Prevenció dels trastorns del vincle maternofilial en dones amb símptomes depressius o ansiosos en el període perinatal: disseny d'un programa psicosocial aplicable a l'atenció primària

---

Autora: Núria Fernández León

Tutora: Gemma Parramon Puig

Facultat de Medicina

Hospital Universitari Vall d'Hebron

Curs 2025-2026

Vall d'Hebron
Hospital

UAB
Universitat Autònoma
de Barcelona

Agraïments:

Als meus pares, per haver estat el meu major suport durant tota la carrera i durant tota la meva vida, sense els quals no hauria aconseguit ser on soc. Per ser el motor de la meva existència i no deixar-me sola mai.

A la meva àvia, que m'acompanya des del cel i m'impulsa a millorar cada dia per a convertir-me en la metgessa que vull arribar a ser.

Als meus amics, que han estat al meu costat quan més ho necessitava.

A la meva tutora, pel seu recolzament acadèmic i per haver-me proporcionat les eines per a poder realitzar aquest projecte.

Gràcies.

TAULA DE CONTINGUTS

1. INTRODUCCIÓ …… 12

1.1. Context i rellevància …… 12

1.2. Antecedents i estat actual del tema …… 12

1.3. Definicions conceptuals: període perinatal, bonding i aferrament …… 15

1.4. Justificació del projecte …… 16

2. HIPÒTESI I OBJECTIUS …… 17

2.1. Hipòtesi …… 17

2.2. Objectiu principal …… 17

2.3. Objectius secundaris …… 18

3. METODOLOGIA …… 18

3.1. Disseny de l'estudi …… 18

3.2. Àmbit de l'estudi …… 18

3.3. Participants …… 18

3.4. Criteris d'inclusió …… 18

3.5. Criteris d'exclusió …… 19

3.6. Mida mostral …… 19

3.7. Intervenció …… 19

3.8. Variables i instruments …… 23

3.9. Moments d'avaluació …… 25

3.10. Procediment de l'estudi …… 25

3.11. Pla d'anàlisi …… 28

3.12. Ètica i aspectes legals …… 29

3.13. Protecció de dades …… 29

4. PLA DE TREBALL (CRONOGRAMA) …… 30

5. RESULTATS ESPERATS …….. 32
5.1. Resultat principal …… 32
5.2. Resultats secundaris …… 32

6. DISCUSSIÓ ……..… 34
6.1. Interpretació resultats ……. 34
6.2. Limitacions del projecte …… 36
6.3. Fortaleses del projecte ……. 37

7. CONCLUSIONS ……... 38

8. BIBLIOGRAFIA ……. 40

9. ANNEXOS ……. 46
9.1. EPDS ……. 46
9.2. GAD-7 ……... 47
9.3. PBQ ……... 48
9.4. TSQ ……... 49
9.5. Preguntes Whooley …… 53
9.6. Consentiment informat ……... 54
9.7. Pressupost ……. 59

Prevenció dels trastorns del vincle maternofilial en dones amb símptomes depressius o ansiosos en el període perinatal: disseny d'un programa psicosocial aplicable a l'atenció primària

Fernández León, Núria Hospital Universitari Vall d'Hebron

RESUM:

Introducció: La salut mental perinatal és un àmbit clau de la salut pública, ja que la depressió i l'ansietat durant l'embaràs i el postpart poden interferir en el vincle mare-nadó i el desenvolupament infantil. L'atenció primària és un espai idoni per a la detecció precoç i la intervenció preventiva, tot i la manca de programes estructurats centrats en el vincle afectiu.

Hipòtesi: Les dones gestants amb símptomes depressius o ansiosos que participin en un programa grupal psicosocial milloraran el vincle afectiu i reduiran la simptomatologia emocional postpart.

Objectius: Avaluar els canvis associats al programa sobre el vincle mare-nadó i la reducció de depressió i ansietat perinatal.

Metodologia: Estudi pilot pre-post amb dones gestants en atenció primària, mitjançant intervenció grupal de 6-8 sessions i avaluació amb EPDS, GAD-7 i PBQ, basada en revisió bibliogràfica en bases de dades científiques.

Paraules clau: perinatal, postpart, depressió, ansietat, vincle afectiu mare-bebè, intervenció, atenció primària.

Prevención de los trastornos del vínculo maternofilial en mujeres con síntomas depresivos o ansiosos en el periodo perinatal: diseño de un programa psicosocial aplicable en atención primaria

Fernández León, Núria Hospital Universitari Vall d'Hebron

RESUMEN:

Introducción: La salud mental perinatal es un ámbito clave de salud pública, ya que la depresión y la ansiedad durante el embarazo y el posparto pueden interferir en el vínculo madre-bebé y el desarrollo infantil. La atención primaria es un entorno idóneo para la detección precoz y la intervención preventiva, aunque existe una falta de programas estructurados centrados en el vínculo afectivo.

Hipótesis: Las mujeres gestantes con síntomas depresivos o ansiosos que participen en un programa grupal psicosocial mejorarán el vínculo afectivo y reducirán la sintomatología emocional posparto.

Objetivos: Evaluar los cambios asociados al programa sobre el vínculo madre-bebé y la reducción de depresión y ansiedad perinatal.

Metodología: Estudio piloto pre-post en mujeres gestantes en atención primaria, mediante intervención grupal de 6-8 sesiones y evaluación con EPDS, GAD-7 y PBQ, basada en revisión bibliográfica en bases de datos científicas.

Palabras clave: perinatal, posparto, depresión, ansiedad, vínculo afectivo madre-bebé, intervención, atención primaria.

Prevention of mother-infant bonding disorders in women with depressive or anxious symptoms during the perinatal period: design of a psychosocial program applicable in primary care

Fernández León, Núria Hospital Universitari Vall d'Hebron

ABSTRACT:

Introduction: Perinatal mental health is a key public health area, as depression and anxiety during pregnancy and postpartum can interfere with mother-infant bonding and child development. Primary care is an ideal setting for early detection and preventive intervention, although there is a lack of structured bonding-focused programs. This project proposes a preventive group intervention in primary care settings.

Hypothesis: Pregnant women with depressive or anxious symptoms participating in a group psychosocial program will improve bonding and reduce postpartum emotional symptoms.

Objectives: To evaluate changes related to the program on mother-infant bonding and reduction of perinatal depression and anxiety.

Methodology: Pilot pre-post study in pregnant women in primary care using a group intervention of 6-8 sessions and evaluation with EPDS, GAD-7 and PBQ, based on a bibliographic review of scientific databases.

Keywords: perinatal, postpartum, depression, anxiety, mother-infant bonding, intervention, primary care.

1. INTRODUCCIÓ

1.1. Context i rellevància

La salut mental perinatal és un àmbit de creixent interès clínic i de salut pública. Els trastorns emocionals durant l'embaràs i el postpart, especialment la depressió i l'ansietat perinatals, poden interferir en l'establiment del vincle afectiu entre la mare i el nadó, procés conegut com a bonding. Les dificultats en aquest procés s'han associat amb conseqüències negatives tant en el benestar psicològic matern com en el desenvolupament socioemocional del nadó.

L'atenció primària, i especialment els Centres d'Atenció Primària (CAP), representen un entorn perfecte per a la detecció precoç de vulnerabilitat emocional durant l'embaràs i per al desenvolupament d'intervencions preventives de base comunitària. Tot i així, encara falten programes estructurats orientats específicament a la promoció del vincle mare-bebè en dones amb simptomatologia depressiva-ansiosa durant el període perinatal.

Aquest projecte proposa el disseny i avaluació pilot d'un programa grupal psicosocial implementat en un CAP, dirigit a dones gestants amb símptomes depressius o ansiosos. L'estudi es planteja com un disseny pilot pre-post amb l'objectiu d'avaluar la viabilitat del programa i explorar els seus possibles efectes principalment sobre el vincle afectiu primerenc mare-bebè, així com sobre la simptomatologia depressiva i ansiosa de la gestant.

1.2. Antecedents i estat actual del tema

La salut mental perinatal comprèn el conjunt de processos psicològics i emocionals que es desenvolupen durant l'embaràs i fins a un any després del part. Aquest període representa una etapa de gran vulnerabilitat psicològica per a moltes dones, amb una prevalença estimada de trastorns depressius i ansiosos que pot situar-se entre el 10% i el 20% de les gestants (Vigod et al., 2016; Becker et al., 2016).

Diversos estudis han demostrat que la presència de simptomatologia depressiva o ansiosa durant el període perinatal pot afectar negativament tant la salut de la mare com els resultats obstètrics i el desenvolupament del nadó (Grigoriadis et al., 2013). En particular, existeix una relació consistent entre aquests símptomes i les dificultats en el vincle mare-bebè (bonding) durant el primer any postpart. Diferents estudis observacionals han evidenciat que puntuacions elevades en depressió i ansietat s'associen amb pitjor qualitat del vincle mesurat amb instruments com el Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ) (Hildingsson & Rubertsson, 2022; Dubber et al., 2015; Ohoka et al., 2014).

A més, s'ha descrit que tant la depressió durant l'embaràs com la simptomatologia postpart actuen com a predictors significatius de dificultats en el vincle afectiu entre mare i bebè, afectant la capacitat de la mare per establir una relació afectiva sensible amb el nadó (Palacios-Hernández et al., 2015; Tichelman et al., 2019). També l'ansietat materna ha estat associada a pitjor qualitat del vincle i a una menor afectivitat materna (Fukui et al., 2023).

Les dificultats en el vincle afectiu mare-nadó s'han associat amb una menor sensibilitat materna (percebre els senyals del nadó, interpretar-los i respondre-hi de manera contingent, ajustada i afectuosa), més dificultats en la regulació emocional del nadó i possibles conseqüències en el desenvolupament socioemocional infantil (Lefkovics et al., 2014; Brockington et al., 2017). Per aquest motiu, la identificació precoç de factors de risc i el desenvolupament d'intervencions preventives constitueixen un objectiu prioritari en l'àmbit de la salut mental perinatal. S'ha identificat diversos factors de risc per al desenvolupament de simptomatologia ansiosa i depressiva durant l'embaràs, com antecedents psiquiàtrics, manca de suport social o esdeveniments vitals estressants (Biaggi et al., 2016).

En aquest context, l'atenció primària té un paper clau. Les visites de seguiment de l'embaràs ofereixen una oportunitat idònia per detectar precoçment símptomes emocionals i situacions de vulnerabilitat psicosocial (Goodman & Tyer-Viola, 2010).

