

Efectes en els infants de 18 mesos després d'una intervenció psicoanalítica en les seves respectives mares amb risc de Depressió Postpart

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport - Blanquerna
Universitat Ramon Llull

Mariona Surís Martí

Tutora: Dra. Eulàlia Arias

Grau en Psicologia

Curs: 2017-2018

Resum

L'objectiu principal d'aquest estudi és descriure l'efecte que va tenir la intervenció en Psicoteràpia Centrada en la Parentalitat (PCP) en els fills de 18 mesos de les mares que presentaven risc de Depressió Postpart (DPP) durant l'embaràs (Grup PCP). Han participat un total de 41 famílies dividides en dos grups; 14 famílies en el Grup PCP i 27 en el Grup No PCP. No s'han observat diferències significatives entre els dos grups respecte al desenvolupament del nen (ASQ-3) ni a la relació pares-fill (PIR-GAS). Tampoc s'han trobat diferències significatives entre les variables Son i Autoagressió, tot i que s'ha observat que el Grup PCP té menys nens que presentin problemes en aquestes dues variables. Aquests resultats suggereixen que la intervenció en PCP per a tractar el risc de depressió postpart ha tingut uns efectes positius en els fills els quals no presenten problemes fora de la normalitat.

Paraules clau: desenvolupament infantil, depressió postpart, relació mare-fill, psicoteràpia, prevenció

Abstract

The main aim of this study was to describe the effects of an intervention in Psychotherapy Centred on Parenthood (PCP) on the 18-month-olds sons of mothers who had Postpartum Depression (DPP) risk during pregnancy (PCP Group). A total of 41 families have been divided into two groups; 14 families in the PCP Group and 27 in the Group No PCP. There were no significant differences between the two groups regarding the development of the child (ASQ-3) and the parent-child relationship (PIR-GAS). Nor have there been any significant differences between the Sleep and Self-aggression variables, although it has been observed that the PCP Group has fewer children that have problems in these two variables. These results suggest that the intervention in PCP to treat the risk of postpartum depression has had a positive effect on children who do not present problems outside of normality.

Keywords: infant development, postpartum depression, mother-child relationship, psychotherapy, prevention

Introducció

Esdevenir pares és un període amb abundants canvis a nivell biològic i psicosocial i és associat a un major risc d'un estat d'ànim depressiu tant per la mare com pel pare (Matthey, Barnett, Ungerer, & Waters, 2000). Aquesta fragilitat psíquica es dona també degut a que l'accés a la parentalitat és un dol del desenvolupament (Manzano, Righetti-Veltima, & Conne-Perréard, 1997) i aquest procés reactiva els diferents dols del passat dels pares, depenent de l'elaboració que n'hagin pogut fer (Nanzer et al., 2017).

La depressió postpart i els trastorns de l'ànim en el transcurs del postpart són comuns durant l'embaràs i el primer any. La Depressió Postpart (DPP) és la patologia més freqüent en la dona durant el següent any al part (Nanzer et al., 2017). Un 20% de les dones embarassades presenten símptomes de depressió postpart (Marcus, Flynn, Blow, & Barry, 2003) i afecta a un 13% de les dones (Gaynes et al., 2005; O'hara & Swain, 1996). No obstant, al 2013 es publica un metanàlisi on senyalen que la gran variabilitat en diferents estudis remarca la necessitat d'una revisió més a fons sobre la morbiditat de la depressió postpart i els seus efectes (O'Hara & McCabe, 2013).

Mentrestant, els problemes de Salut Mental Perinatal s'han reconegut com a un assumpte de major importància en la salut pública actual (Austin, Priest, & Sullivan, 2008). Els problemes d'un dels cuidadors durant l'etapa perinatal és un factor de risc per al nadó. Cramer és un dels primers autors que investiga la depressió postpart i planteja la idea de que la DPP s'hauria de tractar com a un trastorn de la relació mare-fill (Cramer, 1993) ja que aquesta té efectes en la diada.

Dins d'aquest marc també s'observa que la detecció de la depressió postpart no sol ser fàcil durant aquest període. Les mares es preocupen pel seu bebè i tenen tendència a deixar de banda les seves pròpies necessitats (Moayedoddin, Moser, & Nanzer, 2013). A més a més, símptomes com ara la fatiga o canvis del son són considerats normals. Només el 18% de les dones que presentaven criteris de depressió han rebut tractament perinatal (Marcus, 2009) i s'ha detectat que moltes mares segueixen deprimides un any després (O'Hara, 2009). Per últim, el risc d'una recaiguda és més elevat si no es tracta la depressió (Beck, 2003).

