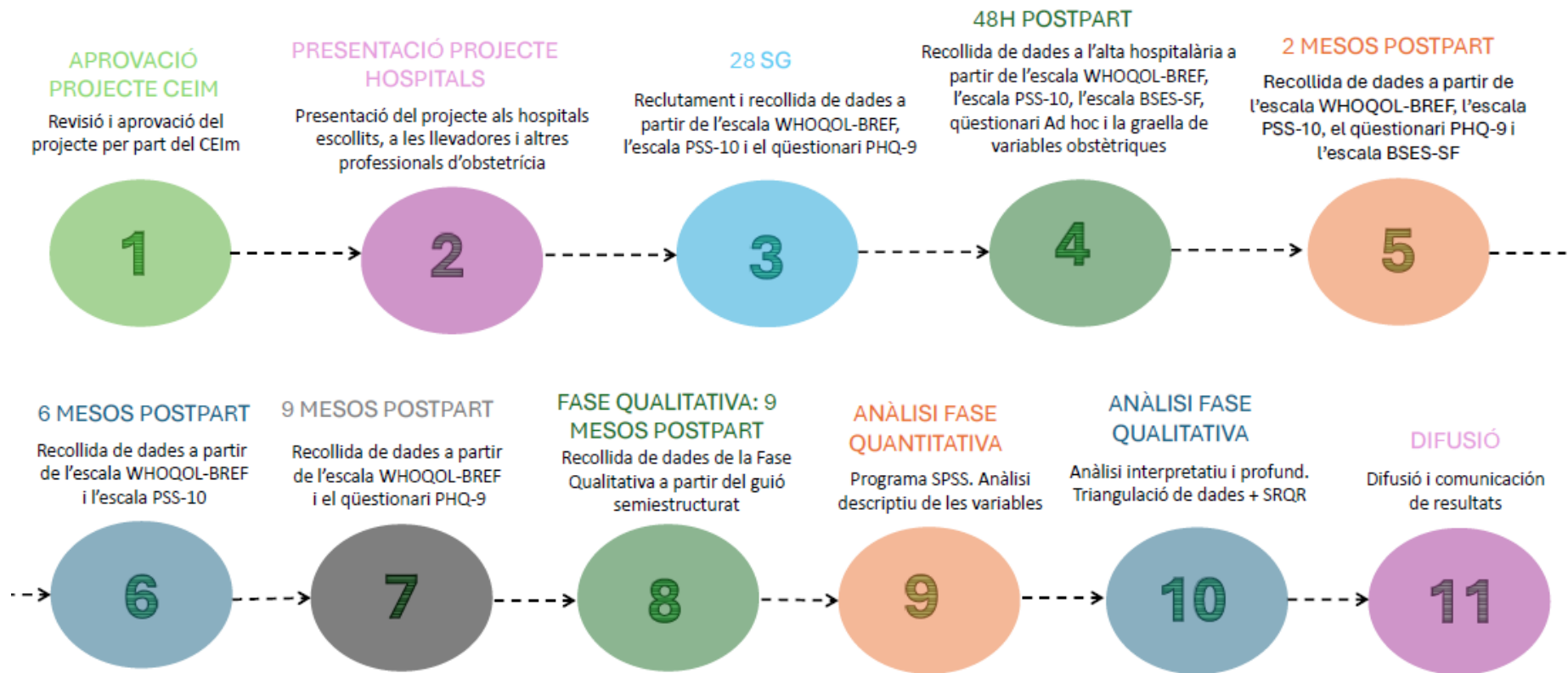


Figura 2. Línia temporal de les fases del projecte (elaboració pròpia)

Cronograma del projecte

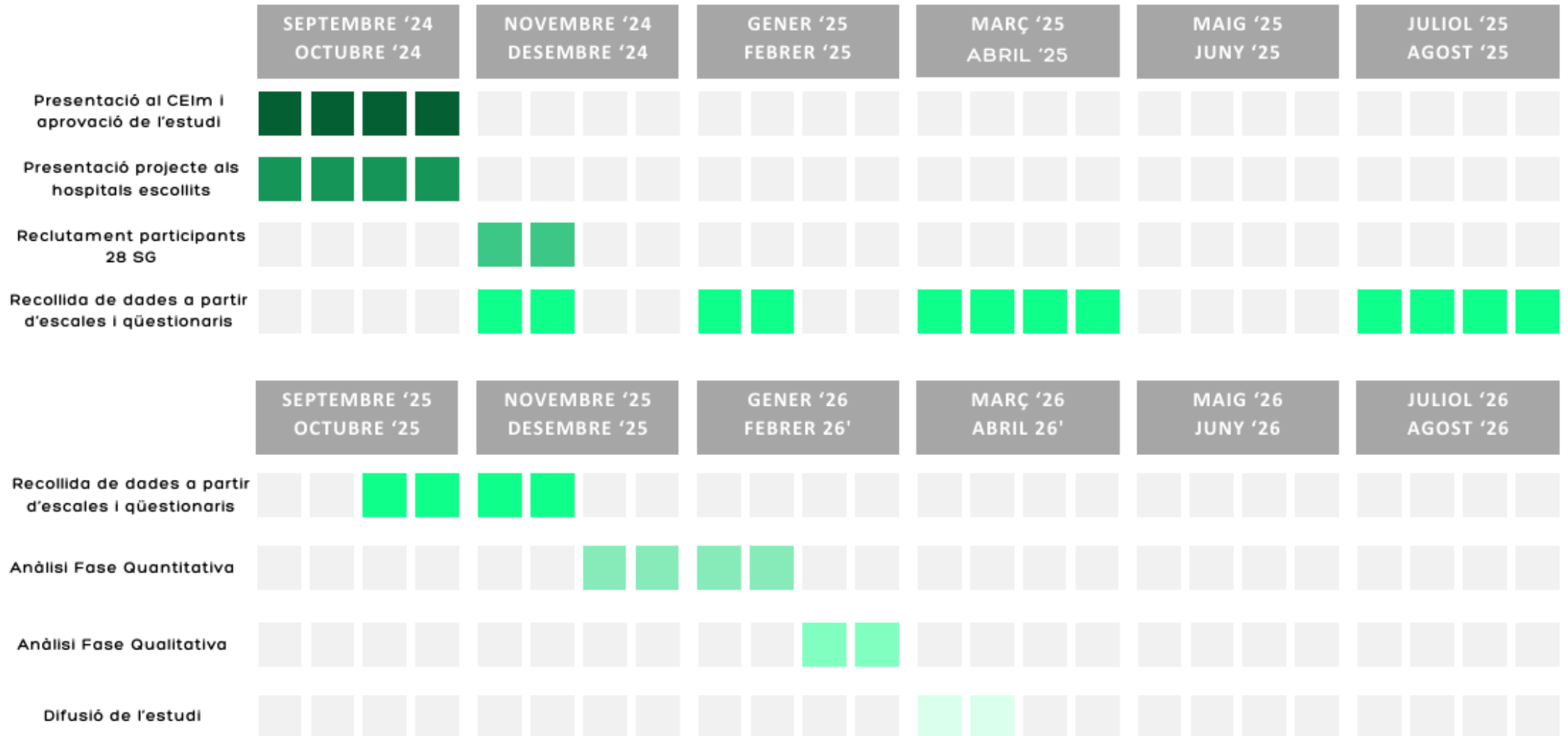


Figura 3. Cronograma del projecte (elaboració pròpia)