No obstant això, l'accés als serveis de salut mental durant el període perinatal es veu sovint limitat per múltiples barreres. Existeix un gran estigma envers la salut mental que, juntament amb la idealització de la maternitat, fa pensar que els problemes de salut mental durant la gestació o el postpart son el reflex de "ser una mala mare" o una mare immadura, irresponsable i dèbil. Les mares afectades sovint se senten avergonyides i culpables per no poder gaudir de la maternitat, i davant de la pressió social, aquests sentiments son ocultats i minimitzats, enraderint la consulta als serveis de salut (Dennis & Chung-Lee, 2006; Kopelman et al., 2008; Woolhouse et al., 2009), i podent causar una alteració en el vincle afectiu entre mare i bebè.

En aquest sentit, les intervencions comunitàries i grupals han mostrat resultats prometedors. Diversos estudis han evidenciat que les intervencions basades en teràpia cognitivoconductual durant l'embaràs poden reduir la simptomatologia depressiva i ansiosa (Austin et al., 2008; Burns et al., 2013; Milgrom et al., 2015; Sockol, 2015). Més recentment, també s'ha observat que algunes intervencions dirigides a l'ansietat prenatal poden millorar el vincle mare-bebè, amb mecanismes mediadors com l'autoeficàcia materna i la responsivitat (Olivas et al., 2025).

Davant d'aquesta realitat, resulta fonamental crear espais segurs i accessibles on les dones puguin expressar les seves emocions i rebre suport professional i social; la intenció d'aquest projecte és poder proporcionar aquest espai segur on les mares puguin rebre ajuda per part de professionals de la salut i parlar lliurement del que senten amb altres mares que es troben en una situació semblant, per així poder evitar que es vegi afectat el vincle maternofilial posteriorment.

Tot i la seva importància, els programes específics orientats a la prevenció del deteriorament del vincle mare-bebè són encara escassos en la comunitat (Tsivos et al., 2015; Giralt et al., 2021), fet que posa de manifest la necessitat de desenvolupar nous porgrames preventius.

1.3. Definicions conceptuals: període perinatal, bonding i aferrament

El període perinatal és el temps que envolta el naixement del nadó, però aquest es defineix de diferents maneres segons el context.

El període perinatal osbtètric / epidemiològic estricte es defineix com el període que va des de la setmana 22 de gestació completa fins als 7 dies complets després del naixement (World Health Organization, 2006; World Health Organization, n.d.).

En alguns altres contextos també es considera el període perinatal fins als 28 dies després del naixement (World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, n.d.; World Health Organization, n.d.).

En l'àmbit de la salut mental perinatal, es fa referència al període entre el primer dia de concepció fins a un any postpart (National Institute for Health and Care Excellence, 2020; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2023).

Aquest és el període que ens interessa per a aquest projecte, ja que és en aquest temps quan les dones presenten més trastorns emocionals envers a l'embaràs o al nadó (Vigod et al., 2016).

En el context de la salut mental perinatal és important diferenciar dos conceptes relacionats però conceptualment diferents: el bonding (vincle afectiu mare-bebè) i l'aferrament (attachment).

El bonding fa referència al vincle afectiu que la mare desenvolupa envers el nadó durant el període perinatal. Inclou sentiments d'afecte, proximitat, protecció i disposició a la cura del nadó.

Aquest procés és fonamental per a l'establiment d'una relació afectiva saludable i pot veure's afectat per factors psicològics com la depressió o l'ansietat materna, tal com evidencien diversos estudis que relacionen la salut mental materna amb la qualitat del vincle (Brockington et al., 2017; Hildingsson & Rubertsson, 2022).

En canvi, l'aferrament descriu el vincle que el nadó desenvolupa cap a la figura de cura principal, habitualment la mare, i que constitueix la base per a la seva seguretat emocional, la regulació afectiva i l'exploració del seu entorn.

En aquest projecte es dona especial importància al concepte de bonding, ja que el programa estarà orientat a prevenir possibles dificultats o trastorns en el vincle de la mare cap al seu fill o filla durant el període perinatal.

1.4. Justificació del projecte

Tot i l'evidència existent sobre la relació entre la salut mental perinatal (depressió i ansietat) i les alteracions en el vincle maternofilial (Hildingsson & Rubertsson, 2022; Tichelman et al., 2019), i malgrat que s'ha demostrat l'eficàcia de les intervencions psicològiques en la reducció de la simptomatologia emocional (Austin et al., 2008; Sockol, 2015), el sistema manca d'intervencions preventives estructurades implementades en l'àmbit de l'atenció primària orientades a millorar el vincle afectiu mare-bebè.

La literatura científica ha demostrat àmpliament l'eficàcia de les intervencions psicològiques, especialment les basades en la teràpia cognitivoconductual, en la relació dels símptomes depressius i ansiosos durant el període perinatal (Austin et al., 2008; Sockol, 2015).

A més, la major part de les intervencions disponibles se centren en el tractament de la depressió i l'ansietat, però no sempre inclouen com a objectiu principal la millora del vincle mare-bebè (Tsivos et al., 2015).

Alguns estudis recents suggereixen que intervencions dirigides a reduir l'ansietat prenatal poden tenir un impacte positiu en el vincle afectiu entre mare i bebè, mitjançant mecanismes com l'augment de l'autoeficàcia materna i la millora de la interacció mare-nadó (Olivas et al., 2025). No obstant això, aquests resultats encara són incipients i requereixen més investigació.

A més, existeix una bretxa entre l'evidència disponible i la seva aplicació en la pràctica clínica habitual; l'evidència sobre la seva implementació en contextos reals d'atenció primària és encara limitada (Giralt et al., 2021). Factors com les barreres d'accés als serveis, l'estigma associat a la salut mental i la manca de detecció precoç dificulten la

implementació efectiva d'aquestes intervencions (Dennis & Chung-Lee, 2006; Goodman & Tyer-Viola, 2010).

Aquest projecte es planteja des del CAP perquè l'atenció primària és un dels primers punts de contacte entre les famílies i el sistema sanitari durant l'embaràs i el pospart. Els professionals d'aquest àmbit es troben en una posició privilegiada per detectar precoçment possibles dificultats emocionals i oferir intervencions preventives abans que aquestes es consolidin o tinguin un impacte en el vincle mare-bebè.

A més, el CAP és un entorn accessible i proper en la comunitat, fet que facilita la implementació de programes de promoció de la salut i prevenció. Aquest projecte pretén contribuir a reduir la bretxa existent entre l'evidència científica i i pràctica clínica, proposant una intervenció viable i potencialment efectiva per a la prevenció dels trastorns del vincle maternofilial.

En definitiva, aquest estudi respon a la necessitat d'incorporar estratègies preventives en salut mental perinatal dins l'atenció primària, amb l'objectiu de promoure el benestar emocional de la mare, afavorir un vincle afectiu saludable del nadó i contribuir a un desenvolupament infantil òptim.

2. HIPÒTESI I OBJECTIUS

2.1. Hipòtesi

La participació en un programa grupal psicosocial durant l'embaràs en dones amb símptomes depressius o ansiosos millorarà el vincle afectiu mare-bebè (bonding) i reduirà la simptomatologia emocional en el període postpart.

2.2. Objectiu principal

Avaluar l'efecte d'un programa grupal psicosocial implementat en un Centre d'Atenció Primària sobre el vincle mare-bebè en dones gestants amb símptomes depressius o ansiosos en el període perinatal.

2.3. Objectius secundaris

1. Analitzar els canvis en la simptomatologia depressiva després de la intervenció.
2. Analitzar els canvis en la simptomatologia ansiosa després de la intervenció.
3. Avaluar la viabilitat del programa en l'àmbit de l'atenció primària.
4. Analitzar l'adherència i l'acceptabilitat del programa per part de les participants.

3. METODOLOGIA

3.1. Disseny de l'estudi

Es proposa un estudi pilot amb disseny pre-post per avaluar la viabilitat i els possibles efectes del programa de prevenció.

3.2. Àmbit de l'estudi

Centre d'Atenció Primària.

3.3. Participants

Dones gestants en seguiment a l'ASSIR amb presència de símptomes depressius o ansiosos detectats durant les visites de control de l'embaràs.

3.4. Criteris d'inclusió

- Dones majors de 18 anys.
- Embaràs en segon o tercer trimestre, específicament entre les setmanes 20-30 de gestació, per a evitar abandonaments per avortaments espontanis i per a garantir que completin el programa abans del part.
- Presència de símptomes depressius (puntuació igual o superior a 10 a l'escala EPDS) o ansiosos (puntuació igual o superior a 5 a l'escala GAD-7).
- Acceptació voluntària de participar en l'estudi i firma del consentiment informat.
- Comprensió oral i escrita del català i/o castellà.

3.5. Criteris d'exclusió

- Trastorns psiquiàtrics greus que necessitin tractament farmacològic psiquiàtric.
- Situacions d'alt risc obstètric que impedeixin la participació i seguiment.
- Dificultats idiomàtiques que impedeixin la comprensió de les sessions.

3.6. Mida mostral

En tractar-se d'un estudi pilot, es preveu una mostra aproximada de 20–30 participants.

3.7. Intervenció

El programa consistirà en una intervenció grupal psicosocial dirigida a dones gestants amb vulnerabilitat emocional, que segueixin el seu embaràs a l'ASSIR, i que hagin presentat simptomatologia depressiva-ansiosa en els cribatges realitzats durant el seguiment.

El programa inclourà aproximadament 6-8 sessions grupals, d'uns 90 minuts de durada, repartides setmanalment, conduïdes per un equip interdisciplinar de professionals de la salut, amb formació en salut mental perinatal o experiència en aquest àmbit.

Possibles professionals encarregats de les sessions grupals:

- Psicòloga (REBEC)
  - Teràpia cognitivoconductual (TCC).
  - Psicoeducació sobre l'ansietat i la depressió perinatal.
  - Regulació emocional.
  - Tècniques d'afrontament (respiració, mindfulness, reestructuració cognitiva).
  - Treball sobre expectatives de maternitat i vincle temprà.

  En aquest context, cal tenir en compte que l'atenció psicològica en l'àmbit de l'atenció primària a Catalunya s'estructura principalment en dos dispositius. D'una banda, el Programa de Benestar Emocional i Salut Comunitària (REBEC), orientat a la promoció del benestar emocional i la prevenció de malestar psicològic lleu-moderat, amb intervencions grupals i comunitàries realitzades per professionals de la salut mental no necessàriament especialistes en psicologia clínica. D'altra banda, el

Programa de Psicologia Clínica a l'Atenció Primària (PCP), integrat per psicòlegs clínics o psicòlegs generals sanitaris, que ofereixen intervenció psicològica especialitzada en casos de major complexitat.