Per altra banda la depressió durant l'embaràs és una de les condicions més infradiagnosticats i infratractats (Condon, 2010). La depressió prenatal és el major risc identificat per a una futura depressió postpart (M Righetti-Veltima, Conne-Perréard, Bousquet, & Manzano, 1998). Cal afegir que en el present DSM-5 (2013) no s'ha inclòs la Depressió Postpart com a tal, cosa que dificulta que els professionals de la salut ho

tinguin en compte i, per tant, la diagnostiquin. Al mateix temps l'ansietat també es troba present durant l'embaràs i sobretot en mares joves, i no és sempre fàcil diferenciar-la dels símptomes de depressió (Tuohy & McVey, 2008).

La depressió post-part té efectes negatius a nivell de funcionament en la mare i en el nen i, a més a més, en la qualitat de la relació entre tots dos (Field, 2010; Stuart & Clark, 2008). Els fills de les mares amb depressió postpart són més propenses a tenir dificultats a nivell cognitiu, emocional, de comportament i d'aferrament en la infància (Martins & Gaffan, 2000; Murray, 1992).

Les mares són menys sensibles als seus fills; responen menys a les necessitats de l'infant i tendeixen a ser menys afectives (Moayedoddin et al., 2013). S'identifiquen tres elements significatius en la relació de la mare amb depressió respecte al seu fill. Aquestes mares solen ser més propenses a dur a terme conductes parentals de risc (com ara no assistir a les revisions mèdiques del nen, castigar als nens de manera física, no tenir mesures de protecció a la casa...) també detecten que solen tenir menys coneixement sobre el desenvolupament dels nens i sobre l'alimentació i com mostrar-se afectives amb el seu fill i, per últim, a ser menys propenses a jugar amb el nen a activitats que siguin enriquidores i afavoreixin al seu creixement (Zajicek-Farber, 2010; citat en Letourneau et al., 2012). La DPP redueix la capacitat de gaudir del rol matern, de la posició com a mare i, en conseqüència, sovint porta a que la mare tingui una percepció negativa del comportament del nen i es mostri distant a atendre les necessitats del nen i a tenir-ne cura (Barr, 2008; Beck, 2003).

La depressió alenteix la capacitat individual de detectar i respondre a les expressions facials (Murray & Cooper, 1997). Dos investigacions posteriors observen la relació de les mares amb DPP i els seus fills en una interacció cara a cara. Feldman (2007) observa que la mare, generalment, és la que aparta la mirada del fill quan s'estan mirant fixament. Com a conseqüència els infants deixen de vocalitzar i ja no es mostren afectius, es trenca la reciprocitat. Posteriorment en un altre estudi, s'ensenya a les mares amb DPP a interaccionar afectivament. Quan aquestes ho fan, la majoria dels nens es mostren cautelosos i aparten la mirada (Tronick & Reck, 2009), mostrant-se posteriorment menys predisposats a iniciar i/o mantenir interaccions (Field, 2010) i desenvolupant un aferrament de tipus insegur. Les conclusions derivades van ser que la depressió en les mares tenen un efecte negatiu en els estats afectius del nen; s'observen baixos nivells de reciprocitat i l'infant té dificultats en regular les seves emocions (sobretot l'alegria i la frustració) (Feldman, 2007; Tronick & Reck, 2009).

En un estudi realitzat per Righetti-Veltema, Conne-Perréard, Bousquet i Manzano (2002) i amb una mostra de 570 dones estudien l'efecte de la depressió postpart en la relació mare-fill als 3 mesos i als 18 mesos. Els resultats de l'estudi conclouen que els efectes en l'infant són trastorns funcionals com ara dificultats en el menjar i el dormir. Les mares amb DPP en relació amb els seus fills presenten a nivell relacional menys comunicació a nivell vocal i visual, menys interacció a nivell corporal i menys somriures (Forman et al., 2007; Gavin, Meltzer-Brody, Glover, & Gaynes, 2015; Marion Righetti-Veltema et al., 2002)

Posteriorment, Righetti-Veltema, Bousquet i Manzano (2003) publiquen un altre estudi on conclouen la seva recerca observant les díades mare-fill quan aquests darrers tenen 18 mesos. Els resultats de l'estudi són que les mares amb depressió postpart es mostren menys afectuoses i més ansioses amb el seu fill. Respecte a la relació mare-fill es demostra que hi ha menys interacció a nivell verbal i de joc. També s'observa que els fills de les mares amb DPP mostren més sovint un aferrament insegur cap a les seves mares.

Respecte al desenvolupament dels fills de les mares que han tingut DPP, en l'estudi realitzat per Abdollahi, Abhari, & Zarghami (2017), s'estudia la relació entre el desenvolupament del fill als 4 anys d'edat i la DPP a través del qüestionari ASQ. Amb una mostra de 691 dones de les quals 204 presenten depressió conclouen que la presència de la DPP com a únic factor no prediu problemes de desenvolupament en el fill. No obstant, sí que observen dificultats en l'àrea de comunicació, la psicomotricitat grossa i la socio-individual relacionant-ho amb una actual i concurrent presència de símptomes de depressió en la mare. I observen que els símptomes depressius actuals i la depressió estan associats amb més problemes a nivell de salut en el nen.

