

Una intervención en parentalidad en embarazo y postparto. El Programa NIDO en Barcelona

Marta Gomà¹
Antònia Llairó²

Resumen

Este artículo presenta una experiencia de tratamiento e investigación aplicada que se lleva a cabo desde 2015 en la comunidad de Roquetes-Canteres de Barcelona, barrio desfavorecido en la periferia de la ciudad. El programa resulta del enfoque interdisciplinar entre el equipo psicoterapéutico vinculado a la Sociedad Española de Psicoanálisis y el equipo médico del Centro de Salud. El proyecto inicial obtuvo la beca nº 4526 en la convocatoria 2016 de la API. La Sociedad Psicoanalítica Española ha ofrecido su respaldo institucional en representación de la IPA al desarrollo y difusión del programa.

El centro de interés de este estudio es poder investigar el impacto de una intervención en parentalidad en gestantes con sintomatología depresivo-ansiosa para ejercer una acción terapéutica preventiva lo más precoz posible. Se detallan los resultados preliminares de la intervención psicoterapéutica y de la importancia de la aplicación del psicoanálisis en un entorno comunitario vulnerable.

¹ Doctora en psicología, psicoanalista en formación Instituto de Psicoanálisis de Barcelona, psicoterapeuta, CAS en Perinatalidad por UNIL, Responsable de Investigación en Bruc Salut S.C.P.

² Psicoanalista SEP-IPA, psicóloga clínica y psicoterapeuta, directora clínica de Bruc Salut S.C.P.

Características generales del programa

El programa NIDO fue presentado en el congreso *online* de la API “Psicoanálisis más allá del diván” celebrado en diciembre 2020. El objetivo era dar a conocer la investigación sobre perinatalidad en un Centro de Salud y posteriormente en la comunidad en un barrio con un alto nivel de población vulnerable de Barcelona. En este programa el equipo psicoterapéutico está compuesto por psicoanalistas e integrado en la red de atención primaria de salud pública.

El centro de interés de este estudio es poder investigar el impacto de una intervención en parentalidad en gestantes con sintomatología depresivo-ansiosa para ejercer una acción terapéutica preventiva lo más precoz posible. La relación primaria madre-bebé es el catalizador del desarrollo emocional y cognitivo del niño. La sintomatología ansioso-depresiva en madres durante el período perinatal dificulta el establecimiento de una buena relación madre-bebé.

El desarrollo saludable de las capacidades parentales es un factor protector crucial en el desarrollo psicológico, neurológico y biológico del niño. La literatura incluye muchos estudios sobre el efecto protector del apego seguro en la salud mental y de las implicaciones neurológicas del apego desorganizado para el desarrollo, no sólo en la infancia y la niñez sino también en la adolescencia y en la etapa adulta. Los cambios profundos del estilo de vida de la madre durante la maternidad tienen serias implicaciones somáticas y psicológicas.

Los problemas de ansiedad y depresión perinatal son reconocidos por la OMS como esenciales en salud mental. Según los estudios llevados a cabo en España el año 2003 un promedio entre 13 y 20% de las mujeres embarazadas sufren depresión preparto mientras que este porcentaje se sitúa en un 16% en la depresión postparto, porcentaje que puede llegar a duplicarse en entornos desfavorecidos (Gomà, Martínez et al., 2020). Estos porcentajes son similares a aquellos reconocidos en estudios internacionales. En la conferencia celebrada en la Universidad de Yale, Joseph Sandler 2015, describía que los porcentajes presentados para la depresión posparto se acercaban al 20%, siendo el 15% durante el embarazo, Monk también lo refiere (como se citó en Werner, Miller, Osborne, Kuzava & Monk, 2015).