Per a aquest projecte, l'abordatge més adequat és el del REBEC, ja que que es tracta d'una intervenció de caràcter preventiu, grupal i orientada a la promoció del benestar emocional en casos sense criteris de gravetat que requereixin atenció especialitzada.

- Llevadora
  - Detectar i explicar els canvis emocionals durant l'embaràs.
  - Preparació emocional per al part.
  - Promoció del vincle prenatal (parlar al nadó, imaginar-lo, contacte temprà…).
  - Lactància i contacte pell amb pell.
- Metgessa de família
  - Detecció i seguiment d'ansietat o depressió perinatal.
  - Informació sobre el tractament farmacològic segur durant l'embaràs en cas de ser necessari.
  - Explicació de l'impacte de la salut mental materna en l'embaràs i el nadó.
  - Coordinació amb psiquiatria.
- Infermera d'atenció primària
  - Estratègies d'autocura durant l'embaràs.
  - Identificació temprana dels símptomes emocionals.
  - Recolzament social i recursos comunitaris.
  - Dinàmiques grupals de recolzament entre mares.
- Psiquiatra especialitzada en salut mental perinatal
  - Psicoeducació sobre depressió i ansietat perinatal.
  - Detecció de casos més complexos i derivació.
  - Tractament farmacològic en l'embaràs i desmitificació dels psicofàrmacs en gestació.
- Treballadora social sanitària
  - Factors psicosocials que afecten al vincle (recolzament familiar, estrès, violència, precarietat).
  - Recursos comunitaris i xarxes de recolçament.

  - Estratègies per reduir l'aïllament social.
- Pediatra
  - Desenvolupament emocional del nadó.
  - Importància de l'aferrament temprà i interacció mare-nadó des del naixement.

Les sessions podrien organitzar-se de tal manera:

Sessió 1: Benvinguda i comprensió de la salut mental perinatal

- Professionals: psicòloga + llevadora.
- Continguts:
  - Presentació del grup i creació d'un espai segur.
  - Psicoeducació sobre ansietat i depressió perinatal.
  - Canvis emocionals normals durant l'embaràs.
  - Breu intervenció de la metgessa de família sobre salut mental materna i embaràs.
- Objectiu: normalitzar les emocions i reduir la culpa o l'estigma.

Sessió 2: Comprendre i regular les emocions

- Professionals: psicòloga.
- Continguts:
  - Identificació d'emocions durant l'embaràs.
  - Regulació emocional.
  - Tècniques de respiració i relaxació.
  - Introducció al mindfulness.
- Objectiu: donar eines per gestionar ansietat i estrès.

Sessió 3: Pensaments, expectatives i maternitat

- Professionals: psicòloga.
- Continguts:
  - Expectatives sobre la maternitat.
  - Pressió social i mites de la "mare perfecta".
  - Reestructuració cognitiva de pensaments negatius.
- Objectiu: disminuir l'autocrítica i fomentar una maternitat realista i saludable.

Sessió 4: Construint el vincle abans del naixement

- Professionals: llevadora.
- Continguts:
  - Promoció del vincle prenatal.
  - Imaginar el nadó, parlar-li, connectar amb ell.
  - Preparació emocional per al part.
  - Visualització del primer contacte amb el nadó.
- Objectiu: fomentar el vincle afectiu durant l'embaràs.

Sessió 5: Autocura i xarxa de suport

- Professionals: infermera d'atenció primària + treballadora social.
- Continguts:
  - Estratègies d'autocura durant l'embaràs.
  - Identificació precoç de símptomes emocionals.
  - Recursos comunitaris i suport social.
  - Dinàmica grupal de suport entre mares.
- Objectiu: reduir l'aïllament i potenciar el suport social.

Sessió 6: Tractament i salut mental durant l'embaràs

- Professionals: metgessa de família + intervenció psiquiatra.
- Continguts:
  - Psicoeducació sobre depressió i ansietat perinatal.
  - Informació sobre tractament farmacològic segur durant l'embaràs.
  - Desmitificació dels psicofàrmacs.
  - Informar sobre quan cal buscar ajuda especialitzada.
- Objectiu: reduir pors sobre tractaments i millorar l'adherència terapèutica.

Sessió 7: El nadó i el vincle després del naixement

- Professionals: llevadora + intervenció pediatra (CAP).
- Continguts:
  - Desenvolupament emocional del nadó.
  - Importància de l'aferrament temprà.
  - Contacte pell amb pell.
  - Lactància i interacció mare-nadó.

- Objectiu: reforçar conductes que afavoreixen el vincle després del part.

Sessió 8: Tancament i resolució de dubtes

- Professionals: psicòloga + infermera (participació oberta d'altres professionals si cal).
- Continguts:
  - Repàs dels continguts treballats.
  - Espai de preguntes i resolució de dubtes.
  - Compartir experiències del grup.
  - Recursos disponibles després del programa.
- Objectiu: consolidar aprenentatges i reforçar el suport.

3.8. Variables i instruments

Outcome principal

Vincle mare-nadó (bonding), mesurat mitjançant el Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ). Consisteix en un qüestionari autoinformat dissenyat per a proporcionar informació temprana sobre trastorns del vincle afectiu mare-bebè. Aquest consta de 25 ítems per a ser avaluats del 0 al 5. Una puntuació inferior a 26 punts indica un vincle saludable i afectuós. Puntuacions entre 26 i 39 punts suggereixen dificultats moderades en la vinculació. Una puntuació de 40 punts o més assenyala problemes significatius en la relació emocional amb el nadó. Com més baixa és la puntuació, més saludable és el vincle mare-nadó. El PBQ ha estat validat específicament per a la detecció de trastorns del vincle mare-nadó (Brockington et al., 2006).

Outcomes secundaris

- Com a part del cribratge inicial de salut mental en embarassades, s'utilitzen les preguntes de Whooley. Aquestes consisteixen en dues preguntes on si la pacient respòn que sí a una d'elles, es considera un resultat positiu; estan recomanades com a instrument breu de detecció de simptomatologia depressiva en el context perinatal, amb bona sensibilitat per identificar casos que requereixen avaluació més exhaustiva (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2020; Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN], 2023).

- Símptomes depressius mesurats amb Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Aquesta escala es pot utilitzar també en el període prenatal, es pot contestar en 5 minuts i és autoadministrada. Consisteix en deu afirmacions, entre les quals la mare ha d'escollir quina de les quatre possibles respostes s'assembla més a la manera que es va sentir durant la setmana anterior. Té un rang de puntuació de 0 a 30 punts. Una puntuació entre 0 i 9 es considera dins del rang normal i indica un baix risc de depressió, una puntuació entre 10 i 12 pot indicar una depressió lleu i una puntuació de 13 punts o més suggereix una probable depressió clínicament significativa. En la validació en població espanyola, l'EPDS ha demostrat bona consistència interna i adequades propietats psicomètriques (García-Esteve et al., 2003), i ha estat àmpliament validada tant en període prenatal com postnatal (Cox et al., 1996; Gibson et al., 2009; Kozinszky & Dudas, 2015).
- Símptomes ansiosos mesurats amb Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7). Es tracta d'un qüestionari autoinformat que conté set ítems, que mesuren la gravetat de l'ansietat de la pacient durant les últimes dues setmanes. Té un rang de 0 a 21 punts. Una puntuació de 0 a 4 es considera ansietat mínima o normal, mentre que de 5 a 9 indica ansietat lleu. Quan els resultats se situen entre 10 i 14 punts, es parla d'ansietat moderada, i si són de 15 a 21 punts, es considera ansietat greu. El GAD-7 ha demostrat bones propietats psicomètriques, amb elevada sensibilitat i especificitat per a la detecció de trastorns d'ansietat en contextos clínics i d'atenció primària (Spitzer et al., 2006). Així mateix, la versió espanyola ha estat validada en població general i clínica, mostrant una adequada consistència interna i fiabilitat (García-Campayo et al., 2010).

<u>Indicadors de viabilitat</u>

- Taxa de reclutament (percentatge de dones elegibles que accepten participar).
- Assistència a les sessions (es considerarà adequada una assistència mínima del 75%, equivalent a 6 de les 8 sessions).
- Percentatge d'abandonament i anàlisi dels motius.
- Cumplimentació de qüestionaris (percentatge de dones que els completen en cada moment).

- Evolució dels resultats obtinguts en les escles d'avaluació (millora objectivada).
- Satisfacció de les participants mitjançant el qüestionari TSQ: Treatment Satisfaction Questionnaire. Aquest qüestionari autoinformat avalua per part de la pacient el procés d'administració del tractament i els seus resultats relacionats. Es tracta d'un instrument validat que avalua la percepció del tractament en quatre dimensios: efectes percebuts, eficàcia del tractament, comoditat d'ús i satisfacció general (Atkinson et al., 2004).

3.9. Moments d'avaluació

Es preveuen tres moments d'avaluació:

- T0: abans d'iniciar la intervenció.
- T1: immediatament després de la intervenció.
- T2: seguiment aproximadament 6–8 setmanes postpart.

3.10. Procediment de l'estudi

Les participants seran identificades durant les visites de seguiment de l'embaràs a l'ASSIR mitjançant cribratge de salut mental rutinari, a través de la detecció de símptomes de depressió i/o ansietat, mitjançant entrevista clínica i preguntes dirigides.

El protocol de seguiment durant la gestació a l'ASSIR estableix que a les 12 setmanes de gestació es realitzi el cribatge inicial amb les preguntes Whooley. En cas de resposta positiva a alguna d'aquestes preguntes, les dones que presentin simptomatologia compatible seran considerades possibles candidates per a la participació en el projecte.

Aquestes passaran a realitzar l'avaluació inicial (T0); en la qual s'utilitzaran escales estandaritzades (EPDS i GAD-7) per a detectar i mesurar la simptomatologia ansiosa i depressiva, i per a classificar el nivell de risc (baix / moderat / alt). Les dones que compleixin criteris d'inclusió rebran informació detallada sobre l'estudi i, si accepten participar-hi, signaran el consentiment informat.