6. PRESSUPOST

En la següent taula es presenta el pressupost econòmic (**Taula 9**):

Taula 9: PRESSUPOST ECONÒMIC				
Despesa de recursos materials				
Concepte	Presentació	Quantitat	Preu/Unitat (€)	Total (€)
Fulls de paper Din A4	Paquet de 500 folis	2	4,25€	8,50€
Grapadora	Grapadora	1	9,90€	9,90€
Grapes	Caixa de 1000 grapes	2	1,90€/caixa	3,80€
Carpeta per les fotocòpies	Carpeta d'acordió	1	9,25€	9,25€
Despesa de recursos humans				
Concepte	Presentació	Quantitat	Preu/Unitat (€)	Total (€)
Ajudant	Ajudant de l'IP	2	30€/setmana 5 mesos	1.200€
Suport tècnic	Ajudant informàtic	1	100€/mes 5 mesos	500€
Despesa de recursos operatius				
Concepte	Presentació	Quantitat	Preu/Unitat (€)	Total (€)
Benzina	Combustible requerit	12 viatges (6 anada i 6 tornada)	1,53€/l 10Km/l 730 Km totals	111,69€
Fotocòpies dels documents	Folis	20x123= 2.460 còpies	0,03€	73,80€
Trucades telefòniques	Contracte telefònic	5 mesos	40€/mes	200€
Publicació del projecte	En format <i>Open Access</i>	1	1.400€	1.400€
Despesa de recursos informàtics				
Concepte	Presentació	Quantitat	Preu/Unitat (€)	Total (€)
Programa SPSS	Programa informàtic	1	Gratuït (licència estudiant)	0€
Programa ATLAS.ti	Programa informàtic	1	75€ (licència estudiant)	75€
TOTAL:				3591,94€

7. LIMITACIONS I APORTACIONS MÉS IMPORTANTS

7.1. Limitacions

- La complexitat del tema dels trastorns mentals postpart i la sensibilitat de les experiències compartides pels participants també poden plantejar desafiaments en termes de recopilació de dades. La reticència d'alguns participants a compartir obertament les seves experiències podria limitar la profunditat de la informació obtinguda.
- La presència de possibles variables no controlades o no considerades en l'estudi, podria afectar la interpretació dels resultats i limitar la capacitat d'establir relacions casuals entre les variables analitzades.
- Degut al disseny observacional i transversal els resultats no poden extrapolar-se a zones o poblacions amb característiques significativament diferents a la de la mostra d'estudi.
- L'absència de seguiment a llarg termini dels participants també constitueix una limitació d'aquest estudi si hi hagués moltes pèrdues.
- La majoria d'escala i qüestionaris utilitzats en aquest estudi són auto-administrables. Per tant, hi ha la possibilitat de que les persones no proporcionin respostes honestes i precises, l'anomenat biaix de desitjabilitat.
- Moltes de les escales que els participants hauran de respondre serà per via telefònica. Això fa que els participants puguin veure's influenciats per factors externs, el que podria afectar a l'autenticitat de les respostes.

7.2. Aplicabilitat i rellevància ètica

Les troballes d'aquest estudi oferiran a la infermeria una valuosa oportunitat per millorar l'atenció i el suport a les persones que enfronten problemes de salut mental postpart. A més, al considerar la interseccionalitat dels participants en relació a aquesta condició, es podrien dissenyar intervencions més efectives i centrades en les necessitats individuals de cada participant. En termes ètics, aquest enfoc interseccional reflexa un compromís en l'equitat, la justícia i el respecte a la dignitat de les persones. En conclusió, en aplicar les troballes, es millora la qualitat de vida dels participants en el postpart, demostrant compromís ètic en la pràctica infermera.

8. ANNEXOS

ANNEX I: ESCALA DE QUALITAT DE VIDA (WHOQOL-BREF) ESPANYOL (OMS 2012)

Agraeixo la seva participació en el meu estudi. A continuació es presenta un seguit de preguntes relacionades amb la qualitat de vida.

Si us plau, contesti totes les preguntes. Si no està segur de quina resposta donar a una pregunta, escolliu la que li sembli més apropiada. A vegades, aquesta pot ser la primera resposta que li vingui al cap. Tingui present el seu mode de vida, expectatives, plaers i preocupacions. Li demanem que pensi en la seva vida durant les **dues últimes setmanes**.

Lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un **círculo** en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

	Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1. ¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

	Muy insatisfecho	Un poco insatisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2. ¿Cómo de satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

	Nada	Un poco	Lo Normal	Bastante	Extremadamente
3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4. ¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5. ¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5

6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9. ¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
10. ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13. ¿Dispone de información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas ha estado satisfecho y cuánto, en varios aspectos de su vida

	Muy insatisfecho	Un poco insatisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16. ¿Cuánto de satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17. ¿Cómo de satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18. ¿Cómo de satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19. ¿Cómo de satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20. ¿Cómo de satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5

21. ¿Cómo de satisfecho está con su vida sexual??	1	2	3	4	5
22. ¿Cómo de satisfecho está con el apoyo que obtiene de tus amigos?	1	2	3	4	5
23. ¿Cómo de satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24. ¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25. ¿Cómo de satisfecho está con los Servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

	Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

ANNEX II: GUIÓ SEMIESTRUCTURAT DE L'ENTREVISTA

Variable Entrevistador	Pregunta Informant
EXPERIÈNCIA EMOCIONAL POSTPART	
Experiència emocional després del part	- Com descriuria la seva experiència emocional després del part?
Canvis emocionals després del part	- Ha experimentat canvis en el seu estat d'ànim des del naixement del nadó?
Aprenentatges emocionals sobre la maternitat	Quins aprenentatges emocionals ha adquirit sobre la maternitat des que va néixer el seu nadó?
Procés d'adaptació emocional postpart	Com descriuria el seu procés d'adaptació emocional des que va donar a llum fins al moment actual?
Canvis d'estat d'ànim des del naixement del nadó	Ha experimentat canvis significatius d'estat d'ànim des que va néixer el seu nadó?
SUPORT EMOCIONAL I PROFESSIONAL	
Suport emocional rebut en el postpart	Quin tipus de suport emocional ha rebut després del naixement del seu nadó?
Necessitat d'ajuda professional postpart	Ha sentit la necessitat de buscar ajuda professional per gestionar les emocions o situacions relacionades amb el postpart?
Barreres en la recerca d'ajuda de salut mental postpart	¿Ha enfrontat alguna barrera o dificultat en la cerca d'ajuda de salut mental després del part?
Estratègies per afrontar els desafiaments postpart	Quines estratègies ha utilitzat per afrontar els desafiaments emocionals o situacions que ha enfrontat després del naixement?
IDENTITAT I BENESTAR EMOCIONAL	
Diagnòstic d'alguna afecció de salut mental postpart	Ha rebut algun diagnòstic relacionat amb la seva salut mental des que va néixer el seu nadó?
Aspectes d'identitat que han tingut impacte en el benestar emocional postpart	Quins aspectes de la seva identitat han tingut un impacte en el seu benestar emocional després de naixement del nadó?
Discriminació per la orientació sexual durant la maternitat	Ha experimentat discriminació a causa de la seva orientació sexual durant la maternitat?

Diferències en el suport rebut degut a factors d'identitat personals	Ha percebut diferències en el suport rebut degut a factors d'identitat personals durant la maternitat?
Influència d'identitat cultural/ètnica en l'experiència de salut mental postpart	Com ha influït la seva identitat cultural o ètnica en la seva experiència de salut mental després del naixement del seu fill?
Factors que influeixin en el benestar mental com a mare recent	Quins factors creus que influeixen en el seu benestar mental com a mare recent?
ENTORN, QUALITAT DE VIDA I FACTORS SOCIOECONÒMICS	
Impacte de la maternitat en la qualitat de vida	Quin impacte ha tingut la maternitat en la seva qualitat de vida ?
Contribució de l'entorn familiar en la salut mental postpart	Com ha contribuït l'entorn familiar en la seva salut mental després del naixement del seu fill?
Influència de l'entorn laboral i educatiu com a mare recent	Quina influència ha tingut l'entorn laboral i educatiu en la seva experiència com a mare recent?
Impacte de la situació socioeconòmica en el benestar emocional postpart	Quin impacte ha tingut la seva situació socioeconòmica en el seu benestar emocional després del naixement del seu fill?

ANNEX III: QÜESTIONARI AD HOC (català i espanyol)

QÜESTIONARI AD HOC (català)

Gràcies per participar en aquest estudi. A continuació li demanaré que respongui algunes preguntes sobre el seu perfil sociodemogràfic, així com informació obstètrica, d'interseccionalitat i de salut mental. Aquesta informació ens ajudarà a comprendre millor el context en el que es troba i com influeix en els temes que estic investigant. Marqui amb una "X" la resposta més adequada al seu perfil i les preguntes de resposta oberta respongui el més breu i precís possible.

Es important que estigui en un lloc tranquil, sense distraccions. Es demana si us plau que respongui amb sinceritat i de la manera més precisa possible. Totes les respostes seran tractades de manera confidencial i anònima. No hi ha respostes correctes o incorrectes. Si en algun moment es sent incòmode amb alguna pregunta, pot ometre-la sense cap problema. La seva participació és voluntària i pot parar en qualsevol moment.

CODI CAS	
1. Quina és la seva edat?	
2. Quin és el seu sexe biològic?	Mascle <input type="checkbox"/> Femella <input type="checkbox"/> Intersexe <input type="checkbox"/>
3. Quin és el seu nivell educatiu més alt?	Primaris <input type="checkbox"/> Secundaris <input type="checkbox"/> Superiors <input type="checkbox"/>
4. Quin és el seu estat civil actual?	En parella <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/>
5. On resideix actualment (municipi)?	
6. Quin és el seu origen o país d'origen?	
7. Quina és la seva ètnia?	Centre i nord europeu <input type="checkbox"/> Mediterrani <input type="checkbox"/> Centre i sud africans <input type="checkbox"/> Amerindis <input type="checkbox"/> Nord americans <input type="checkbox"/>
	Europa est <input type="checkbox"/> Nord Africans <input type="checkbox"/> Indus-asiàtics <input type="checkbox"/> Orientals-asiàtics <input type="checkbox"/> Centre i sud americans <input type="checkbox"/>

8. Quina és la seva situació laboral actual?	Ocupació a temps complet <input type="checkbox"/>	Ocupació a temps parcial <input type="checkbox"/>	Aturat <input type="checkbox"/>	En busca d'ocupació <input type="checkbox"/>
9. Quin és l'idioma principal parlat en el seu domicili?				
10. Com classificaria el seu nivell de suport social?	Alt <input type="checkbox"/>	Mitjà <input type="checkbox"/>	Baix <input type="checkbox"/>	
11. Ha experimentat dificultats per accedir als serveis de salut en algun moment?	Transport <input type="checkbox"/>	Discriminació <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Temps <input type="checkbox"/>	Barrera cultural <input type="checkbox"/>		
12. Vostè, actualment, experimenta algun trastorn de salut mental?	Depressió Major <input type="checkbox"/>	Trastorn d'alimentació <input type="checkbox"/>	Psicòsis <input type="checkbox"/>	
	Ansietat <input type="checkbox"/>	Trastorn d'estrès post-traumàtic <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
13. Ha tingut antecedents de salut mental ja resoltos en l'actualitat?	Depressió Major <input type="checkbox"/>	Trastorn d'alimentació <input type="checkbox"/>	Psicòsis <input type="checkbox"/>	
	Ansietat <input type="checkbox"/>	Trastorn d'estrès post-traumàtic <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
14. Ha tingut antecedents de consum de tòxics?	Tabac <input type="checkbox"/>	Cànnabis <input type="checkbox"/>	Heroïna <input type="checkbox"/>	
	Alcohol <input type="checkbox"/>	Cocaïna <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
15. Vostè consum algun tipus de tòxics?	Tabac <input type="checkbox"/>	Cànnabis <input type="checkbox"/>	Heroïna <input type="checkbox"/>	
	Alcohol <input type="checkbox"/>	Cocaïna <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
16. Ha tingut antecedents passats de violència masclista (VM)?	VM física <input type="checkbox"/>	VM sexual <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	VM psicològica <input type="checkbox"/>	Ciberassetjament <input type="checkbox"/>		
17. Vostè presenta antecedents actuals de violència masclista (VM)?	VM física <input type="checkbox"/>	VM sexual <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	VM psicològica <input type="checkbox"/>	Ciberassetjament <input type="checkbox"/>		
18. Ha viscut fets traumàtics recents que puguin afectar el seu estat com a gestant?	Víctima de VM <input type="checkbox"/>	Refugiat de guerra <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Estar en situació il·legal <input type="checkbox"/>	Víctima violència obstètrica <input type="checkbox"/>		