A partir de los resultados positivos de la psicoterapia centrada en la parentalidad (modelo desarrollado por la Escuela de Ginebra) como una forma de ofrecer un desarrollo saludable en las relaciones madre-bebé a

una población que presenta sintomatología depresivo-ansiosa, nuestro equipo replicó el estudio para una población con bajo nivel de ingresos sufriendo situaciones familiares con muchos factores de riesgo psicosocial. El modelo de psicoterapia de la Escuela de Ginebra deriva de las psicoterapias madre-bebé iniciadas desde los años 80 por Bertrand Cramer y Francisco Palacio Espasa, que han gozado del reconocimiento y contrastados resultados positivos. Nuestro propósito es estudiar el impacto de una intervención en parentalidad en un Centro de Salud Pública de atención primaria en una muestra de embarazadas con sintomatología depresivo-ansiosa, en un barrio de población desfavorecida de Barcelona para poder verificar hasta qué punto era posible obtener los mismos resultados en un entorno de gran pobreza y migración.

Esta psicoterapia de inspiración psicoanalítica en los estudios de Cramer y Palacio Espasa (1993), permite la exploración y posterior elaboración de los conflictos con las figuras parentales del mundo interno de la embarazada, utilizando un abordaje psicodinámico que implica asociación libre y sueños. Las sesiones posparto permiten a la mujer observarse en las interacciones en el “aquí y ahora” de la sesión, con su bebé y comprenderlas a la luz de las experiencias pasadas y presentes. Estudiamos las representaciones maternas, la identificación e interpretación de las fantasías parentales, los problemas inconscientes que subyacen a las dificultades en la parentalidad. Se focaliza en una intervención psicodinámica y en la comprensión e interpretación de las interacciones conflictivas que aparecen en la sesión psicoterapéutica.

Para llevar a cabo este estudio se planteó un diseño de investigación que fue discutido y enriquecido en el Research Training Programme que ofrece la API como espacio de análisis y tutoría de proyectos de investigación en el campo psicoanalítico. Esta fue una formidable experiencia de replanteamiento y profundización en el programa de investigación y en su diseño resultando el programa ampliamente enriquecido.

El equipo psicoterapéutico, formado por psicoanalistas de la Sociedad Española de Psicoanálisis que suscriben este artículo, se planteó la hipótesis de poder obtener los mismos resultados favorables ya obtenidos en el estudio de Ginebra, tratando de ofrecer una atención global, a través de una atención sanitaria compleja y bien estructurada. Para ello se ofreció el programa al equipo de dirección del centro de salud pública del barrio de Roquetes-Canteres en Barcelona. Se trata de un centro médico cuyo equipo está formado por médicos de familia, pediatras, enfermeras, matronas y ginecólogos. Este es un centro médico público que atiende a

una población de 16.250 habitantes en la periferia de la ciudad. El programa fue aceptado por la dirección en 2015 y fue incluido en el plan de medicina preventiva del barrio. Se integraron en el estudio desde el inicio, los médicos de familia, las matronas, las enfermeras y la trabajadora social.

Debido a las características socioeconómicas de la población de nuestro estudio, se esperaba encontrar porcentajes de depresión y ansiedad considerablemente más altos. Las recomendaciones de la ONU desde el informe de 2002 dan relevante importancia a los temas médicos relativos al parto y los aspectos emocionales de las parejas y los bebés después del nacimiento. El embarazo y los primeros meses de vida son fundamentales para el desarrollo psicológico, neurológico y social. Éste es un período sensible para el establecimiento de las relaciones con las primeras figuras que atienden las necesidades del bebé.

Empezando a caminar

Este programa se inició juntamente con los profesionales de la salud y el equipo psicoterapéutico (formado por tres psicoanalistas de la Sociedad Española de Psicoanálisis, Barcelona). Gracias al planteamiento bio-psico-social y a la prioridad preventiva del Centro de Salud se aceptó con entusiasmo aplicar el estudio de parentalidad a las nuevas embarazadas.