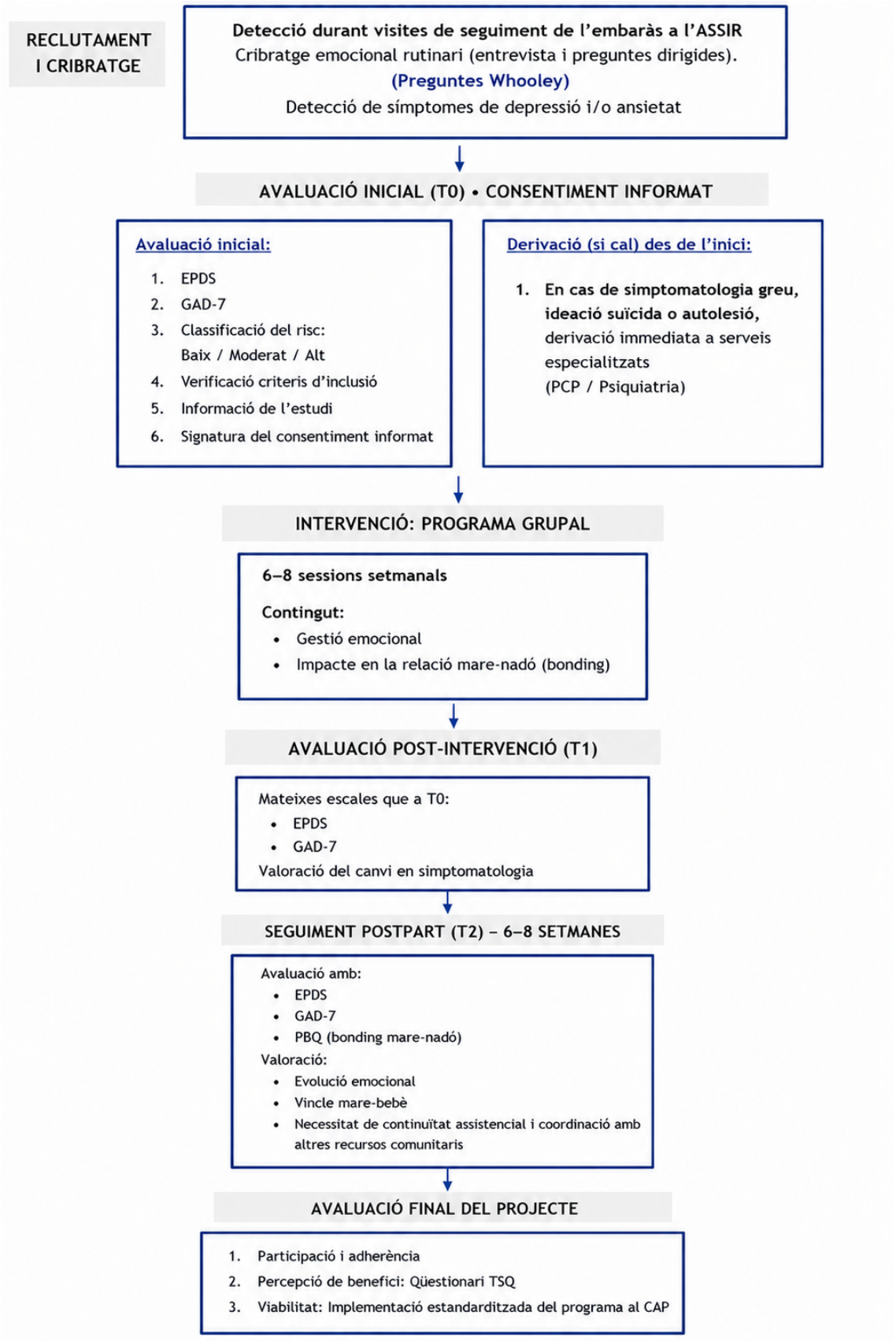
A continuació, s'iniciarà el programa grupal, format per 6-8 sessions repartides setmanalment, on les participants rebran informació i tècniques útils per a la gestió emocional i el seu impacte en el vincle mare-nadó.

Un cop finalitzat el programa es realitzarà l'avaluació post-intervenció (T1), utilitzant les mateixes eines que a T0, i es valorarà si hi ha hagut un canvi real en les puntuacions de les escales.

Finalment es realitzarà una avaluació de seguiment (T2) a les 6-8 setmanes postpart, per a valorar l'evolució emocional i el vincle mare-bebè.
Aquest seguiment també ens serà útil de cara a valorar la continuïtat del suport i coordinació amb altres recursos comunitaris si calgués. Aquesta avaluació es realizarà mitjançant les mateixes escales que a T0 i, addicionalment, el qüestionari PBQ, per a avaluar el vincle mare-nadó.

En cas de detectar-se qualsevol simptomatologia greu durant el procés, incloent-hi ideació suïcida o risc de conducta autolesiva, les participants seran immediatament derivades als serveis especialitzats corresponents, com ara l'equip de Psicologia Clínica a l'Atenció Primària (PCP) o de psiquiatria, per tal de garantir una avaluació i atenció adequada.

Un cop finalitzat el projecte (des de la inclusió en el mateix fins a la finalització del seguiment) és necessari avaluar-lo, mitjançant la participació i l'adherència, la percepció de benefici per part de les participants (qüestionari TSQ), i la viabilitat real d'aplicar aquest programa de prevenció de forma estandaritzada en el CAP.


RECLUTAMENT I CRIBRATGE
Detecció durant visites de seguiment de l'embaràs a l'ASSIR
Cribratge emocional rutinari (entrevista i preguntes dirigides).
(Preguntes Whooley)
Detecció de símptomes de depressió i/o ansietat
AVALUACIÓ INICIAL (T0) • CONSENTIMENT INFORMAT
Avaluació inicial:
1. EPDS
2. GAD-7
3. Classificació del risc: Baix / Moderat / Alt
4. Verificació criteris d'inclusió
5. Informació de l'estudi
6. Signatura del consentiment informat
Derivació (si cal) des de l'inici:
1. En cas de simptomatologia greu, ideació suïcida o autolesió, derivació immediata a serveis especialitzats (PCP / Psiquiatria)
INTERVENCIÓ: PROGRAMA GRUPAL
6–8 sessions setmanals
Contingut:
• Gestió emocional
• Impacte en la relació mare-nadó (bonding)
AVALUACIÓ POST-INTERVENCIÓ (T1)
Mateixes escales que a T0:
• EPDS
• GAD-7
Valoració del canvi en simptomatologia
SEGUIMENT POSTPART (T2) – 6–8 SETMANES
Avaluació amb:
• EPDS
• GAD-7
• PBQ (bonding mare-nadó)
Valoració:
• Evolució emocional
• Vincle mare-bebè
• Necessitat de continuïtat assistencial i coordinació amb altres recursos comunitaris
AVALUACIÓ FINAL DEL PROJECTE
1. Participació i adherència
2. Percepció de benefici: Qüestionari TSQ
3. Viabilitat: Implementació estandarditzada del programa al CAP

Atès el caràcter pilot i exploratori d'aquest projecte, així com el fet que es planteja com una proposta de disseny i avaluació inicial d'un programa psicosocial aplicable a l'atenció primària, no s'ha inclòs un grup control en aquesta primera fase. L'objectiu principal de l'estudi és valorar la viabilitat, l'acceptabilitat i els possibles canvis pre-post associats a la intervenció, més que no pas establir-ne l'eficàcia comparativa.

La inclusió d'un grup control requeriria una estructura metodològica més complexa, amb una mida mostral més gran, assignació aleatòria, més recursos assistencials i un període de seguiment més ampli. En el context d'un Treball Final de Grau i d'una intervenció no implementada encara en un entorn real, es considera més adequat plantejar una fase inicial de prova amb un únic grup d'intervenció.

3.11. Pla d'anàlisi

En primer lloc, es realitzarà una anàlisi descriptiva de les característiques sociodemogràfiques i clíniques de la mostra. Es presentaran les característiques bàsiques de les participants (edat, nivell educatiu, situació laboral, estat civil, antecedents clínics…), i les puntuacions inicials de les variables estudiades. Les variables es descriuran mitjançant mitjanes / mediana.

Posteriorment, s'analitzarà el resultat de l'avaluació del vincle mare-bebè (resultat principal de l'estudi), i els canvis en les puntuacions de depressió i ansietat entre les diferents mesures temporals (resultats secundaris). Es presentaran les mitjanes o medianes de les puntuacions en cada punt temporal, així com el canvi mitjà entre T0, T1 i T2.

Finalment, es presentaran els indicadors de viabilitat del programa, incloent-hi les taxes de reclutament, adherència i abandonament, així com el grau de satisfacció de les participants amb la intervenció. Aquests indicadors es descriuran mitjançant estadística descriptiva, amb l'objectiu d'avaluar la factibilitat i acceptabilitat del programa.

3.12. Ètica i aspectes legals

L'estudi es desenvoluparà en compliment de la Declaració d'Hèlsinki (versió vigent; actualment Fortaleza, Brasil, octubre 2013), d'acord amb el protocol i amb els requisits legals pertinents (Llei 14/2007, de 3 de juliol, d'Investigació Biomèdica).

La participació serà voluntària i totes les participants signaran un consentiment informat abans d'iniciar l'estudi.

3.13. Protecció de dades

- Es garantirà la confidencialitat de les dades i el compliment de la normativa vigent en matèria de protecció de dades personals.
- Les pacients podran exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició davant del metge o metgessa de l'estudi, d'acord amb el Reglament (UE) 2016/679 del 27 d'abril relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de les seves dades personals.
- La investigadora es compromet a preservar la privacitat de les pacients i la confidencialitat de les dades, d'acord amb el Reglament (UE) 2016/679 del 27 d'abril de protecció de dades i amb el RD 1720/2007, de 21 de desembre, pel qual s'aprova el Reglament de desenvolupament de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, a través de la codificació de les mateixes.
- Tindran accés directe a les dades / documentació font: la investigadora o la institució permetran l'accés directe (però no la cessió) a les dades o documents font per a la realització del monitoratge, l'auditoria, la revisió pel CEI, així com la inspecció de l'estudi per les autoritats sanitàries.

4. PLA DE TREBALL (CRONOGRAMA)

- Fase 1: revisió bibliogràfica i definició del protocol.
- Fase 2: disseny detallat del programa d'intervenció.
- Fase 3: reclutament de participants i avaluació incial (T0).
- Fase 4: implementació del programa.
- Fase 5: recollida i anàlisi de dades (T1, T2 i anàlisi).
- Fase 6: redacció del treball final i dels resultats obtinguts.

Donat que es tracta d'un Treball Final de Grau, per al moment, aquest projecte no serà implementat en un context real. Per aquest motiu, el treball final i els resultats finals seran de caràcter teòric i s'extrapolaran a partir de l'evidència científica disponible, estimant els possibles efectes del projecte d'intervenció si aquest fos aplicat en un CAP seguint el protocol establert.

A més de la descripció de les fases, es detalla la temporalització del projecte mitjançant un cronograma estructurat en setmanes, que permet visualitzar la seqüència i solapament de les diferents fases.