Recents investigacions han demostrat que hi ha associacions entre el tractament i la millora dels símptomes i funcionament del nen (Gunlicks & Weissman, 2008). Més endavant es va fer un altre estudi en el que desenvolupaven una intervenció per reduir els símptomes de la depressió i l'ansietat i reajustar la relació pares-fill (Milgrom, Westley, & Gemmill, 2004). Al comparar aquestes evidències observem que ambdues inclouen la relació mare-fill.

En un estudi publicat recentment de Milgrom et al. (2015) es va realitzar un seguiment dels nadons als 9 mesos d'edat amb un grup control i un grup experimental de dones amb tractament per a la depressió prenatal. La intervenció realitzada es va fer a través d'una teràpia cognitiva anomenada *Brief Cognitive behavioural therapy*. Els

resultats presentats en aquest estudi on es va comparar el desenvolupament dels nens segons el qüestionari ASQ-3 no van trobar diferències significatives entre els dos grups. En concret, les àrees de resolució de problemes i comunicació afavorien als grups d'intervenció.

Els temes tractats fins ara destaquen la importància de la intervenció més enllà de tractar únicament a la mare. S'ha demostrat que tractar la depressió postpart pot no ser suficient a l'hora de protegir el nadó (Forman et al., 2007; Murray, Cooper, Wilson, & Romaniuk, 2003). Per això s'ha realitzat una intervenció basada en un model de Ginebra anomenat Psicoteràpia Centrada en la Parentalitat (PCP) (Nanzer et al., 2017). En el present estudi s'investiga l'efecte d'aquesta intervenció en els fills de 18 mesos. La PCP es focalitza en el rol parental i la relació amb el fill i posen èmfasi en la importància d'abordar la depressió postpart incloent la relació pares-fill (Moayedoddin et al., 2013). D'aquesta manera incrementen la sensibilitat i capacitat de resposta: treballen l'estar atents al que necessita el fill i poder respondre'ls-hi (Cicchetti, Rogosch, & Toth, 2000). Els tractaments en la relació mare-fill s'han demostrat eficaços; incrementant la sensibilitat i la capacitat de resposta a les necessitats del fill i com a conseqüència una millora en el fill (Cohen, Lojkasek, Muir, Muir, & Parker, 2002; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 2002; citat en Moayedoddin et al., 2013).

Hi ha dos estudis publicats que analitzen l'efecte de la PCP. Aquests però són realitzats a Ginebra i les condicions sociodemogràfiques són diverses a les que ens trobem a Barcelona.

En una de les recerques Nanzer et al. (2012) estudia l'efecte de la PCP en la depressió perinatal en un estudi longitudinal. Els resultats obtinguts en relació al present estudi són que la relació mare-fill, mesurada amb l'escala d'avaluació PIR-GAS, està dins del que es considera bona adaptació. Indiquen com a conclusió que les mares que participen en la intervenció van ser capaces d'adquirir un rol més actiu i satisfactori en el rol parental.

En la segona recerca realitzada per Moayedoddin et al. (2013) s'estudia l'impacte de la PCP en els símptomes ansiós-depressius de les mares durant el període perinatal. D'una mostra de 28 dones sobre 24 que conclouen la teràpia, observen que la qualitat d'adaptació pares-infant mostra una tendència a millorar (recollit també amb l'escala d'avaluació PIR-GAS).

Actualment hi ha molts estudis que mostren que la intervenció en les mares amb DPP té un efecte beneficiós en elles mateixes i en la relació amb els seus fills.

Aquesta investigació forma part d'un estudi longitudinal que s'està portant a terme en un Centre d'Atenció Primària (CAP) de Roquetes, Barcelona. Es busca detectar els símptomes de depressió i ansietat perinatal per anticipar una possible depressió postpart. Quan es detecta la simptomatologia s'intervé preventivament a través de la Psicoteràpia Centrada en la Parentalitat (PCP). Les participants de l'estudi tenen un risc de depressió i ansietat prèviament avaluat amb les proves EPDS i STAI. De totes elles, les que tenen necessitat d'intervenció se les ha inclòs en el Grup Experimental en el que es duu a terme 6 sessions de psicoteràpia focal i breu d'inspiració psicoanalítica; la PCP. Les sessions individuals amb cada mare s'organitzen de la següent manera: tres sessions abans del part i tres després del naixement del nen, fins als sis mesos aproximadament. Els pacients arriben després d'un cribratge en el que intervenen metges de família, llevadores, infermeres, pediatres i treballadores socials (equip multidisciplinari) en un EAP de Barcelona que atén a una població amb pocs recursos econòmics i un alt nivell d'immigració. Es treballa sobre les representacions maternes ja que són centrals per entendre el seu fill i els seus estats emocionals i respondre a les seves necessitat per permetre el desenvolupament de les seves pròpies capacitats i autoregulació (Moayedoddin et al., 2013).