19. Quina és la seva orientació sexual?	Heterosexual <input type="checkbox"/>	Gay <input type="checkbox"/>	Asexual <input type="checkbox"/>
	Lesbiana <input type="checkbox"/>	Bisexual <input type="checkbox"/>	
20. Ha tingut experiència de discriminació degut a la pròpia identitat?	Per l'origen ètnic/cultural <input type="checkbox"/>	Per l'orientació sexual <input type="checkbox"/>	Pel gènere <input type="checkbox"/>
			No <input type="checkbox"/>
21. Quin considera que ha estat el seu nivell de comprensió durant les visites de l'embaràs	Alt <input type="checkbox"/>	Mitjà <input type="checkbox"/>	Baix <input type="checkbox"/>
22. Quin considera que és el seu nivell de suport familiar?	Alt <input type="checkbox"/>	Mitjà <input type="checkbox"/>	Baix <input type="checkbox"/>
23. Vostè està o ha estat recentment en situació migratòria?	Migrant <input type="checkbox"/>	Sol·licitant d'asil <input type="checkbox"/>	Resident regular <input type="checkbox"/>
	Refugiat <input type="checkbox"/>	Immigrant <input type="checkbox"/>	Estatus migratori temporal <input type="checkbox"/>
24. Quin tipus de part ha tingut?	Vaginal <input type="checkbox"/>	Instrumental <input type="checkbox"/>	Cesària <input type="checkbox"/>
25. Li han administrat l'analgèsia epidural?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
26. Ha tingut oportunitat de presentar un pla de part?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
27. S'ha complert amb el pla de part presentat?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
28. Quina és la data del part?/...../.....		
29. Ha fet ús de medicaments durant l'embaràs?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
30. Vostè presenta experiència de cuidats postpart del nadó?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
31. Ha tingut avortaments espontanis?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

QÜESTIONARI AD HOC (espanyol)

Gracias por participar en este estudio. A continuación, le pediré que responda algunas preguntas sobre su perfil sociodemográfico, así como información obstétrica, de interseccionalidad y de salud mental. Esta información nos ayudará a comprender mejor el contexto en el que se encuentra y cómo influye en los temas que estoy investigando. Marque con una "X" la respuesta más adecuada a su perfil y responda las preguntas de respuesta abierta de la manera más breve y precisa posible.

Es importante que esté en un lugar tranquilo, sin distracciones. Se le pide por favor que responda con sinceridad y de la manera más precisa posible. Todas las respuestas serán tratadas de manera confidencial y anónima. No hay respuestas correctas o incorrectas. Si en algún momento se siente incomodo con alguna pregunta, puede omitirla sin ningún problema. Su participación es voluntaria y puede detenerse en cualquier momento.

CODIGO CASO			
1. ¿Cuál es su edad?			
2. ¿Cuál es su sexo biológico?	Macho <input type="checkbox"/>	Hembra <input type="checkbox"/>	Intersexo <input type="checkbox"/>
3. ¿Cuál es su nivel educativo más alto?	Primarios <input type="checkbox"/>	Secundarios <input type="checkbox"/>	Superiores <input type="checkbox"/>
4. ¿Cuál es su estado civil actual?	En pareja <input type="checkbox"/>	Soltera <input type="checkbox"/>	Divorciada <input type="checkbox"/>
5. ¿Dónde reside actualmente (municipio)?			
6. ¿Cuál es su origen o país de origen??			

7. ¿Cuál es su etnia?	Centro y norte <input type="checkbox"/> europeo	Mediterráneo <input type="checkbox"/>	Centro y sud <input type="checkbox"/> africanos	Amerindios <input type="checkbox"/>	Norte americanos <input type="checkbox"/>
	Europa este <input type="checkbox"/>	Norte africanos <input type="checkbox"/>	Indios-asiáticos <input type="checkbox"/>	Orientales asiáticos <input type="checkbox"/>	Centro i sud <input type="checkbox"/> americanos
8. ¿Cuál es su situación actual de empleo?	Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/>	Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/>	Desempleado <input type="checkbox"/>	En busca de empleo <input type="checkbox"/>	
9. ¿Cuál es el idioma principal hablado en su domicilio?					
10. ¿Como clasificaria su nivel de apoyo social?	Alto <input type="checkbox"/>	Medio <input type="checkbox"/>		Bajo <input type="checkbox"/>	
11. ¿Ha experimentado dificultades para acceder a los servicios de salud en algún momento?	Transporte <input type="checkbox"/>	Discriminación <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
	Tiempo <input type="checkbox"/>	Barrera cultural <input type="checkbox"/>			
12. ¿Used, actualmente, experimenta algún trastorno de salud mental?	Depresión Mayor <input type="checkbox"/>	Trastorno de alimentación <input type="checkbox"/>		Psicosis <input type="checkbox"/>	
	Ansiedad <input type="checkbox"/>	Trastorno de estrés post-traumático <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
13. ¿Ha tenido antecedentes de salud mental ya resueltos en la actualitat?	Depresión Mayor <input type="checkbox"/>	Trastorno de alimentación <input type="checkbox"/>		Psicosis <input type="checkbox"/>	
	Ansiedad <input type="checkbox"/>	Trastorno de estrés post-traumático <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
14. ¿Ha tenido antecedentes de consumo de tóxicos?	Tabaco <input type="checkbox"/>	Cánnabis <input type="checkbox"/>		Heroína <input type="checkbox"/>	
	Alcohol <input type="checkbox"/>	Cocaína <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
15. ¿Usted consume algún tipo de tóxico?	Tabaco <input type="checkbox"/>	Cánnabis <input type="checkbox"/>		Heroína <input type="checkbox"/>	
	Alcohol <input type="checkbox"/>	Cocaína <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
16. ¿Ha tenido antecedentes pasados de violencia machista (VM)?	VM física <input type="checkbox"/>	VM sexual <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
	VM psicológica <input type="checkbox"/>	Ciberacoso <input type="checkbox"/>			