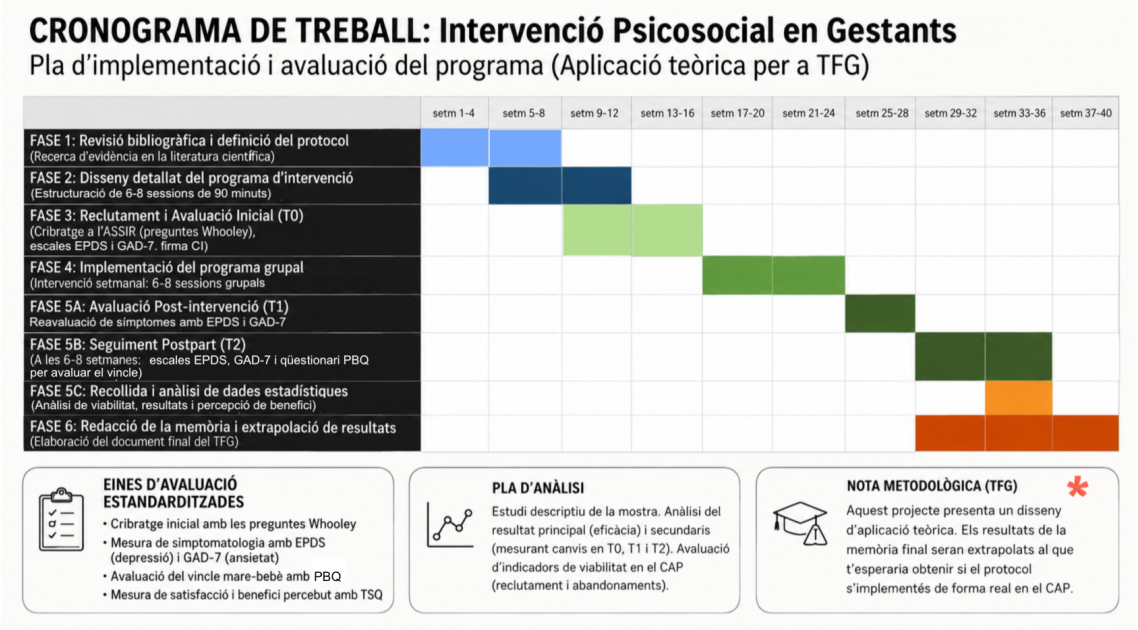
Cada fase del projecte s'ha planificat de manera progressiva, iniciant-se amb la revisió bibliogràfica i la definició del protocol, que constitueixen la base teòrica i metodològica de la intervenció. Posteriorment, es desenvolupa el disseny detallat del programa, incloent l'estructura de les sessions, continguts i eines d'avaluació.

La fase de reclutament es realitza de manera consecutiva, incloent el cribratge de salut mental (preguntes Whooley) i l'obtenció del consentiment informat. Aquesta fase dona pas a la implementació de la intervenció grupal, que es desenvolupa al llarg de diverses setmanes (6-8 sessions repartides setmanalment).

Paral·lelament, es planifica la recollida de dades en diferents moments temporals (T0, T1 i T2), tal com es mostra a la taula d'avaluació, amb l'objectiu de mesurar tant els resultats principals com secundaris del programa.

Finalment, es duu a terme l'anàlisi de dades i la redacció del treball final, incloent la interpretació dels resultats i la seva extrapolació a un context real d'atenció primària.

	RECLUTAMENT	BASAL (T0)	INTERVENCIÓ	POST-INTERVENCIÓ (T1)	SEGUIMENT 6-8 SETMANES POSTPART (T2)
CRIBATGE DE SALUT MENTAL (Whooley)	X				
CONSENTIMENT INFORMAT	X				
EPDS	X	X		X	X
GAD-7	X	X		X	X
SESSIONS GRUPALS			X		
PBQ					X
TSQ				X	X
ADHERÈNCIA				X	X
DERIVACIÓ (si escau)	X	X	X	X	X



5. RESULTATS ESPERATS

5.1. Resultat principal

S'espera que la participació de les dones gestants amb símptomes depressius o ansiosos durant el període perinatal en el programa grupal psicosocial contribueixi a un vincle mare-bebè saludable, mesurat a través del qüestionari PBQ.

Aquest resultat es fonamenta en l'evidència científica que indica que la millora de la salut mental materna durant l'embaràs pot tenir un impacte positiu en la qualitat del vincle precoç, afavorint interaccions més sensibles i una millor adaptació emocional postpart (Lefkovics et al., 2014; Hildingsson & Rubertsson, 2022; Cook et al., 2024).

A més, estudis recents suggereixen que les intervencions dirigides a reduir l'ansietat i la depressió durant la gestació poden millorar significativament el vincle mare-nadó i la responsivitat materna postpart (Olivas et al., 2025).

5.2. Resultats secundaris

- Es preveu una reducció dels símptomes depressius mesurats a través de l'escala EPDS utilitzada durant la intervenció.

  Aquest resultat es basa en estudis previs que han demostrat l'eficàcia de les intervencions cognitivoconductuals en la reducció de la simptomatologia depressiva en dones embarassades (Austin et al., 2008; Burns et al., 2013; Sockol, 2015; Pettman et al., 2023).

- S'espera una reducció dels símptomes ansiosos mesurats a través de l'escala GAD-7 utilitzada durant la intervenció.

  La literatura suggereix que les intervencions grupals poden millorar les estratègies d'afrontament emocional i reduir els nivells d'ansietat durant el període perinatal (Shulman et al., 2018; Li et al., 2022; Torres-Giménez et al., 2024).

- S'anticipa que el programa sigui viable en l'àmbit de l'atenció primària, amb una taxa adequada de reclutament i alta adherència a les sessions.

  Aquest aspecte és especialment rellevant, ja que estudis previs han identificat múltiples barreres en l'accés als serveis de salut mental durant l'embaràs i el

postpart, com l'estigma associat als trastorns mentals, la por al judici social o professional, la manca de temps, les dificultats logístiques, el desconeixement dels recursos disponibles i la tendència a normalitzar el malestar emocional durant la maternitat (Dennis & Chung-Lee, 2006; Kopelman et al., 2008; Woolhouse et al., 2009; Goodman & Tyer-Viola, 2010).

- Es prediu una valoració positiva del programa per part de les participants, indicant bona acceptabilitat i satisfacció amb la intervenció.

  Els formats grupals poden afavorir el suport social entre iguals, considerat un factor protector rellevant en salut mental perinatal i un element facilitador de l'adherència terapèutica (O'Mahen et al., 2012; Milgrom et al., 2015).

- Es considera probable que aquest projecte podria servir com a base per a futurs estudis sobre intervencions preventives en salut mental perinatal amb mostres més àmplies, contribuint a l'evidència sobre la implementació d'aquest tipus de programes des de l'atenció primària.

6. DISCUSSIÓ

6.1. Interpretació resultats

Els resultats esperats d'aquest estudi suggereixen que una intervenció psicosocial grupal dirigida a dones gestants amb simptomatologia ansiosa i/o depressiva podria contribuir a la millora del vincle mare-bebè, així com a la reducció dels símptomes d'ansietat i depressió durant el període perinatal. Aquests resultats són coherents amb l'evidència científica disponible en aquest àmbit, que estableix una relació clara entre la simptomatologia depressiva i ansiosa durant el període perinatal i les dificultats en el vincle mare-bebè. Diversos estudis han demostrat que les dones amb nivells més elevats de depressió i ansietat presenten pitjor qualitat del vincle afectiu amb el nadó durant el postpart (Hildingsson & Rubertsson, 2022; Dubber et al., 2015; Ohoka et al., 2014; Fukui et al., 2023).

En relació amb el resultat principal, es preveu una millora del vincle maternofilial, mesurat mitjançant el qüestionari PBQ. Aquest aspecte és especialment rellevant, ja que la literatura indica que la depressió materna durant l'embaràs pot afectar negativament la qualitat del vincle precoç i les interaccions mare-fill (Lefkovics et al., 2014). Així mateix, estudis previs indiquen que les dificultats emocionals durant el període perinatal poden interferir en la capacitat de la mare per respondre de manera sensible i consistent a les necessitats del nadó (Palacios-Hernández et al., 2015), fet que reforça la importància d'intervencions preventives en aquesta etapa.

En aquesta línia, revisions sistemàtiques i metaanàlisis recents han evidenciat que les intervencions psicològiques aplicades durant el període perinatal, especialment les basades en teràpia cognitivoconductual i mindfulness, són eficaces en la reducció dels símptomes d'ansietat i depressió materna (Li et al., 2022; Pettman et al., 2023; Torres-Giménez et al., 2024).

A més, alguns estudis suggereixen que la millora de la simptomatologia emocional materna es relaciona amb una millor qualitat de la relació mare-infant i amb una major sensibilitat materna després del part (Smith et al., 2022; Adina et al., 2022).

Recentment, Olivas et al. (2025) van observar que una intervenció dirigida a reduir l'ansietat prenatal millorava significativament el vincle maternofilial, i que aquest efecte estava mediat per una major responsivitat materna, una millor autoeficàcia percebuda i una reducció de la depressió postpart. Aquests resultats reforcen la hipòtesi que les intervencions preventives durant la gestació poden tenir un impacte positiu tant en la salut mental materna com en l'establiment d'un vincle afectiu saludable amb el nadó.

Pel que fa als resultats secundaris, s'espera una reducció dels símptomes depressius i ansiosos mesurats mitjançant les escales EPDS i GAD-7. Aquests resultats estan en línia amb diversos estudis que han demostrat l'eficàcia de les intervencions basades en la teràpia cognitivoconductual (TCC) durant l'embaràs. En concret, assaigs clínics com els d'Austin et al. (2008) i Burns et al. (2013), així com estudis pilot com el de Milgrom et al. (2015), han evidenciat reduccions significatives en la simptomatologia depressiva després de la participació en programes grupals. A més, la revisió sistemàtica de Sockol (2015) confirma que la TCC és una intervenció efectiva tant per al tractament com per a la prevenció de la depressió perinatal.

En aquest context, la implementació d'un programa grupal en l'àmbit de l'atenció primària es presenta com una estratègia especialment rellevant. Tal com indiquen Goodman & Tyer-Viola (2010), els professionals obstètrics i d'atenció primària tenen un paper clau en la detecció precoç i la derivació de les dones amb simptomatologia emocional.