En el present estudi es fa un pas endavant i s'inclouen les dades del desenvolupament dels nens als 18 mesos d'edat i es comparen els Grups amb intervenció PCP i No PCP. Es pretén descriure l'efecte que ha tingut la intervenció en PCP en els fills de 18 mesos de les mares que presentaven risc de DPP durant l'embaràs.

Els objectius específics són els següents:

En primer lloc, comparar el nivell de desenvolupament infantil del Grup PCP i Grup No PCP en les àrees de Comunicació, Psicomotricitat Grossa, Psicomotricitat Fina, Resolució de Problemes i Socio-individual. Hipotitzem que no existeixen diferències en les puntuacions de les cinc àrees de desenvolupament infantil entre el Grup PCP i el Grup No PCP.

En un segon lloc, comparar el nivell de relació pares-fill entre els Grups PCP i Grup No PCP. Hipotitzem que no existeixen diferències en les puntuacions de la relació pares-fills entre els dos grups.

En tercer lloc comparar el Son dels nens del Grup PCP i Grup No PCP. Hipotitzem que el Grup PCP tindrà menys problemes en el Son que el Grup No PCP.

En darrer lloc, comparar les conductes d'Autoagressió dels nens del Grup PCP i Grup No PCP. Hipotitzem que el Grup PCP tindrà menys problemes en les conductes d'Autoagressió que el Grup No PCP.

Mètode

Participants

El disseny escollit per a dur a terme aquest estudi ha sigut un disseny quasi-experimental.

El mostreig és no probabilístic ja que s'ha obtingut en funció del grau de depressió i/o ansietat que tenien les dones embarassades i s'han seleccionat aquelles amb un risc de Depressió Post Part. Seguidament s'han dividit en dos grups: Grup PCP i Grup No PCP. La intervenció en Psicoteràpia Centrada en la Parentalitat (PCP) (Nanzer et al., 2017) d'aquestes mares va finalitzar als 6 mesos aproximadament. En aquest estudi avaluem els efectes en els nens a l'edat dels 18 mesos. Per tant, els criteris d'inclusió en ambdós grups han sigut que els fills tinguessin 18 mesos recent complets. Els criteris d'inclusió per al grup PCP han sigut que presentessin major risc de Depressió Post Part (simptomatologia depressiva i/o ansiosa) per entrar a formar part del grup en el que hi havia intervenció des de la PCP. Els criteris d'inclusió per al Grup No PCP han sigut que presentessin un nivell més baix de risc de Depressió Post Part no obstant tenir una puntuació mitja en depressió i/o ansietat.

La mostra està formada per un total de 41 famílies amb fills de 18 mesos participants; 14 famílies en el Grup PCP i 27 famílies en el Grup No PCP. Respecte al sexe dels nens de 18 mesos la mostra està composta de 21 nens i 20 nenes.

És important també conèixer les característiques del barri de Roquetes per a entendre el tipus de població i de famílies. S'ha publicat un Estudi del Barri de Roquetes (Muñoz-Mendoza & Barbieri Muttis, 2016) en el que es recullen algunes de les característiques exposades a continuació. Roquetes s'ubica en el districte de Nou Barris, a l'extrem nord-est de la ciutat de Barcelona. Algunes de les dades recollides indiquen determinades desigualtat en salut del Barri de Roquetes en relació al conjunt de la ciutat, particularment en els embarassos en adolescents. La taxa de fecunditat adolescent dels anys compresos entre el 2010-2014 va ser d'un 37,4% comparat amb un 8,6% a tot Barcelona. Algunes de les problemàtiques identificades van ser el consum de drogues com el tabac, l'alcohol, el cànnabis i la cocaïna, a més a més dels problemes de salut mental, d'inseguretats alimentària i de les relacions familiars. La situació laboral és fràgil

i amb un pes significatiu en l'economia submergida. Cal sumar-hi desigualtat de gènere on les dones pateixen situacions de sobrecàrrega en la cura de l'entorn familiar. S'ha observat que aquestes dones estan condicionades per situacions d'estrès i esgotament.

Procediment

Des del novembre del 2017 fins al maig del 2018 hem estat visitant i recollint les dades de cada família que han format part de l'estudi, centrant-nos únicament en aquelles que tenien els fills que complien 18 mesos en algun dels períodes compresos des del Novembre fins al Maig. Aquest estudi s'ha portat a terme al Centre d'Atenció Primària (CAP) de Roquetes, Barcelona. S'han citat als nens de 18 mesos coincidint amb la revisió que es fa per part de Pediatria. La duració de la recollida de dades per a cada família ha estat d'entre 30 i 45 minuts. Es va realitzar l'observació a través del joc entre la mare i el bebè, si el pare hi era present també se'l convidava a participar. Específicament s'ha compilat el qüestionari ASQ i PIR-GAS a través de l'observació directe i d'una entrevista personalitzada. Totes les sessions s'han enregistrat videogràficament.