17. ¿Usted presenta antecedentes actuales de violencia machista (VM)?	VM física <input type="checkbox"/>	VM sexual <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>
	VM psicológica <input type="checkbox"/>	Ciberacoso <input type="checkbox"/>		
18. ¿Ha vivido hechos traumáticos recientes que puedan afectar su estado como gestante?	Víctima de VM <input type="checkbox"/>	Refugiado de guerra <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>
	Estar en situación ilegal <input type="checkbox"/>	Víctima violencia obstétrica <input type="checkbox"/>		
19. ¿Cuál es su orientación sexual?	Heterosexual <input type="checkbox"/>	Gay <input type="checkbox"/>	Asexual <input type="checkbox"/>	
	Lesbiana <input type="checkbox"/>	Bisexual <input type="checkbox"/>		
20. ¿Ha tenido experiencia de discriminación debido a la propia identidad?	Por el origen étnico/cultural <input type="checkbox"/>	Por la orientación sexual <input type="checkbox"/>	Por el género <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
21. ¿Cuál considera que ha estado su nivel de comprensión durante las visitas del embarazo	Alto <input type="checkbox"/>	Medio <input type="checkbox"/>	Bajo <input type="checkbox"/>	
22. ¿Cuál considera que es su nivel de apoyo familiar?	Alto <input type="checkbox"/>	Medio <input type="checkbox"/>	Bajo <input type="checkbox"/>	
23. ¿Usted está o ha estado recientemente en situación migratoria?	Migrante <input type="checkbox"/>	Solicitante de asilo <input type="checkbox"/>	Resident regular <input type="checkbox"/>	
	Refugiado <input type="checkbox"/>	Inmigrante irregular <input type="checkbox"/>	Estatus migratorio temporal <input type="checkbox"/>	
24. ¿Qué tipo de parto ha tenido?	Vaginal <input type="checkbox"/>	Instrumental <input type="checkbox"/>	Cesárea <input type="checkbox"/>	
25. ¿Le han administrado la analgesia epidural?	Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
26. ¿Ha tenido oportunidad de presentar un plan de parto?	Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
27. ¿Se ha cumplido con el plan de parto presentado?	Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
28. ¿Cuál es la fecha del parto?/...../.....			

29. ¿Ha hecho uso de medicamentos durante el embarazo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
30. ¿Usted presenta experiencia de cuidados postparto del bebé?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
31. ¿Ha tenido abortos espontáneos?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

ANNEX IV: GRAELLA VARIABLES OBSTÈTRIQUES

CODI CAS			
Tipus d'inici de part	Esportani <input type="checkbox"/>	Inducció <input type="checkbox"/>	Cesària programada <input type="checkbox"/>
Paritat	Primípara <input type="checkbox"/>	Secundípara <input type="checkbox"/>	Múltipara <input type="checkbox"/>
Episiotomia	Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>
Edat gestacional en el moment del part			
Complicacions durant l'embaràs o part	Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>
Tipus de complicacions durant l'embaràs o part	Pre-Eclàmpsia <input type="checkbox"/>	Macrosomia <input type="checkbox"/>	Infecció <input type="checkbox"/>
	Placenta prèvia <input type="checkbox"/>	Cesària emergent <input type="checkbox"/>	Part prematur <input type="checkbox"/>
Número de controls prenatals			
Estat de salut del nounat	Ingrés UCIN <input type="checkbox"/>	Infeccions <input type="checkbox"/>	Bon estat <input type="checkbox"/>
	Baix pes <input type="checkbox"/>	Final de vida <input type="checkbox"/>	
Pes del nadó al naixement			

ANNEX V: ESCALA DE VIOLÈNCIA OBSTÈTRICA

CODI CAS:

A continuació, trobarà un qüestionari dissenyat per recopilar informació sobre experiències de violència obstètrica. Si us plau, feu un cercle en la resposta que cregui més adequada a cada pregunta. Les seves respostes seran tractades de manera confidencial i anònima. Gràcies per la seva participació.

	No describe para nada lo que me ocurrió	No estoy segura, pero creo/siento que me ocurrió	No estoy segura	No estoy segura, pero creo/siento que	Definitivamente esto me ocurrió
1. ¿ El personal de salud hizo comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de su comportamiento?	1	2	3	4	5
2. ¿ Le han tratado con sobrenombres o diminutivos (p.e. “mamita”, “gordita”, etc.) o como si fuera incapaz de comprender los procesos por los cuales estaba atravesando.?	1	2	3	4	5
3. ¿ Se ha sentido infantilizada o anulada por el equipo médico como si fueras incapaz de tomar decisiones sobre lo que te ocurría antes, durante o después del parto.?	1	2	3	4	5
4. ¿Ha sido criticada de algún modo por expresar de algún modo tus emociones (llorar, gritar de dolor, etc.) durante trabajo de parto y/o el parto?	1	2	3	4	5

5. ¿ Le fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera.?	1	2	3	4	5
6. ¿ Le realizaron procedimientos médicos sin pedirle consentimiento o sin explicarle por qué eran necesarios.?	1	2	3	4	5
7. ¿ En el momento del parto, le obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque manifestara su incomodidad en esa posición.?	1	2	3	4	5
8. ¿ Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades?	1	2	3	4	5
9. ¿ Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza?	1	2	3	4	5
10. ¿ Se te impidió el contacto inmediato con tu hija/o recién nacida/o antes de que se lo llevara la/el neonatólogo para control (acariciarlo, tenerlo en brazos, etc.)?	1	2	3	4	5
11. ¿ Después del parto, te hicieron sentir que no habías estado a la altura de lo que se esperaba de ti (que no habías «colaborado»)?	1	2	3	4	5
12. ¿ La experiencia de la atención en el parto te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura en algún sentido?	1	2	3	4	5

<p>13. ¿Después del parto se te negó la posibilidad de utilizar algún dispositivo o realizar algún procedimiento de control de natalidad (DIU, ligadura de trompas, etc.)?</p>	1	2	3	4	5
<p>14. ¿Durante el trabajo del parto o con posterioridad a este te sentiste expuesta a la mirada de otras personas desconocidas para ti (exposición a extraños)?</p>	1	2	3	4	5

ANNEX VI: ESCALA D'AUTOEFICÀCIA PER A L'ALLETAMENT MATERN (BSES-SF)
 ESPANYOL (Dennis & Faux. 1999)

CODI CAS:

A continuació, es presentarà l'escala d'Autoeficàcia per l'alletament matern (BSES.SF). Aquesta escala consta de preguntes que avaluen la seva confiança en la seva capacitat per l'alletament. Si us plau, faci un cercle en la resposta que cregui més adequada a la seva situació. Es demana que respongui amb sinceritat, les respostes seran tractades de manera confidencial. Gràcies per la seva col·laboració.