No obstant això, diversos estudis han identificat barreres importants en l'accés als serveis de salut mental durant el període perinatal, com l'estigma, la manca d'informació o les dificultats logístiques (Dennis & Chung-Lee, 2006; Kopelman et al., 2008; Woolhouse et al., 2009). En aquest sentit, els resultats esperats de bona adherència i acceptabilitat del programa podrien indicar que aquest tipus

d'intervencions contribueixen a reduir aquestes barreres, i que son ben acceptades per les participants quan d'adapten a les seves necessitats específiques (O'Mahen et al., 2012; Sockol, 2015).

D'altra banda, la identificació precoç de dones en risc és un element fonamental per a l'èxit de la intervenció. La revisió de Biaggi et al. (2016) destaca la importància de factors de risc com els antecedents psiquiàtrics o la manca de suport social, aspectes que justifiquen la incorporació de mecanismes de cribratge de salut mental en el disseny del programa.

6.2. Limitacions del projecte

Tot i els beneficis potencials, aquest projecte presenta algunes limitacions.

En primer lloc, es tracta d'un Treball Final de Grau en el qual la intervenció no s'ha implementat en un context real, de manera que els resultats són de caràcter teòric i es basen en l'extrapolació de l'evidència científica existent. Això limita la capacitat de generalització dels resultats i la seva aplicabilitat directa.

A més, no es disposa de dades empíriques pròpies que permetin contrastar la hipòtesi plantejada.

En segon lloc, tot i que aquest disseny permet obtenir informació preliminar sobre la factibilitat del programa, l'adherència de les participants, la satisfacció amb la intervenció i l'evolució de les puntuacions en les escales EPDS, GAD-7 i PBQ, l'absència d'un grup control constitueix una limitació important, ja que impedeix atribuir de manera causal els canvis observats exclusivament a la intervenció. Per aquest motiu, els resultats s'haurien d'interpretar amb prudència i considerar-se com una base per a futurs estudis controlats, amb mostres més àmplies i, idealment, amb assignació aleatòria.

6.3. Fortaleses del projecte

Malgrat aquestes limitacions, aquest projecte presenta diverses fortaleses.

D'una banda, es basa en un model d'intervenció fonamentat en l'evidència científica i adaptat a les necessitats específiques de la població perinatal. D'altra banda, proposa una intervenció viable en l'àmbit de l'atenció primària, un entorn clau per a la detecció i intervenció precoç en salut mental, tal i com suggereixen experiències com la descrita per Giralt et al. (2021).

Finalment, aquest estudi pot servir com a base per al desenvolupament de futures investigacions que avaluïn l'eficàcia d'aquest tipus d'intervencions en mostres més àmplies i en contextos reals. Així mateix, podria contribuir a la integració de programes de prevenció de la salut mental perinatal dins dels serveis habituals d'atenció primària, millorant així l'atenció integral a les dones gestants.

7. CONCLUSIONS

Aquest projecte parteix de la necessitat creixent d'abordar la salut mental perinatal des d'una perspectiva preventiva i comunitària, especialment en relació amb la seva influència sobre el vincle maternofilial. La depressió i l'ansietat durant l'embaràs i el postpart constitueixen factors de risc ben establerts per a l'aparició de dificultats en el vincle fectiu mare-bebè, amb possibles repercussions tant en la salut emocional materna com en el desenvolupament socioemocional del nadó.

En aquest context, la proposta d'un programa psicosocial grupal implementat en l'atenció primària es presenta com una estratègia viable i potencialment efectiva per a la detecció precoç i la intervenció sobre la simptomatologia emocional perinatal. El disseny del programa integra intervencions psicològiques basades en la teràpia cognitivoconductual, que l'envidència científica ha relacionat amb la reducció dels símptomes depressius i ansiosos durant l'embaràs.

A més, la incorporació d'un enfocament específic sobre el vincle mare-bebè permet transcendir el model assistencial centrat únicament en la simptomatologia clínica, per avançar cap a una visió més integral de la salut perinatal. Aquesta perspectiva resulta especialment rellevant tenint en compte que el vincle mare-bebè és un procés sensible als factors emocionals i psicosocials de la mare, i que pot ser potenciat mitjançant intervencions primerenques.

El disseny proposat també posa de manifest el paper clau de l'atenció primària com a entorn accessible, proper i estratègic per a la implementació de programes preventius en salut mental. La detecció precoç mitjançant cribratge, juntament amb la intervenció grupal interdisciplinària, pot contribuir a reduir barreres d'accés als serveis especialitzats, com l'estigma o la infradetecció dels símptomes emocionals.

Tot i que el projecte no ha estat implementat en un context real i els resultats són de caràcter teòric, l'evidència revisada suggereix que una intervenció d'aquestes característiques podria millorar tant el vincle maternofilial com la simptomatologia

depressiva i ansiosa durant el període perinatal. Així mateix, s'espera que el programa sigui viable, acceptable i ben valorat per les participants, especialment pel suport emocional i social que pot oferir.

Com a conclusió final, aquest treball posa en relleu la importància d'incorporar intervencions preventives estructurades en salut mental perinatal dins l'atenció primària. La implementació de programes com el proposat podria contribuir significativament a la promoció del benestar emocional de les mares i a la millora del desenvolupament inicial del vincle mare-nadó, amb impacte potencial a llarg termini en la salut familiar i comunitària.

8. BIBLIOGRAFIA

- Vigod, S. N., Wilson, C. A., & Howard, L. M. (2016). Depression in pregnancy. *BMJ, 352*, i1547.

- Becker, M., Weinberger, T., Chandy, A., & Schmukler, S. (2016). Depression during pregnancy and postpartum. *Current Psychiatry Reports, 18*, 9.

- Grigoriadis, S., VonderPorten, E. H., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Dennis, C. L., Koren, G., et al. (2013). The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry, 74*, E321.

- Hildingsson, I., & Rubertsson, C. (2022). Postpartum bonding and association with depressive symptoms and prenatal attachment in women with fear of birth. BMC Pregnancy and Childbirth, 22(1), 66.

- Dubber, S., Reck, C., Müller, M., & Gawlik, S. (2015). Postpartum bonding: Associations between maternal depression, anxiety and mother-infant bonding. *Archives of Women's Mental Health, 18*, 187–195.

- Ohoka, H., Koide, T., Goto, S., Murase, S., Kanai, A., Masuda, T., et al. (2014). Effects of maternal depressive symptomatology during pregnancy and the postpartum period on infant-mother bonding. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 68*, 631–639.

- Palacios-Hernández, B., Subirà, S., & García, L. (2015). Comparative study of the factors involved in mother-infant bonding in women with and without postpartum depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 33*, 1–10.

- Tichelman, E., Westerneng, M., Witteveen, A. B., van Baar, A. L., van der Horst, H. E., & de Jonge, A. (2019). Correlates of prenatal and postnatal mother-to-infant bonding quality: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth, 19*, 1–15.

- Fukui, N., Watanabe, Y., Motegi, T., Hashijiri, K., Ogawa, M., Egawa, J., et al. (2023). Relationships among autistic traits, depression, anxiety, and maternal-infant bonding in postpartum women. *BMC Psychiatry, 23*.

- Lefkovics, E., Baji, I., & Rigó, J. (2014). Impact of maternal depression on pregnancies and on early attachment. *Infant Mental Health Journal, 35*, 354–365.

- Brockington, I., Butterworth, R., & Glangeaud-Freudenthal, N. (2017). An international position paper on mother-infant (perinatal) mental health, with guidelines for clinical practice. *Archives of Women's Mental Health, 20*, 113–120.

- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 191*, 62–77.

- Goodman, J. H., & Tyer-Viola, L. (2010). Detection, treatment, and referral of perinatal depression and anxiety by obstetrical providers. *Journal of Women's Health, 19*, 477–490.

- Dennis, C. L., & Chung-Lee, L. (2006). Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: A qualitative systematic review. *Birth, 33*, 323–331.

- Kopelman, R. C., Moel, J., Mertens, C., Stuart, S., Arndt, S., & O'Hara, M. W. (2008). Barriers to care for antenatal depression. *Psychiatric Services, 59*, 429–432.

- Woolhouse, H., Brown, S., Krastev, A., Perlen, S., & Gunn, J. (2009). Seeking help for anxiety and depression after childbirth: Results of the Maternal Health Study. *Archives of Women's Mental Health, 12*, 75–83.

- Austin, M. P., Frilingos, M., Lumley, J., Hadzi-Pavlovic, D., Roncolato, W., Acland, S., et al. (2008). Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: A randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders, 105*, 35–44.

- Burns, A., O'Mahen, H., Baxter, H., Bennert, K., Wiles, N., Ramchandani, P., et al. (2013). A pilot randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy for antenatal depression. *BMC Psychiatry, 13*, 33.

- Milgrom, J., Holt, C., Holt, C. J., Ross, J., Ericksen, J., & Gemmill, A. W. (2015). Feasibility study and pilot randomised trial of an antenatal depression treatment with infant follow-up. *Archives of Women's Mental Health, 18*, 717–730.

- Sockol, L. E. (2015). A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. *Journal of Affective Disorders, 177*, 7–21.

- Olivas, E., Park, S., Malik, A., Zaidi, A., Atif, N., Rahman, A., et al. (2025). An intervention to address prenatal anxiety improves maternal-infant bonding, with effects mediated by maternal-infant responsiveness, maternal self-efficacy, and postpartum depression. *Infant Mental Health Journal, 46*, 842–854.

- Tsivos, Z. L., Calam, R., Sanders, M. R., & Wittkowski, A. (2015). Interventions for postnatal depression assessing the mother-infant relationship and child developmental outcomes: A systematic review. *International Journal of Women's Health, 7*, 429–447.

- Giralt, M., Lorente, B., Canal, M., Gilberte, E., Cazorla, J., Esteban, D., et al. (2021). Programa de intervención en salud mental perinatal. *Psicosomática y Psiquiatría, 9*, 1–10.

- World Health Organization. (2006). Neonatal and perinatal mortality: Country, regional and global estimates. WHO.

- World Health Organization. (n.d.). Perinatal conditions. WHO Mortality Database. WHO.

- World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. (n.d.). *Newborn health*. WHO Regional Office for the Western Pacific.

- National Institute for Health and Care Excellence. (2020). Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance. NICE.

- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2023). Perinatal mental health conditions: A national clinical guideline. SIGN.

- Brockington, I. F., Fraser, C., & Wilson, D. (2006). The Postpartum Bonding Questionnaire: A validation. *Archives of Women's Mental Health, 9*, 233–242.

- García-Esteve, L., Ascaso, C., Ojuel, J., & Navarro, P. (2003). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of Affective Disorders, 75*, 71–76.

- Cox, J. L., Chapman, G., Murray, D., & Jones, P. (1996). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in non-postnatal women. *Journal of Affective Disorders, 39*, 185–189.