Anàlisi estadística: l'anàlisi de dades s'ha realitzat entre l'abril i el maig del 2018. S'ha utilitzat el programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versió 20 per a Windows. S'han dut a terme les proves corresponents a cada anàlisi de les dades. En tots els casos s'han utilitzat les proves no paramètriques ja que en la prova de normalitat de Smirnov no s'assumia la igualtat de variàncies ($p < 0.05$) en cap de les variables.

Instruments i variables

Escala d'avaluació global de la relació nens-pares (PIR-GAS)

El PIR-GAS és una escala utilitzada per a avaluar la relació dels nens-pares en un contínuum des de la bona adaptació fins a relacions desordenades i alterades. És una escala sobre 100 amb intervals de 10. Aquesta escala normalment es completa després de diverses avaluacions clíniques sobre el problema que l'infant presenta (Zero to three, 2005). S'avalua en cada interval la qualitat de la relació centrant-se en si els pares promouen el creixement del nen o no. Es centra també en si la relació entre els pares i els fills és estressant, i en quin grau, i com es resolen els conflictes, i la seva durada. El contínuum avalua el grau de flexibilitat o rigidesa davant del nen. Observant el desenvolupament del nen també marca la diferència entre els diferents intervals en funció dels dominis afectats en el desenvolupament del nen. En conclusió, ajuda a diferenciar

entre aquelles relacions que promouen i protegeixen el progrés del desenvolupament del nen – de les que no.

Ages and Stages Questionnaires in Spanish (ASQ-3)

L'ASQ és un instrument per a avaluar (screening) el desenvolupament del nen (Squires, Twombly, Bricker, & Potter, 2009). Aquest qüestionari consta de sis ítems avaluats en cinc àrees del desenvolupament: Comunicació, Motor grossa, Motor fina, Resolució de problemes i Socio-individual. Els resultats s'estableixen en una taula de puntuacions de 0 a 60 per cada àrea de desenvolupament i es compara amb el desenvolupament habitual en els nens d'aquella edat. Per diferenciar es creen tres franges en les que s'identifica:

La puntuació del nen està per sobre de les expectatives, i el desenvolupament sembla estar bé fins al moment present.

La puntuació està just per sobre de les expectatives i es recomanable proporcionar activitats addicionals per ajudar al seu nen i vigilar el seu progrés.

La puntuació està per sota de les expectatives i pot ser que requereixi una avaluació addicional més en profunditat.

Variables ad-hoc: Son i Autoagressió

Durant la recollida de dades es van fer molt presents dues variables que emergien recurrentment en cada visita. Es va decidir incloure-les en l'estudi a fi de poder extreure'n resultats. Aquestes variables s'han recollit com a variables nominals qualitatives del que explicaven els pares.

Son: aquesta variable qualitativa serveix per a determinar la vivència subjectiva dels pares. A través de la pregunta: "Com dorm el seu fill per les nits?" es van recollir les percepcions dels pares. Es van dividir les respostes en una variable dicotòmica: "Sí"/"No" en funció de si els pares referien algun problema o queixa subjectiva.

Autoagressió: una variable qualitativa que té en compte si el nen realitza conductes d'autolesió, com per exemple, donar-se cops al cap quan s'enfada. Aquesta variable es va recollir a través de la pregunta: "Què fa quan s'enfada el seu fill o li diu que no a alguna cosa?".

Resultats

En relació al primer objectiu específic observem la relació entre les cinc àrees de desenvolupament segons el qüestionari ASQ-3 i els dos grups, Grup PCP i Grup No PCP.