	Nada confiado	Poco confiado	Moderadamente confiado	Bastante confiado	Siempre confiado
1. Siempre sé que mi bebé está tomando suficiente leche	1	2	3	4	5
2. Siempre me apaño bien con la lactancia igual que con otros retos de mi vida	1	2	3	4	5
3. Siempre puedo amamantar a mi bebé sin utilizar leche artificial como complemento	1	2	3	4	5
4. Siempre estoy segura de que mi bebé se coge bien al pecho durante la toma	1	2	3	4	5
5. Siempre puedo manejar la situación de la lactancia de forma satisfactoria para mi	1	2	3	4	5
6. Siempre puedo dar de mamar incluso cuando mi bebé está llorando	1	2	3	4	5
7. En todo momento sigo manteniendo las ganas de amamantar a mi bebé	1	2	3	4	5
8. Siempre me siento cómoda cuando doy el pecho en	1	2	3	4	5

presencia de otros miembros de mi familia					
9. Dar el pecho es siempre una experiencia satisfactoria para mi	1	2	3	4	5
10. Siempre llevo bien el hecho de que la lactancia consume parte de mi tiempo	1	2	3	4	5
11. Siempre puedo acabar de amamantar a mi bebé con un pecho antes de cambiar al otro	1	2	3	4	5
12. En cada toma, siempre creo que mi pecho es suficiente para alimentar a mi bebe	1	2	3	4	5
13. Soy capaz de amamantar a mi bebé cada vez que me lo pide	1	2	3	4	5
14. Siempre que alguien me pregunta si mi bebé ha terminado de mamar soy capaz de responder si lo ha hecho o no	1	2	3	4	5

ANNEX VII: ESCALA D'ESTRÈS PERCEBUT (PSS-10) ESPANYOL (Cohen et al. 1983)

CODI CAS:

A continuació, es presenta l'Escala d'Estrès Percebut (PSS-10). Aquesta escala consta de preguntes dissenyades per avaluar la percepció d'estrès en diferents situacions de la vida quotidiana. Si us plau, respongui amb sinceritat segons la seva experiència i percepció. Faci un cercle en la resposta que cregui més adequada a la seva situació. La seva participació és crucial per comprendre millor el seu perfil i portar a terme la investigació. Gràcies per la seva col·laboració!

	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo
1. ¿Con qué frecuencia ha estado molesto en el último mes debido a algo que sucedió inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. ¿Con qué frecuencia ha sentido en el último mes que no podías controlar las cosas importantes de tu vida?	0	1	2	3	4
3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso y “estresado” en el último mes?	0	1	2	3	4
4. ¿Con qué frecuencia se ha sentido seguro acerca de su capacidad para manejar sus problemas personales en el último mes?	0	1	2	3	4
5. ¿Con qué frecuencia ha sentido en el último mes que las cosas iban en su dirección?	0	1	2	3	4

6. ¿Con qué frecuencia ha descubierto en el último mes que no podía hacer frente a todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
7. ¿Con qué frecuencia ha podido controlar las irritaciones en su vida en el último mes?	0	1	2	3	4
8. ¿Con qué frecuencia ha sentido en el último mes que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
9. ¿Con qué frecuencia ha estado enojado en el último mes debido a cosas que estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
10. ¿Con qué frecuencia ha sentido en el último mes que las dificultades se acumulaban tan alto que no podía superarlas??	0	1	2	3	4

ANNEX VIII: QÜESTIONARI SOBRE LA SALUT DEL PACIENT (PHQ-9) ESPANYOL
(Kroenke et al. 2001)

CODI CAS:

A continuació, es presentarà el Qüestionari de Salut del Pacient (PHQ-9). Aquest qüestionari consta de preguntes dissenyades per avaluar els símptomes de la depressió en els últims dues setmanes. Si us plau, respon amb sinceritat segons la seva experiència i percepció. Faci un cercle a la resposta que cregui més adequada al seu perfil. Pensi en les **últimes dues setmanes** i respon les preguntes. Moltes gràcies per la col·laborar en aquest estudi!

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. ¿Ha tenido poco interés o placer en hacer cosas?	0	1	2	3
2. ¿Se ha sentido decaído, deprimido o sin esperanzas?	0	1	2	3
3. ¿Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido, o ha dormido demasiado?	0	1	2	3
4. ¿Se ha sentido cansado o con poca energía?	0	1	2	3
5. ¿Se ha sentido sin apetito o ha comido en exceso?	0	1	2	3
6. ¿Se ha sentido mal con usted mismo, que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo o con su familia?	0	1	2	3

7. ¿Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión?	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario, ¿muy inquieto o agitado que ha estado moviéndose mucho más de lo normal?	0	1	2	3
9. ¿Ha tenido pensamientos de que estaría mejor muerto o de lastimarse de alguna manera?	0	1	2	3

ANNEX IX: FULL DE CONFORMITAT ALS CENTRES PARTICIPANTS

CONFORMITAT CAP DE SERVEI I SUPERVISOR/A INFERMERIA

Dr./a.(nom i cognoms del Cap de Servei)

Cap de(Servei implicat)

.....(nom del centre)

Declara :

Que conec la documentació referent a l'estudi: **“Explorant les capes de la maternitat: anàlisi interseccional de la salut mental en el postpart”** que es vol dur a terme en el nostre servei per la Sra. Yousra Belkhir Kaaouach

Que el servei reuneix les característiques necessàries per poder dur-lo a terme i autoritzo la seva realització en el mateix.

Dr./a. (nom i cognoms del Cap de Servei)
supervisor/a)

Dr./a. (nom i cognoms

Cap de (Servei implicat)

Supervisor/a

Nom del centre:

Nom del centre

Girona, a(data)



CARTA DE SOL·LICITUD AL CEIm

Benvolguts,

Em dirigeixo a vostès com a investigadora principal del projecte de recerca titulat “Explorant les capes de la maternitat: anàlisi interseccional de la salut mental en el postpart”. El meu nom és Yousra Belkhir Kaaouach, estudiant de la Universitat de Girona.