- Gibson, J., McKenzie-McHarg, K., Shakespeare, J., Price, J., & Gray, R. (2009). A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 119*, 350–364.

- Kozinszky, Z., & Dudas, R. B. (2015). Validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for the antenatal period. *Journal of Affective Disorders, 176*, 95–105.

- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine, 166*, 1092–1097.

- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V., & Rejas, J. (2010). Psychometric validation of the Spanish version of the GAD-7 scale in primary care. *Health and Quality of Life Outcomes, 8*, 8.

- Atkinson, M. J., Sinha, A., Hass, S. L., Colman, S. S., Kumar, R. N., Brod, M., et al. (2004). Validation of a general measure of treatment satisfaction, the Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (TSQM), using a national panel study of chronic disease. *Health and Quality of Life Outcomes, 2*, 12.

- Cook, N., Ayers, S., & Horsch, A. (2024). Associations between maternal psychological distress and mother-infant bonding: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health, 27*, 1–18.

- Pettman, D., O'Mahen, H., Blomberg, O., Skoog Svanberg, A., von Essen, L., & Woodford, J. (2023). Effectiveness of cognitive behavioural therapy-based interventions for maternal perinatal depression: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry, 23*, 208.

- Shulman, B., Dueck, R., Ryan, D., Breau, G., Sadowski, I., & Misri, S. (2018). Feasibility of a mindfulness-based cognitive therapy group intervention for pregnant women. *Archives of Women's Mental Health, 21*, 563–570.

- Li, X., Laplante, D. P., Paquin, V., Lafortune, S., Elgbeili, G., & King, S. (2022). Effectiveness of cognitive behavioral therapy for perinatal maternal depression, anxiety and stress: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review, 92*, 102129.

- Torres-Giménez, A., Sureda, B., Roca-Lecumberri, A., Andrés-Perpiñá, S., Solé, E., & Gelabert, E. (2024). Efficacy of contextual therapies in perinatal depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research, 169*, 209–223.

- Smith, C. G., Jones, E. J. H., Wass, S. V., Jacobs, D., Fitzpatrick, C., & Charman, T. (2022). The effect of perinatal interventions on parent anxiety, infant socio-emotional development and parent-infant relationship outcomes: A systematic review. *JCPP Advances, 2*, e12116.

- Adina, J., Morawska, A., Mitchell, A. E., & McBryde, M. (2022). Effect of parenting interventions on perinatal depression and implications for infant developmental outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review, 25*, 316–338.

- O'Mahen, H., Fedock, G., Henshaw, E., Himle, J. A., Forman, J., & Flynn, H. A. (2012). Modifying CBT for perinatal depression: What do women want? *Cognitive and Behavioral Practice, 19*, 359–371.

9. ANNEXOS

9.1. EPDS

Escala Edinburgh para la Depresión Postnatal (Spanish Version)

Nombre de participante: _____ Número de identificación de participante: _____

Fecha: _____

Como usted está embarazada o hace poco que tuvo un bebé, nos gustaría saber como se siente actualmente. Por favor MARQUE (√) la respuesta que más se acerca a como se ha sentido durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS y no sólo como se ha sentido hoy.

A continuación se muestra un ejemplo completado:

Me he sentido feliz:
Sí, todo el tiempo ___ 0
Sí, la mayor parte del tiempo ✔ 1
No, no muy a menudo ___ 2
No, en absoluto ___ 3

Esto significa: "Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo" durante la última semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:
Tanto como siempre he podido hacerlo ___ 0
No tanto ahora ___ 1
Sin duda, mucho menos ahora ___ 2
No, en absoluto ___ 3

2. He mirado al futuro con placer para hacer cosas:
Tanto como siempre ___ 0
Algo menos de lo que solía hacerlo ___ 1
Definitivamente menos de lo que solía hacerlo ___ 2
Prácticamente nunca ___ 3

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:
Sí, casi siempre ___ 3
Sí, algunas veces ___ 2
No muy a menudo ___ 1
No, nunca ___ 0

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno:
No, en absoluto ___ 0
Casi nada ___ 1
Sí, a veces ___ 2
Sí, muy a menudo ___ 3

5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:
Sí, bastante ___ 3
Sí, a veces ___ 2
No, no mucho ___ 1
No, en absoluto ___ 0

6. Las cosas me oprimen o agobian:
Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas ___ 3
Sí, a veces no he podido sobrellevarlas de la manera ___ 2
No, la mayoría de las veces he podido sobrellevarlas bastante bien ___ 1
No, he podido sobrellevarlas tan bien como lo hecho siempre ___ 0

7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:
Sí, casi siempre ___ 3
Sí, a veces ___ 2
No muy a menudo ___ 1
No, en absoluto ___ 0

8. Me he sentido triste y desgraciada:
Sí, casi siempre ___ 3
Sí, bastante a menudo ___ 2
No muy a menudo ___ 1
No, en absoluto ___ 0

9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:
Sí, casi siempre ___ 3
Sí, bastante a menudo ___ 2
Ocasionalmente ___ 1
No, nunca ___ 0

10. He pensado en hacerme daño:
Sí, bastante a menudo ___ 3
A veces ___ 2
Casi nunca ___ 1
No, nunca ___ 0

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Texto adaptado del *British Journal of Psychiatry*, Junio, 1987, vol. 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Segovsky.

9.2. GAD-7

Cuestionario de Trastorno de Ansiedad General (GAD-7 Spanish)

Las preguntas a continuación se refieren a la frecuencia y la gravedad con la que puede experimentar síntomas de ansiedad en las últimas dos semanas. Por favor, ayúdenos a brindarle la mejor atención médica respondiendo las siguientes preguntas.

Durante las **últimas 2 semanas**, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?	De nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Sentirse nervioso, ansioso o nervioso	0	1	2	3
2. No poder detenerse o controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por cosas diferentes	0	1	2	3
4. Dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Ser tan inquieto que es difícil quedarse quieto	0	1	2	3
6. Molestarse o irritarse con facilidad	0	1	2	3
7. Sentir miedo, como si algo horrible pudiera suceder	0	1	2	3
Puntuación total de todas tus respuestas: _____				
Si marcó cualquier problema, qué tan difícil le han hecho estos problemas para hacer su trabajo, ocúpese de las cosas en ¿O se llevan bien con otras personas?	No es nada difícil	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil

¿Cuándo comenzaron los síntomas? _____

Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7). Spitzer et al., 2006.

9.3. PBQ

TEST DEL VÍNCULO EN EL POSPARTO (*Postpartum Bonding Questionnaire, Brockington et al. 2001*).
Traducido y Adaptado por Ll. García Esteve, P. Navarro, S. Diez.
Programa de Psiquiatría Perinatal Barcelona-CLINIC

Por favor indique con qué frecuencia le ocurre lo que se detalla a continuación.
No hay respuestas "buenas" o "malas". Escoja la respuesta más adecuada a su experiencia reciente.

¿Cómo se siente respecto a su bebé?		Siempre	Muy a menudo	Bastante a menudo	A veces	Raramente	Nunca
1.	Me siento cercana.						
2.	Desearía que volvieran los días en que no lo tenía.						
3.	Me siento distante.						
4.	Me encanta abrazarlo.						
5.	Lamento haberlo tenido.						
6.	Siento como si no fuera mío.						
7.	Siento que me toma el pelo.						
8.	Lo quiero con locura.						
9.	Me siento feliz cuando ríe.						
10.	Me irrita.						
11.	Disfruto jugando con él.						
12.	Llora demasiado.						
13.	Me siento atrapada como madre.						
14.	Me siento enfadada con mi bebé.						
15.	Siento resentimiento hacia él.						
16.	Es el más guapo del mundo.						
17.	Desearía que de alguna manera desapareciera.						
18.	He hecho cosas que son perjudiciales para él.						
19.	Me pone nerviosa.						
20.	Me asusta.						
21.	Me fastidia.						
22.	Me siento segura cuando lo estoy cuidando.						
23.	Siento que la única solución es que otra persona lo cuide.						
24.	Tengo ganas de hacerle daño.						
25.	Se consuela fácilmente.						

9.4. TSQ

TSQM *(version 1.4)*

Cuestionario sobre la satisfacción con el medicamento (versión española del TSQM)

Instrucciones: Piense por unos minutos sobre su nivel de satisfacción o insatisfacción con el medicamento que está tomando en este estudio clínico. Nos interesa que evalúe durante las últimas dos a tres semanas o desde la última vez que lo tomó, la eficacia, los efectos secundarios del medicamento, y si resulta práctico tomarlo. En cada pregunta, coloque una sola marca al lado de la respuesta que corresponde mejor a su experiencia particular.

1. Indique el grado de satisfacción o insatisfacción con la capacidad del medicamento para prevenir o tratar su condición.

☐1 Sumamente insatisfecho(a)
☐2 Muy insatisfecho(a)
☐3 Insatisfecho(a)
☐4 Algo satisfecho(a)
☐5 Satisfecho(a)
☐6 Muy satisfecho(a)
☐7 Sumamente satisfecho(a)

2. Indique el grado de satisfacción o insatisfacción con la manera en que el medicamento alivia sus síntomas.

☐1 Sumamente insatisfecho(a)
☐2 Muy insatisfecho(a)
☐3 Insatisfecho(a)
☐4 Algo satisfecho(a)
☐5 Satisfecho(a)
☐6 Muy satisfecho(a)
☐7 Sumamente satisfecho(a)

3. Indique el grado de satisfacción o insatisfacción con el tiempo que demora el medicamento en empezar a hacer efecto.

☐1 Sumamente insatisfecho(a)
☐2 Muy insatisfecho(a)
☐3 Insatisfecho(a)
☐4 Algo satisfecho(a)
☐5 Satisfecho(a)
☐6 Muy satisfecho(a)
☐7 Sumamente satisfecho(a)

4. ¿Tiene algún efecto secundario a consecuencia de este medicamento?

☐1 Sí
☐0 No (Si su respuesta es No, pase a la pregunta 9)

5. Indique el grado de molestia de los efectos secundarios del medicamento que toma para el tratamiento de su afección.

☐1 Molestias excesivas
☐2 Muchas molestias
☐3 Algunas molestias
☐4 Pocas molestias
☐5 Ninguna molestia

6. ¿Hasta qué punto interfieren los efectos secundarios con su salud física y con su capacidad de funcionamiento (es decir, fuerza, nivel de energía, etc.)?

☐1 Muchísimo
☐2 Mucho
☐3 Algo
☐4 Muy poco
☐5 Nada

7. ¿Hasta qué punto interfieren los efectos secundarios con su capacidad mental (es decir, la capacidad de pensar con claridad, mantenerse despierto, etc.)?