El primer diseño de intervención e investigación se adaptó a las circunstancias específicas asistenciales y a las características de la población. Se pudieron estudiar los elementos correspondientes al proceso de investigación y la forma en cómo se iba a llevar a cabo integrando a todo el equipo sanitario. Para ello se diseñaron los instrumentos de intervención adecuados para obtener la información sociodemográfica de las embarazadas y aquella relativa a las experiencias vitales relacionadas con la parentalidad, al mismo tiempo que las condiciones familiares y sociales de las gestantes. Recoger esta información permitía movilizar los recursos sociales y comunitarios necesarios para atender de forma global. Este trabajo previo conjunto se realizó durante unos meses entre equipo psicoterapéutico, trabajadora social, enfermera, matrona, pediatra, médico de familia y la dirección del centro. El diseño resultante gozaba de la participación de cada uno de los estamentos profesionales del centro preparando la detección e intervención terapéutica, cuando fuera necesaria, y también estudiando la evolución posterior tanto de la madre como del bebé y la interacción entre ambos. Quedaba así integrado el proceso de investigación con la

participación de todas las especialidades del Centro de Salud. Se plantea una investigación-acción para ir modificando y adaptando el programa en función de los resultados obtenidos a medida que avanza el proceso.

Posteriormente se presentó el programa a la Sociedad Española de Psicoanálisis para buscar su reconocimiento y apoyo institucional y también al grupo de investigación de pareja y familia de la Universidad Ramón Llull (GPRF) así como a la dirección del Instituto Catalán de la Salud (ICS) que depende del gobierno catalán.

Este diseño resultante, junto a las colaboraciones institucionales, se presentó a la convocatoria de becas de la IPA en la convocatoria del año 2016 con el título: “The impact of an intervention in parenting in Primary Health Care of pregnant women at risk of anxiety and depression: development of maternal representations and the mother-baby relationship”, y obtuvo la beca número 4526 que proporcionó un gran reconocimiento y un impulso considerable para continuar llevando a cabo el programa.

El programa de investigación obtuvo previamente la aprobación del Comité Ético de la Fundación Gol i Gurina que corresponde al Instituto Catalán de la Salud (ICS) de nuestra demarcación.

Procedimiento: ¿En qué consiste el Programa NIDO?

A partir de ese momento las matronas empiezan a mantener entrevista prenatal con las mujeres que inician el seguimiento del embarazo en el centro de salud y les informan de la investigación en curso para que puedan prestar su consentimiento. Posteriormente, en la segunda visita a las 12 semanas de gestación se aplican cuestionarios para evaluar los niveles de ansiedad y depresión de la embarazada, que nos permiten conocer a las gestantes que puedan necesitar de una intervención de psicoterapia centrada en la parentalidad. El equipo terapéutico se pone en contacto telefónico con las embarazadas que presentan sintomatología depresivo-ansiosa y se les propone una entrevista clínica y en ella la posibilidad de intervención psicoterapéutica.

La intervención Psicoterapéutica Centrada en la Parentalidad (Nanzer et al., 2012) se lleva a cabo por el equipo de psicoterapeutas-psicoanalistas de larga experiencia en servicios públicos y en terapia focal y breve. Siguiendo la investigación de la Escuela de Ginebra se plantean 6-8 visitas de psicoterapia a lo largo del embarazo y el postparto. Desde el inicio tratamos de establecer un foco que nos aproxime a los conflictos ligados

a la nueva maternidad, los factores de riesgo para la parentalidad y el establecimiento de un vínculo saludable madre-bebé. Este equipo supervisa quincenalmente el trabajo clínico que se lleva a cabo con las pacientes con una psicoanalista con plenas funciones didácticas de la SEP.