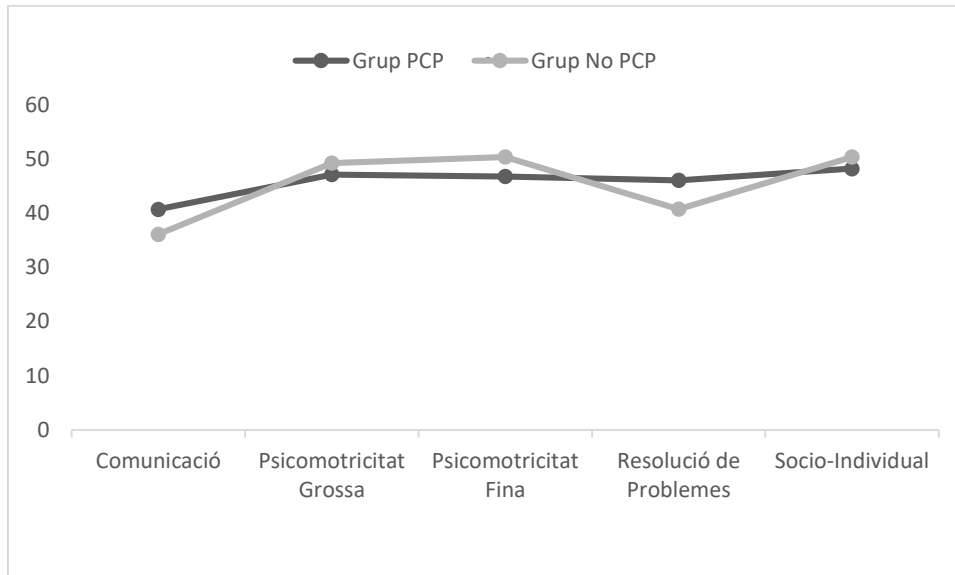


Figura 1: Mitjanes del Grup PCP i No PCP respecte a les cinc àrees de desenvolupament de l'ASQ-3: Comunicació, Psicomotricitat Grossa, Psicomotricitat Fina, Resolució de Problemes i Socio-individual

Pel que fa a la primera àrea de desenvolupament de Comunicació tant el Grup PCP 40.71 (DE 14.7) com el Grup No PCP 36.11 (DE 12.35) es troben en l'àrea de desenvolupament on la puntuació del nen està per sobre de les expectatives. Això ens indica que la majoria dels nens presenten un desenvolupament sa per l'edat de 18 mesos. Respecte a la asimetria observem que és negativa en ambdós grups (Grup PCP -0.974 , Grup No PCP -0.358) la qual cosa ens indica una major agrupació dels valors alts d'aquestes variables. Pel que fa a la curtosi del Grup PCP (1.240) és positiva indicant una agrupació de casos en la mesura de la tendència central. En el Grup No PCP (-1.037) és negativa la qual cosa ens suggereix una major presència de casos en els extrems.

La segona àrea és la Psicomotricitat Grossa observem que tant el Grup PCP 47.14 (DE 9.750) com el Grup No PCP 49.26 (DE 13.42) es troben dins de l'àrea de desenvolupament sa. Respecte a la asimetria observem que aquesta és negativa tant en el Grup PCP (-1.582) com en el Grup No PCP (-2.045). Pel que fa a la curtosi és positiva tant en el Grup PCP (4.328) com en el Grup No PCP (5.939) indicant una agrupació de casos en torn a la mitjana.

Respecte a la Psicomotricitat Fina observem que tant el Grup PCP 46.79 (DE 14.36) com el Grup No PCP 50.37 (DE 10.645) es troben dins de l'àrea de desenvolupament sa per l'edat de 18 mesos. Respecte a la asimetria observem que aquesta és negativa en tots dos grups; Grup PCP (-1.396) i Grup No PCP (-1.318). Pel que fa a la curtosi és positiva en tots dos grups indicant una agrupació de casos en la mesura de la tendència central.

L'àrea de Resolució de Problemes es pot observar que la mitjana tant en el Grup PCP 46.07 (DE 9.44) com en el Grup No PCP 40.74 (DE 9.971) està dins de l'àrea de desenvolupament sa. Respecte a la asimetria observem que aquesta és negativa en tots dos grups (Grup PCP -.679, Grup No PCP -.943) la qual cosa ens indica una major agrupació dels valors alts d'aquestes variables. Pel que fa a la curtosi és negativa en el Grup PCP (-1.013) la qual cosa ens suggereix una major presència de casos en els extrems i positiva en Grup No PCP (.202) indicant una agrupació de casos en la mesura de la tendència central.

Per últim, en l'àrea Socio-Individual hem pogut observar que la mitjana (Grup PCP 48.21, Grup No PCP 50.37) també es troba dins de l'àrea de desenvolupament sa. Fent referència a la asimetria s'observa que és negativa en els dos grups (Grup PCP -1.132, Grup No PCP -.768) la qual cosa ens indica una major agrupació dels valors alts d'aquestes variables. La curtosi és positiva en el Grup PCP (1.64) indicant una agrupació de casos en la mesura de la tendència central i negativa en el Grup No PCP (.313) la qual cosa ens suggereix una major presència de casos en els extrems.

En la prova de mitjanes de mostres independents per a les variables Comunicació ($p = .617$), Psicomotricitat Grossa ($p = .113$), Psicomotricitat Fina ($p = .839$), Resolució de Problemes ($p = .271$) i Socio-Individual ($p = .839$) retenim la hipòtesi nul·la on $p > 0.05$. Es conclou que les mitjanes són les mateixes entre els grups PCP i No PCP. Aquest resultat ens permet afirmar la primera hipòtesi plantejada on no esperàvem trobar diferències entre les cinc àrees de desenvolupament i els dos grups (PCP-No PCP).

A continuació es va aplicar la prova no paramètrica; U de Mann-Whitney. Hem pogut observar que per a totes les àrees del qüestionari ASQ-3 $p > 0.05$ i, per tant, rebutgem la hipòtesi alternativa i acceptem la hipòtesi nul·la. Confirmem la nostra hipòtesi ja que no s'observen diferències en el desenvolupament dels nens de 18 mesos entre el Grup PCP i el Grup No PCP.