L'objectiu d'aquest estudi és analitzar la interseccionalitat de les persones gestants en relació amb la seva salut mental i el seu impacte en la qualitat de vida postpart. Considerarem variables sociodemogràfiques i obstètriques, així com explorarem les experiències, barreres i reptes en el seu procés de salut mental postpart. El disseny d'aquest estudi és multicèntric i de metodologia mixta, combinant un enfoc quantitatiu i qualitatiu. Treballarem en col·laboració als Serveis d'Obstetrícia dels hospitals públics de la província de Girona.

Sol·licito respectuosament que acceptin el meu projecte per a la seva revisió ètica i autorització per dur a terme el treball de camp. Es garantirà la confidencialitat de les dades personals dels participants i els proporcionarem la informació necessària abans d'obtenir el seu consentiment.

Agraeixo la seva atenció i consideració cap al meu projecte de recerca. Quedo a la seva disposició per a qualsevol consulta addicional que puguin tenir.

Adjuntem documentació corresponent a l'estudi:

“Explorant les capes de la maternitat: anàlisi interseccional de la salut mental en el postpart”

Documents presentats:

- Consentiment Informat participants
- Full Informatiu als participants
- Compromís de l'investigador principal envers CEIm
- Compromís de l'investigador principal
- Conformitat del Cap de Servei i supervisora infermeria dels centres participants
- Carta de sol·licitud

En cas de necessitar més informació o documentació addicional, el CEIm es dirigirà a:

- Nom: Yousra Belkhir Kaaouach
- Telf: 6*****
- Adreça: C/Emili Grahit 77, 17003 Girona
- e-mail: u1975145@campus.udg.edu

Cordialment,

Sra. Yousra Belkhir Kaaouach

COMPROMÍS DE L'IP ENVERS AL CEIm

Jo, Yousra Belkhir Kaaouach amb DNI 4*****L com a Investigador Principal de l'estudi "Explorant les capes de la maternitat: anàlisi interseccional de la salut mental en el postpart" en compliment de la normativa vigent –art.41del RD1090/2015 pel què fa a les obligacions de l'Investigador Principal, signo aquest document i em comprometo amb al CEIm (Comitè d'Ètica de la Investigació Clínica amb Medicaments) a:

1. Garantir que el Consentiment Informat es recollirà segons el RD1090/2015 o la normativa vigent que apliqui
2. Registrar a la història clínica del pacient la seva participació en estudis d'investigació
3. Garantir que totes les persones implicades en l'assaig respectaran la confidencialitat i la protecció de les dades de caràcter personal
4. Informar al CEIC de l'estat de l'estudi sempre que se'm requereixi.
5. Facilitar la revisió de la documentació dels pacients participants en un assaig clínic sol·licitada per la secretaria del CEIC.
6. Complir totes les obligacions com a IP que venem marcades per llei.

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Sra. Yousra Belkhir Kaaouach

DNI: 4*****L

COMPROMÍS INVESTIGADOR PRINCIPAL

Jo, Yousra Belkhir Kaaouach,

Faig constar:

Que conec i accepto participar com a investigador principal de l'estudi:
“Explorant les capes de la maternitat: anàlisi interseccional de la salut mental en el postpart”

I em comprometo a:

- a) Respectar la Declaració d'Hèlsinki vigent i les normes de Bona Pràctica Clínica
- b) Signar un compromís en què em reconec com a investigador de l'estudi i afirmo conèixer el protocol i estar d'acord en tots els seus termes.
- c) Informar els subjectes participants i obtenir el seu consentiment per escrit i mantenir la documentació arxivada.
- d) Recollir, registrar i notificar totes les dades de forma correcta responent de la seva actualització i qualitat davant les auditories oportunes.
- e) Respectar la confidencialitat de les dades dels subjectes participants en l'estudi d'acord amb la normativa vigent.
- f) Facilitar les visites de monitorització, les auditories del promotor i les inspeccions de les autoritats sanitàries
- g) Respondre sobre els objectius, metodologia bàsica i significat dels resultats de l'estudi davant la comunitat científica i professional

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Sra. Yousra Belkhir Kaaouach

DNI: 4*****L

FULL D'INFORMACIÓ ALS PARTICIPANTS

TÍTOL DE L'ESTUDI: “Explorant les capes de la maternitat: anàlisi interseccional de la salut mental en el postpart”

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Yousra Belkhir Kaaouach

CENTRE: Universitat de Girona, Facultat d'Infermeria

INTRODUCCIÓ

Ens dirigim a vostè para informar-lo sobre un estudi de recerca en el que se'l convida a participar. L'estudi ha estat aprovat pel Comitè D'Ètica de la investigació Clínica CEIC GIRONA d'acord amb la legislació vigent.

La nostra intenció es que vostè rebi la informació correcta i suficient per tal que pugui avaluar si vol o no participar en aquest estudi. Per això llegeixi aquest full informatiu amb atenció i nosaltres li aclarirem els dubtes que li puguin sorgir després de l'explicació. A més, pot consultar amb les persones que consideri oportú.

Participació voluntària

Ha de saber que la seva participació en aquest estudi és voluntària i que pot decidir no participar o canviar la seva decisió i retirar el consentiment en qualsevol moment, sense que això alteri la relació amb el seu metge ni es produeixi cap perjudici en el seu tractament.

OBJECTIUS

L'objectiu de l'estudi és analitzar la interseccionalitat de les persones gestants en relació amb la seva salut mental i l'impacte en la qualitat de vida, considerant variables sociodemogràfiques i obstètriques, així com explorar les experiències, barreres i desafiaments en el seu procés de salut mental postpart.

Se'l convida a participar perquè la seva contribució serà fonamental per obtenir dades significatives que ajudaran a comprendre millor la interseccionalitat en la

salut mental de les mares en el període del postpart i en la qualitat de vida, a més també ajudarà a avançar en el coneixement d'aquest camp i per a poder aconseguir que les futures intervencions siguin més inclusives i equitatives per tothom.

DESCRIPCIÓ DE L'ESTUDI

La seva participació en aquest estudi consistirà en respondre uns qüestionaris en 5 moments diferents, des de les 28 setmanes d'embaràs fins als 9 mesos postpart. Durant l'embaràs i l'estada hospitalària seràn qüestionaris en paper, en canvi durant el seguiment postpart rebrà una trucada telefònica per un dels investigadors per emplenar-ho conjuntament. Emplenar el pack de qüestionaris no li portarà més de 12 minuts.

Al finalitzar els 9 mesos postpart a algunes de les participants se'ls oferirà participar en una segona fase de l'estudi on es realitzaran entrevistes en profunditat, que també són de participació voluntària.