Las embarazadas inician el proceso de psicoterapia centrada en la parentalidad desde las 25 semanas de gestación y lo finalizan alrededor de los 6-8 meses del bebé. Este se hace presente y partícipe, ya estando en útero. A partir de su nacimiento está presencialmente en las sesiones terapéuticas. Esta integración del bebé desde el inicio permite centrar el espacio psíquico de la madre en cómo se representa ella como madre y su bebé, en los proyectos y necesidades de su bebé y de ella misma como madre. Tras el nacimiento, se integran madre y bebé en la sesión psicoterapéutica, pudiendo aparecer en el “aquí y ahora” de la sesión las expresiones sintomáticas detectadas y tratadas ya durante el embarazo que se desarrollan ahora bajo la mirada del terapeuta permitiendo una nueva comprensión y elaboración.

A lo largo de toda la gestación y durante los primeros meses posparto, todos los profesionales del centro de salud extreman su cuidado hacia la embarazada y futura madre con la perspectiva de poder atender sus necesidades somáticas, sociales, educativas y psicológicas precozmente y de forma integrada y global.

Como resultado de esta intervención psicoterapéutica se ha publicado un artículo sobre la evolución de las representaciones maternas y la observación madre-bebé (Llairó & Gomà, 2017) y otro artículo escrito por las tres terapeutas psicoanalistas que trabajan en el estudio, en la *Revista Catalana de Psicoanàlisi* (Gomà, Llairó & Trias, 2018).

La integración entre todos los profesionales del equipo de salud con el equipo psicoterapéutico permite paliar las dificultades de las mujeres que sufren migración, dificultades sociales de todo tipo, soledad, aislamiento, y dificultades de apoyo psicosocial. Esta red de atención específica al embarazo y a la díada madre-bebé permite atender aquellos déficits derivados de situaciones de vivencias traumáticas y de dificultades de aceptación y conflicto familiar y social. Más adelante, se amplía esa atención específica promotora de una maternidad saludable, hacia los servicios de la red de salud y comunitarios del barrio. Hay un efecto-llamada a todos los profesionales de la red, a través de las sesiones clínicas en las que el equipo psicoterapéutico presenta material clínico para los sanitarios del Centro de Salud estando invitados todos los servicios que trabajan en el entorno de la comunidad.

La singularidad de los recursos, la calidez de la atención, la confian-

za de las pacientes hacia los profesionales teje un vínculo de confianza y de soporte que permite a la embarazada sentirse sostenida y apoyada por toda una red sanitaria y un tejido social que está a su alcance. Los espacios clínicos, las interconsultas, la comprensión de los casos, las reuniones en grupo reducido nos ayudan a poder entender cada vez mejor la lucha de estas mujeres por la supervivencia y la integración y al mismo tiempo nos permite potenciar los aspectos sanos para su recuperación y promoción del vínculo saludable madre-bebé.

En los resultados preliminares de la investigación que ha finalizado a primeros del 2020 se han estudiado los factores de riesgo que vienen a sumarse o a multiplicar la sintomatología depresivo-ansiosa para poder identificar desde la primera recogida de datos, las embarazadas a quienes poder ofrecer un dispositivo específico referente a sus dificultades socio familiares.

Estos resultados han sido objeto de un artículo publicado en *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology* titulado: “Detection of depressive-anxiety symptomatology and associated risk factors among pregnant women in a low-income neighbourhood” (Gomà, Martínez et al., 2020).

Actualmente podemos adelantar que los resultados de sintomatología depresivo-ansiosa de las embarazadas disminuyen notablemente al finalizar la psicoterapia centrada en la parentalidad, cuando el bebé tiene entre seis y ocho meses. Esta evolución viene también corroborada por la evolución positiva de las representaciones maternas desde el inicio del embarazo hasta finalizar el tratamiento psicoterapéutico. Estos resultados están pendientes de publicación y por lo tanto no podemos facilitar más información hasta que pueda finalizarse el actual análisis de datos.

La Sociedad Española de Psicoanálisis acompaña y apoya este proceso de investigación y favorece con su interés que sea presentado para su difusión (en las sesiones clínicas internas de la sociedad en dos sesiones clínicas abiertas y en un webinar) dando así resonancia al estudio, favoreciendo el interés por la perinatalidad y el establecimiento de relaciones saludables madre-bebé.