Taula 1

U de Mann-Whitney entre el desenvolupament infantil; Comunicació, Psicomotricitat Grossa, Psicomotricitat Fina, Resolució de Problemes i Socio-individual i els dos grups; Grup PCP i Grup No PCP

	Z	Sig.Asint.
Comunicació	-1.231	.218
Psicomotricitat grossa	-.996	.319
Psicomotricitat fina	-.740	.460
Resolució de problemes	-1.739	.082
Socio-individual	-.564	.573

Respecte a la segona hipòtesi plantejada trobem que en la variable PIR-GAS la mitjana es troba tant en el Grup PCP (M = 84.29) com el Grup No PCP (M = 78.33) dins de la bona adaptabilitat de la relació fill-pares. La asimetria és negativa en tots dos grups (Grup PCP As. = -.801, Grup No PCP As. = -.564). La curtosi (Grup PCP Curt. = 1.160, Grup No PCP Curt. = .689) és positiva indicant-nos una agrupació de casos en la mesura de la tendència central.

A continuació es va aplicar la prova U de Mann-Whitney. La relació pares-fill per als dos grups de PCP i No PCP i amb un nivell de significació del 5% trobem que no és significativa ja que $p > 0.05$ (.103). Per tant no hi ha diferències significatives en les puntuacions de la relació pares-fill entre els dos grups. Confirmem per tant la nostra hipòtesi on no s'esperava trobar diferències significatives entre ambdós grups.

Taula 2

Taula de contingència de Son i Autoagressió entre els Grups No PCP i PCP

		Grup No PCP	Grup PCP
Son	Malament	9	1
	Bé	15	12
Total		24	13
Autoagressió	No	14	12
	Sí	11	2
Total		25	14

La tercera hipòtesi plantejada respecte el Son dels nens i amb una mostra (Taula 2) d'un total de 24 nens en el Grup No PCP i 13 en el Grup PCP observem que no hi ha diferències significatives en Son $.051 > 0.05$ (Taula 3).

La quarta i última hipòtesi plantejava que els nens del Grup PCP tindran menys problemes en les conductes d'autoagressió que els nens del Grup No PCP. Amb una mostra (Taula 2) d'un total de 25 nens en el Grup No PCP i 14 en el Grup PCP observem que no hi ha diferències significatives en Son $.059 > 0.05$ (Taula 3).

Per tant, per a la tercera i quarta hipòtesi no podem confirmar la hipòtesi plantejada ja que s'esperava trobar diferències significatives entre el Grup PCP i el Grup No PCP. Esperàvem que els nens del Grup PCP tindrien menys problemes del Son i Autoagressió que el Grup No PCP i, per el moment, no podem afirmar que hi hagi diferències significatives en aquestes dues variables.

Taula 3

Chi-quadrat entre el Grup PCP i No PCP i les variables Son i Autoagressió

	Chi-quadrat	gl	Sig. Asintòt.
Son	3.799 ^a	1	.051
Autoagressió	3.566 ^b	1	.059

Discussió

Respecte a la primera hipòtesi formulada s'esperava no trobar diferències significatives en les àrees de desenvolupament següents: comunicació, psicomotricitat grossa, psicomotricitat fina, resolució de problemes i socio-individual entre els dos grups. Els resultats obtinguts no mostren diferències significatives en cap de les 5 àrees i per tant la nostra hipòtesi s'ha validat. En relació amb els estudis ja realitzats van en consonància amb l'estudi realitzat per Milgrom et al. (2015). També cal afegir que les mitjanes en ambdós grups estan dins del desenvolupament sa. En concret, el grup PCP es troba lleugerament superior en les àrees de comunicació i de resolució de problemes també corroboren els resultats obtinguts per Milgrom et al. (2015) que observen el mateix.

En la segona hipòtesi formulada s'esperava no trobar diferències significatives en la relació pares-fill. Els resultats obtinguts no mostren diferències significatives entre els grups PCP i No PCP i, per tant, podem dir que la nostra hipòtesi ha estat validada. En concret hem pogut observar que la mitjana del Grup PCP es troba lleugerament més

elevada respecte al Grup No PCP el qual ens indica que tenen una relació que potencia i assegura el creixement del nen. Les evidències anteriors també corroboren els nostres resultats (Moayedoddin et al., 2013; Nanzer et al., 2012).

La tercera hipòtesi anava dirigida a l'estudi del Son. S'esperava trobar diferències significatives, on el grup PCP tindria menys problemes en el son. En aquest punt conclouem que no es valida la hipòtesi plantejada. No obstant, la significació pren un valor de 0.51 la qual cosa ens indica que està molt proper a ser més petit de 0.05. La diferència observada en els dos grups és que el Grup de PCP només té un nen que presenta dificultats a nivell de Son mentre que el Grup No PCP més nens presenten problemes en el Son. Com vam poder observar en els estudis realitzats anteriorment, els nens amb mares amb depressió postpart presenten més dificultats en el dormir (Marion Righetti-Veltma et al., 2002).