En el CI es sol·licitarà el seu número de telèfon amb la finalitat de poder comunicar-nos amb vostè per poder fer el seguiment necessari relacionat amb aquest estudi. El seu número de telèfon serà utilitzat exclusivament per a aquest propòsit i es mantindrà confidencial en tot moment. La seva participació en aquest estudi és voluntària i no estarà condicionada a proporcionar el seu número de telèfon.

És important saber que aquest estudi no modificarà l'atenció sanitària ni el tractament mèdic i que només es recolliran les dades dels diferents qüestionaris i escales.

BENEFICIS I RISCOS DERIVATS DE LA SEVA PARTICIPACIÓ EN L'ESTUDI

No obstant, és possible que no obtingui cap benefici derivat de la seva participació en l'estudi, però pot ajudar a obtenir informació que pot beneficiar a altres persones en un futur. No es preveu cap risc associat a la seva participació.

CONFIDENCIALITAT

Qui és el responsable de les meves dades?

El centre és el responsable del tractament de les seves dades i es compromet al compliment que estableix la Llei Orgànica 03/2018, del 5 de desembre i del Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu de 27 d'abril de 2016 de protecció de dades (RGPD).

Les seves dades personals són tractades sota la responsabilitat de la Universitat de Girona, amb adreça Edifici les Àligues, Plaça Sant Domènec, 3. Campus del Barri Vell, Girona 17004. L'adreça de contacte del Delegat de protecció de Dades és dpd@udg.edu

Com es mantindrà la meva confidencialitat?

Les dades recollides durant l'estudi, així com els seus resultats, s'identificaran mitjançant un codi, de manera que no s'inclouï informació que permeti la seva identificació, i només el seu metge/col·laboradors podran relacionar-les amb vostè i amb la seva història clínica. Per tant, la seva identitat no serà desvetllada a cap altra persona llevat a les autoritats sanitàries, que així ho requereixi o en casos d'urgència mèdica.

L'accés a la seva informació personal quedarà restringit als infermers de l'estudi/col·laboradors, autoritats sanitàries (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios), al Comitè Ètic d' Investigació Clínica i personal autoritzat pel promotor, quan ho precisin per comprovar les dades i procediments de l'estudi, però sempre mantenint la confidencialitat d'acord a la legislació vigent.

Les dades es recolliran en un fitxer de recerca responsabilitat de la institució i es tractaran en el marc de la seva participació en aquest estudi.

Es podran compartir les meves dades?

Les seves dades no seran cedides a terceres entitats, llevat en aquells casos expressament previstos per la llei.

No obstant, podran ser comunicades les informacions i els resultats, prèvia pseudonimització de les dades, als seus col·laboradors de conformitat amb la

seva estricta necessitat de conèixer-los per a la realització de l'estudi/investigació.

En el cas que les seves dades pseudonimitzades siguin transferides fora de la UE a centres que realitzen serveis o altres grups d'investigació col·laboradors, la confidencialitat de les dades es garantirà mitjançant contractes o convenis específics i serà pels mateixos fins de l'estudi descrit o per el seu ús en publicacions científiques.

Així mateix, qualsevol dels resultats de la investigació realitzada seran anònims. Si fos precisa la publicació dels resultats que incloguin dades de caràcter personal, sol·licitarem el seu consentiment exprés.

Quins drets tinc?

En tot moment, pot exercir els seus drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, limitació del tractament i portabilitat de les dades, així com retirar el seu consentiment prèviament prestat, en el seu cas, remetent una comunicació escrita, amb còpia del seu D.N.I en vigor a les adreces de contacte a dalt indicades.

També pot presentar una reclamació davant l'Agència Espanyola de Protecció de dades o davant l'Agència Catalana de Protecció de dades, si considera que els seus drets no han estat convenientment atesos.

Puc retirar-me de l'estudi?

Pot revocar en qualsevol moment aquest consentiment exprés. En cas de revocació, les dades facilitades i recollides no podran ser eliminades per tal, si bé no es recolliran noves dades.

Es poden utilitzar les meves dades en altres estudis?

Així mateix, vostè atorga el seu consentiment per tal que les dades recollides i obtingudes del present estudi puguin ser tractats, amb les mateixes garanties de pseudonimització, per a d'altres estudis/investigacions que puguin ser

realitzades per el responsable. En aquests casos se l'informarà prèviament de les finalitats d'aquest nou estudi /investigació

Quan de temps es guardaran aquestes dades?

Les dades seran conservades fins que es consideri assolida la finalitat de l'estudi, i seran eliminades quan prescriguin els terminis legalment establerts per la llei 14/2007 de 3 de juliol d'Investigació Biomèdica, amb les solucions previstes a l'epígraf "drets de l'interessat"

ALTRA INFORMACIÓ RELLEVANT

Té dret a ser informat de les dades rellevants per la seva salut que s'obtinguin en el curs de l'estudi. Aquesta informació se li comunicarà si vostè hi està d'acord. En el cas que prefereixi no ser informat, es respectarà la seva decisió.

CONTACTE AMB L' INVESTIGADOR

Per qualsevol dubte o informació addicional que precisi, ha de contactar amb l'investigador (Investigadora: Yousra Belkhir Kaaouach/Telèfon: 6*****/Correu electrònic: u1975145@campus.udg.edu).

CONSENTIMENT INFORMAT PELS PARTICIPANTS

TÍTOL DE L'ESTUDI: “Explorant les capes de la maternitat: anàlisi interseccional de la salut mental en el postpart”

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Yousra Belkhir Kaaouach

CENTRE: Universitat de Girona, Facultat d'Infermeria

Jo (nom i cognoms):.....

He llegit el full d'informació que se m' ha entregat.

He pogut fer preguntes sobre l'estudi.

He rebut suficient informació sobre l'estudi.

He parlat amb:.....(nom de l'investigador)

Comprenc que la meva participació és voluntària.

Comprenc que puc retirar-me de l'estudi:

1º Quan vulgui

2º Sense haver de donar explicacions.

3º Sense que això repercuteixi en els tracte mèdic.

Rebré una còpia signada i datada d'aquest consentiment informat. Dono lliurement la meva conformitat per participar en l'estudi i dono el meu consentiment per l'accés i utilització de les meves dades en les condicions detallades en el full d'informació.

Signatura participant		Signatura investigador	
Nom i Cognoms		Nom i Cognoms	
Data		Data	
Número de Telèfon			

Desitjo que em comuniquin la informació derivada de la investigació que pugui ser rellevant per a la meva salut:

SI NO

Signatura participant		Signatura investigador	
Nom i Cognoms		Nom i Cognoms	
Data		Data	