Muy pronto se amplía esa atención en la salud, promotora de una maternidad saludable, hacia los recursos comunitarios del barrio a medida que los bebés crecen y que las díadas madre-bebé pueden beneficiarse de recursos educativos y comunitarios como es el espacio municipal para madres y bebés, la asociación de vecinos con talleres y actividades, la reunión compartida entre diferentes servicios de pequeña infancia en el barrio y

los servicios especializados en salud mental de bebé, niños y adultos, para sensibilizar y atender las necesidades específicas de las familias.

Nos parece importante destacar el enorme potencial de la psicoterapia psicoanalítica aplicada integrada en un centro médico de atención primaria, dado que permite una evolución saludable de la relación madre-bebé y un buen desarrollo de los bebés en una población especialmente desfavorecida. Poder replicar y obtener un nivel idéntico de resultados obtenidos por la Escuela de Ginebra tiene su fundamento en la integración de los psicoterapeutas en el equipo médico y el soporte comunitario. El efecto preventivo en la parentalidad ha permitido el desarrollo de relaciones de confianza y contención en todo el equipo. Las madres han podido cuidar y sentirse cuidadas por un dispositivo global y holístico: “¡En este barrio se cuida a las gestantes y a las madres con bebés!”, nos manifiesta una madre.

Breve viñeta de ilustración a través de un caso clínico

Gestante de 33 años que llega al seguimiento médico de la gestación en su octavo mes de embarazo. Se trata de una negación del embarazo vinculada a la dificultad de poder aceptar el duelo de la emigración forzada y el abandono de su hijo de 14 años en su país de origen. En su proceso migratorio conoce una nueva pareja de la cual queda embarazada sin poderse permitir pensar en un nuevo hijo tras el abandono del primogénito. Se trabaja con ella en la aceptación del embarazo y del bebé que viene en unas semanas. Se focaliza en la culpabilidad respecto a esa segunda oportunidad que le ofrece la vida.

La negación inicial de la existencia del bebé se reproduce en el postparto, cuando el espacio mental de la madre queda ocupado por la preocupación por el hijo adolescente que ha quedado en su país. El nuevo bebé recién nacido apenas tiene espacio en la mente de su madre, la cual lo mantiene envuelto en su mochila, enfajado y sin poderlo mostrar ni siquiera para que la terapeuta pueda conocerlo.

A medida que se puede dar contención a esta madre y entrar en una relación terapéutica de confianza, la madre puede mostrar su hijo a los cuatro meses, aprisionado entre los trapos. Aparece un bebé inexpresivo, pasivo y sin ningún movimiento de prensión hacia el objeto. En las sesiones de psicoterapia madre-bebé, se trabajan los aspectos de investimiento libidinal de la madre, así como promover el juego con la colaboración del padre. Los progresos y la satisfacción son evidentes y rápidos en el desarro-

llo del bebé, en la satisfacción de la madre, en el contacto entre ambos, en la triangulación y en el juego con placer.

Con el pediatra y la enfermera pediátrica se coordina la evolución del niño especialmente en la tendencia a sobrealimentarle con la intención de promover un crecimiento acelerado por parte de la madre. Siente mucha urgencia en que el bebé crezca cuanto antes. Se comparte la preocupación entre los profesionales relativa a las ansiedades de dañar al bebé o provocarle la muerte que la madre ha presentado durante el desarrollo del embarazo y en los primeros tiempos de vida. Esta comprensión ayuda a poder empatizar con la madre y evitar el desencuentro.

La atención en red con el médico de familia permite atender los trastornos físicos de la madre en los que ella recibirá tratamiento y comprensión.