☐1 Muchísimo
☐2 Mucho
☐3 Algo
☐4 Muy poco
☐5 Nada

8. ¿Hasta qué punto influyeron los efectos secundarios en su satisfacción general con el medicamento?

☐1 Muchísimo
☐2 Mucho
☐3 Algo
☐4 Muy poco
☐5 Nada

9. ¿Hasta qué punto fue fácil o difícil usar/tomar el medicamento en su forma actual?

☐1 Sumamente difícil
☐2 Muy difícil
☐3 Difícil
☐4 Algo fácil
☐5 Fácil
☐6 Muy fácil
☐7 Sumamente fácil

10. ¿Hasta qué punto es fácil o difícil planear cada vez que debe usar/tomar el medicamento?

☐1 Sumamente difícil
☐2 Muy difícil
☐3 Difícil
☐4 Algo fácil
☐5 Fácil
☐6 Muy fácil
☐7 Sumamente fácil

11. ¿Hasta qué punto es o no es práctico tomar el medicamento tal como se indica?

☐1 Nada práctico
☐2 Muy poco práctico
☐3 Poco práctico
☐4 Algo práctico
☐5 Práctico
☐6 Muy práctico
☐7 Sumamente práctico

12. En términos generales, ¿qué confianza tiene de que tomar este medicamento es bueno para usted?

☐1 Ninguna confianza
☐2 Un poco de confianza
☐3 Algo de confianza
☐4 Mucha confianza
☐5 Confianza absoluta

13. ¿Hasta qué punto está convencido(a) de que las ventajas del medicamento superan las desventajas?

☐1 Nada convencido(a)
☐2 Un poco convencido(a)
☐3 Algo convencido(a)
☐4 Muy convencido(a)
☐5 Totalmente convencido(a)

14. Teniendo en cuenta todos los aspectos, ¿cuál es su grado de satisfacción o insatisfacción con este medicamento?

☐1 Sumamente insatisfecho(a)
☐2 Muy insatisfecho(a)
☐3 Insatisfecho(a)
☐4 Algo satisfecho(a)
☐5 Satisfecho(a)
☐6 Muy satisfecho(a)
☐7 Sumamente satisfecho(a)

Copyright © 2011 Quintiles Late Phase. All Rights Reserved.

Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (TSQM). Atkinson MJ et al., 2004.

9.5. Preguntes Whooley

Preguntas Whooley
1. Durante el último mes, ¿se ha sentido a menudo desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza?
2. Durante el último mes, ¿ha tenido a menudo poco interés o placer en hacer cosas?

NICE Guidelines – Depression in adults: recognition and management.

9.6. Consentiment informat

Full d'informació al participant per participar en un projecte de recerca

Projecte de recerca titulat:

Prevenció dels trastorns del vincle maternofilial en dones amb símptomes depressius o ansiosos en el període perinatal: disseny d'un programa psicosocial aplicable a l'atenció primària.

Investigadora principal:

Núria Fernández León
Estudiant de Medicina

Centre:

ASSIR / Atenció Primària

Objectius de l'estudi

Us convidem a participar en aquest projecte de recerca, que té com a objectiu principal avaluar l'efectivitat i la viabilitat d'un programa grupal psicosocial dirigit a dones embarassades amb simptomatologia ansiosa i/o depressiva lleu o moderada, amb la finalitat de prevenir dificultats en el vincle mare-nadó durant el període perinatal.

La presència de símptomes d'ansietat i depressió durant l'embaràs s'ha associat a dificultats emocionals maternes, alteracions en la relació precoç mare-bebè i major risc de problemes emocionals en el postpart. La detecció precoç i la intervenció preventiva podrien contribuir a millorar el benestar emocional matern i afavorir un vincle saludable amb el nadó.

La nostra intenció és proporcionar-vos informació clara i suficient perquè pugueu decidir lliurement si voleu participar en aquest estudi. Per aquest motiu, us demanem que llegiu atentament aquest document i plantegeu qualsevol dubte que us pugui sorgir.

Beneficis esperats

És possible que la vostra participació no comporti un benefici directe garantit. Tot i això, la intervenció proposada està basada en estratègies psicològiques i psicoeducatives que han demostrat utilitat en la reducció de simptomatologia ansiosa i depressiva durant el període perinatal.

La vostra participació pot contribuir a millorar el coneixement sobre la prevenció dels trastorns del vincle mare-nadó i facilitar el desenvolupament futur de programes similars dins l'atenció primària.

Procediment de l'estudi

Les participants seran identificades durant les visites rutinàries de seguiment de l'embaràs a l'ASSIR mitjançant el cribratge habitual de salut mental perinatal, incloent-hi les preguntes Whooley i escales específiques d'avaluació emocional.

Si accepteu participar, se us realitzarà una avaluació inicial mitjançant qüestionaris estandarditzats per valorar simptomatologia depressiva, ansiosa i aspectes relacionats amb el vincle mare-nadó.

Posteriorment, les participants participaran en un programa grupal psicosocial de 6-8 sessions setmanals.

Durant el desenvolupament de l'estudi, es realitzaran diferents avaluacions (inicial, postintervenció i seguiment postpart) mitjançant qüestionaris i escales validades.

En cas de detectar-se simptomatologia greu, incloent-hi ideació suïcida o risc d'autolesió, es realitzarà derivació immediata als serveis especialitzats corresponents (PCP o Psiquiatria).

Protecció de dades personals

D'acord amb la normativa vigent europea i estatal en matèria de protecció de dades personals, les dades obtingudes durant aquest estudi seran tractades de forma confidencial i únicament amb finalitats investigadores.

Les dades recollides seran codificades, de manera que la vostra identitat no apareixerà en cap informe ni publicació derivada de l'estudi. Només la investigadora responsable podrà relacionar el codi amb la vostra identitat.

L'accés a les dades quedarà restringit exclusivament al personal investigador autoritzat, que mantindrà el deure de confidencialitat.

Podeu exercir els drets d'accés, rectificació, limitació del tractament, oposició o supressió de les vostres dades segons la legislació vigent.

Participació voluntària i dret de retirada

La vostra participació en aquest estudi és completament voluntària. Podeu decidir no participar-hi o retirar el vostre consentiment en qualsevol moment, sense necessitat de donar explicacions i sense que això afecti la vostra atenció sanitària habitual.

Contacte

Si necessiteu més informació sobre aquest estudi o teniu qualsevol dubte, podeu contactar amb la investigadora responsable:

Núria Fernández León
Estudiant de Medicina

Consentiment informat

Títol de l'estudi:

Prevenció dels trastorns del vincle maternofilial en dones amb símptomes depressius o ansiosos en el període perinatal: disseny d'un programa psicosocial aplicable a l'atenció primària.

Jo, _____

- He llegit el full d'informació que se m'ha lliurat.
- He pogut fer preguntes sobre l'estudi.
- He rebut informació suficient sobre el projecte.
- Comprenc que la meva participació és voluntària.
- Comprenc que puc retirar-me de l'estudi:
    1. Quan vulgui.
    2. Sense haver de donar explicacions.
    3. Sense que això repercuteixi en la meva atenció sanitària habitual.
- Presto lliurement la meva conformitat per participar en aquest estudi.

Accepto que les dades obtingudes durant l'estudi puguin ser utilitzades amb finalitats de recerca de forma confidencial i codificada:

□ Sí

□ No

Data: ____ / ____ / _____

Signatura de la participant

Signatura de la investigadora

Apartat per a la denegació o revocació del consentiment informat

Jo, _____

denego / revoco el consentiment de participació en l'estudi esmentat anteriorment.

Aquesta revocació implica que, a partir d'aquesta data, no es podran recollir noves dades relacionades amb l'estudi, sense perjudici de la conservació de les dades ja obtingudes amb finalitats científiques i metodològiques.

9.7. Pressupost

Recursos humans

Professional	Funció	Hores estimades	Cost aproximat/ hora	Cost total aproximat
Psicòloga REBEC	Coordinació i conducció de sessions grupals	20 h	35 €	700 €
Llevadora	Sessions grupals i seguiment	8 h	30 €	240 €
Infermera d'atenció primària	Sessions grupals i suport	6 h	28 €	168 €
Metgessa de família	Psicoeducació i coordinació clínica	4 h	40 €	160 €
Psiquiatra	Intervenció puntual i assessorament	3 h	55 €	165 €
Treballadora social sanitària	Recursos comunitaris i suport social	4 h	30 €	120 €
Pediatra	Sessió sobre desenvolupament i vincle	2 h	40 €	80 €
Investigadora principal	Reclutament, gestió de dades i seguiment	25 h	0 €*	0 €

Cost total estimat de recursos humans: 1.633 €

*En tractar-se d'un Treball de Fi de Grau, no es contempla remuneració econòmica per a la investigadora principal.

Recursos materials

Material	Descripció	Cost aproximat
Impressió de qüestionaris i consentiments informats	EPDS, GAD-7, PBQ, TSQ i documents informatius	80 €
Material d'oficina	Bolígrafs, carpetes, fulls, arxiu	50 €
Material psicoeducatiu	Dossiers i material per a les sessions	100 €
Recursos audiovisuals	Ordinador i projector del centre	0 €
Sala per a sessions grupals	Espai cedit per l'ASSIR/CAP	0 €

Cost total estimat de recursos materials: 230 €

Recursos tecnològics i de gestió

Recurs	Utilitat	Cost aproximat
Programa estadístic	Anàlisi de dades (SPSS/R)	0 €*
Emmagatzematge segur de dades	Ordinadors i sistema del centre	0 €
Generació aleatòria de grups	Software gratuït	0 €

Cost total estimat de recursos tecnològics: 0 €

*Es preveu utilitzar programari gratuït o llicències disponibles a la universitat.

Pressupost total estimat del projecte

Categoria	Cost
Recursos humans	1.633 €
Recursos materials	230 €
Recursos tecnològics	0 €
TOTAL	**1.863 €**

Consideracions

Aquest pressupost és aproximat i orientatiu, elaborat amb finalitat acadèmica per a la implementació teòrica del projecte en l'àmbit de l'atenció primària. Una part important dels recursos humans i materials es podrien integrar dins l'activitat assistencial habitual de l'ASSIR i del CAP, fet que reduiria considerablement el cost real d'implementació.

A més, el projecte aprofita recursos ja existents dins el sistema sanitari públic, com els espais físics, els programes comunitaris de salut mental i els professionals del Programa de Benestar Emocional i Salut Comunitària (REBEC).