La psicoterapia centrada en la parentalidad finaliza a los ocho meses del bebé con una buena evolución de la representación materna tanto de la madre en relación consigo misma como del bebé. Madre y bebé disfrutaban de una relación gratificante y con mucha satisfacción expresada por ambos. A los 18 meses en el seguimiento que se realiza a los bebés y las madres, coincidiendo con la revisión pediátrica de esta etapa, se considera que el niño tiene un nivel de desarrollo normal para su edad y se comprueba que la buena relación entre la madre y el niño se sigue manteniendo con satisfacción.

Adaptaciones a nuevas necesidades

Con la llegada de la pandemia y la imposibilidad de utilizar los espacios de consulta médica debido a la necesidad de protección de la población, el equipo se propuso adaptar nuevas modalidades para atender a gestantes y madres con bebés del barrio. Se pensó en ofrecer una nueva modalidad de atención en grupo de forma interdisciplinaria *online*. Un nuevo recurso para atender el aislamiento social, el temor al contagio y la ansiedad de muerte que se había extendido por toda la ciudad. Se invitó a participar a la enfermera pediátrica que lleva a cabo las revisiones periódicas de salud de los bebés en el grupo de crianza y se gestionó la incorporación de la matrona a los grupos de embarazo.

Los grupos de embarazo y de crianza están claramente diferenciados entre sí, tienen un número reducido de participantes, entre ocho y diez, y una duración de 8 semanas. Los profesionales psicólogos, psicoterapeutas, fisioterapeutas, enfermeras neonatales, todos ellos se unieron para dar res-

puesta a las gestantes cuyo proceso de terapia había quedado interrumpido por la imposibilidad de ser visitadas en ningún espacio físico.

La posibilidad del encuentro semanal de una hora y media a través de las redes ya sea con teléfono móvil, con tableta o portátil permite que las mujeres se encuentren con los profesionales y entre sí. Se tratan los aspectos relativos a las vivencias paralizantes que se están viviendo, se pueden compartir sus ansiedades, sus miedos y sus necesidades de activación frente a la situación del bebé que está en camino. Necesitan poderse movilizar, activar, pensar en el bebé y prepararse psíquica y emocionalmente.

En los grupos hay un ritmo, una estructura, una cadencia, que llena y acompaña a la gestante ante el silencio aislador del Covid-19. El grupo se organiza semanalmente el mismo día y a la misma hora, los terapeutas facilitan a los padres determinado material que pueden practicar en casa ya sea en forma de canciones de cuna o pequeños juegos que permiten al bebé diferenciarse.

En el momento de finalización del grupo terapéutico al cabo de ocho sesiones se valora la situación individual de cada día y se plantea la posibilidad de derivación al grupo presencial educativo del barrio que permite atender en continuidad estas madres que pasan de grupo terapéutico a recurso educativo integrado por educadoras y maestras para un acompañamiento educativo de la mamá y el bebé y poco a poco integrarse en los recursos de la comunidad. Los recursos educativos son grupos abiertos que tienen lugar *online* o en un espacio específico dentro del parvulario y se mantienen hasta los 9 meses del bebé. Las madres pueden participar en directo en grupos de 5 días y una educadora y les permite irse verificando y sintiéndose capaces con su maternidad.

Este equipo está comprometido en la sensibilización de los profesionales de la salud somática y psicológica en los temas relativos a la perinatalidad mediante la celebración de conferencias abiertas a los profesionales de la ciudad a través del Ayuntamiento de Barcelona. Se ofrecen talleres de formación para favorecer redes de atención comunitaria que permitan asistir y mejorar la atención y la salud materno-infantil (Gomà, Arias-Pujol et al., 2020).

La investigación y la psicoterapia se prosiguen en esta comunidad al cabo de 6 años de su inicio. El enfoque bio-psico-social permite alcanzar a todo tipo de familias y comprender mejor sus necesidades extendiendo constantemente los esfuerzos para dar una respuesta cada vez más ajustada a las necesidades. Con ello se promueve el desarrollo saludable a pesar de los efectos adversos de la pandemia.

Conclusión

A partir de la experiencia vivida a lo largo de estos 6 años queremos poner un énfasis específico en la importancia del trabajo en red asistencial y de forma interdisciplinar. La oportunidad de poder seguir el progreso clínico a partir de los resultados de la investigación nos ha permitido adaptar la atención clínica a las necesidades y características de la población. Compartir los resultados con la red y con el equipo médico teje un entramado de pensamiento y experiencia común con la clínica que enriquece el trabajo y protege la salud mental de los profesionales que trabajamos con familias desfavorecidas.

La aplicación del psicoanálisis en el período inicial de la vida es sumamente pertinente. Este programa se nutre de una larga tradición de muchos profesionales psicoanalistas que han estudiado la creación del vínculo madre-bebé, el desarrollo evolutivo de los niños y la comprensión de la psicopatología que nos permite seguir un trabajo estructurado y una observación minuciosa en este período esencial para el desarrollo y la prevención. Desde aquí nuestra gratitud.

Agradecemos a la *Revista Trópicos* la oportunidad de poder difundir nuestro programa y sus resultados preliminares, así como la importancia de 3 elementos esenciales:

- Importancia de la investigación-acción para la verificación de los resultados y la aplicación de los mismos a la mejora del programa de forma continuada para atender de forma más ajustada a las necesidades que vamos detectando. La cohesión y el trabajo clínico permiten profundizar en abordajes compartidos psicosomáticos.
- Difusión de los resultados para promover nuevas iniciativas y expandir la priorización del periodo perinatal como forma de prevención del desarrollo saludable del bebé.
- Importancia del pensamiento psicoanalítico y la aplicación del psicoanálisis a las graves dificultades emocionales que atraviesa nuestra sociedad y que podría afectar muy negativamente a las capas sociales con mayor nivel de pobreza y factores de riesgo acumulados. Aprovechar la conocida “transparencia psíquica” propia del periodo perinatal que nos facilita el abordaje y la movilización de los conflictos.

Referencias bibliográficas

- CRAMER, B., & PALACIO ESPASA, F. (1993). *La pratique des psychothérapies mères-bébés. Études cliniques et techniques. Le fil rouge*. France: Presses Universitaires de France.
- LLAIRÓ, A., & GOMÀ, M. (2017). Representaciones maternas y observación madre-bebé. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente SEPYP-NA*, 64, 23-28.
- GOMÀ, M., LLAIRÓ, A., & TRIAS, T. (2018). Psicoterapia breve en perinatalidad en un centro de Atención Primaria: Una psicoterapia centrada en la parentalidad en embarazadas con riesgo de depresión y ansiedad. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 35(2), 45-61.
- GOMÀ, M., ARIAS-PUJOL, E., SURÍS, M., PRIMS, E., ABAD, A., SALA, G., MONTILLA, P., & LLAIRÓ, A. (2020). La Salud Mental Perinatal en tiempo de pandemia por Covid-19. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 36, 11-21.
- GOMÀ, M., MARTÍNEZ, M., BLANCAFORT, X., MUNIENTE, G., ANTÓN, S., LARA, S., ARIAS-PUJOL, E., LLAIRÓ, A., & NANZER, N. (2020). Detection of depressive-anxiety symptomatology and associated risk factors among pregnant women in a low-income neighborhood. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynecology*. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1761319>
- NANZER, N., PALACIO ESPASA, F., KNAUER, D., QAYOOM-BOULVAIN, Z., HENTSCH, F., CLINTON, P., TROJAN, D. & LE SCOUËZEC, I. (2012). *Manuel de psychothérapie centrée sur la parentalité*. PUF. [Manual de Psicoterapia Centrada en la Parentalidad]. Barcelona, España: Editorial Octaedro, 2015.
- WERNER, E., MILLER, M., OSBORNE, L. M., KUZAVA, S. & MONK, C. (2015). Preventing postpartum depression: review and recommendations. *Archives of women's mental health*, 18(1), 41–60. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0475-y>