Respecte a la quarta hipòtesi plantejada també s'esperava trobar diferències significatives entre ambdós grups respecte a la Autoagressió. Observem, a l'igual que en la variable Son, que la significació pren un valor proper a 0.05 ($0.059 > 0.05$) i que per tant podria ser que ampliant la mostra sí que s'observessin diferències significatives. El que ens indica és que els nens que formaven part del grup de la intervenció en PCP presenten menys autoagressions que els nens del Grup No PCP. Respecte a aquesta variable observem que en recerques realitzades amb anterioritat s'ha observat que la depressió en les mares tenia un efecte negatiu en els estats afectius del nen, en els que presentaven més dificultats en la autoregulació (Feldman, 2007; Tronick & Reck, 2009).

La investigació realitzada ha permès complir amb l'objectiu principal del treball que era descriure l'efecte que ha tingut la intervenció en PCP en els fills de 18 mesos de mares en risc de DPP. S'ha observat que la detecció i intervenció en el moment adient de les dones en risc de DPP semblen afavorir al seu fill i a la relació pares-fill. Mentre que les investigacions anteriors realitzades en els infants de mares amb DPP els resultats mostren un aferrament insegur i, a nivell de desenvolupament, dificultats en la comunicació (Marion Righetti-Veltma et al., 2003) en el present estudi no s'han trobat dificultats en aquests dos aspectes. Les conclusions derivades són que els fills de les mares intervingudes en aquest estudi no presenten efectes a curt-mitjà terme a nivell de desenvolupament ni de relació. Partint dels supòsits anteriors, això ens permet veure la importància de detectar i intervenir en les dones embarassades amb simptomatologia depressiva per tal d'evitar possibles conseqüències en els seus fills.

Els efectes positius d'aquesta recerca han estat que les psicòlogues que m'han permès realitzar aquest estudi havien tractat prèviament a les mares en risc de depressió postpart, i per tant, coneixien a les famílies. La realització d'aquesta recerca ha permès mantenir el contacte un cop la intervenció en PCP ja havia sigut finalitzada. Les famílies han quedat agraïdes per l'atenció i ha permès que es detectés si alguna família necessitava ajuda en aquell moment i poder oferir-la.

La principal limitació d'aquest estudi ha sigut la quantitat de la mostra. Creiem que ampliant la mostra, alguns dels resultats podrien ser significatius, com ens trobem en el cas de les variables: Son i Autoagressió. També ens donaria més informació i fiabilitat al ampliar la mostra dels dos Grups, en especial, la mostra del Grup PCP que és la més reduïda.

Els resultats haurien de ser confirmats en futurs estudis utilitzant eines més precises i objectives per a determinar el desenvolupament i la relació ja que hem utilitzat qüestionaris. A més a més, una de les limitacions d'aquest estudi pot haver sigut que jo, com a observadora principal, en alguns moments pot ser que no hagi sigut capaç d'interpretar amb precisió i objectivitat el que reportaven els pares o observava del nen. Tot i que en la majoria dels casos hi ha hagut supervisió *in-situ*, a l'hora de compilar els qüestionaris no tots han sigut revisats per a un segon observador.

Una altra limitació de l'estudi han estat les característiques particulars de Roquetes a nivell sociodemogràfic. Com s'ha dit amb anterioritat hi ha una taxa molt més alta de fecunditat en adolescents. S'ha detectat que l'ansietat és un símptoma present sobretot en mares joves (Tuohy & McVey, 2008) i per tant el risc de les dones és més elevat. A part, la situació econòmica no és gaire favorable la qual cosa no afavoreix als símptomes de l'ansietat i la depressió. Les característiques culturals també són rellevants ja que la taxa d'immigració és més alta a Roquetes que al resta de Barcelona i això implica processos d'adaptació i més problemàtiques. I per últim la desigualtat de gènere on moltes dones pateixen sobrecàrrega en l'entorn familiar. Totes aquestes variables s'haurien de tenir en compte per entendre millor el funcionament de cada família i la relació entre ells, així com la manera d'educar i cuidar del seu fill.

Referent a la variable Son caldria considerar-la no només com a una mesura subjectiva dels pares com s'ha fet en aquest estudi sinó també de manera més objectiva per a determinar possibles trastorns reals en el son i distingir-les de percepcions subjectives. La variable Autoagressió va ser inclosa en l'estudi al observar que molts pares referien que els seus fills quan s'enfadaven es donaven cops al cap contra el terra o

contra la trona, es considera important incloure-la en futurs estudis. Aquestes dues variables van ser incloses a posteriori i no s'han trobat gaires referències en anteriors estudis. Per tant, s'hauria de trobar una eina adient per a mesurar-les en futures investigacions.

Per a futures recerques es considera necessari ampliar la mostra per a poder obtenir resultats més significatius. I potser, incloure un estudi qualitatiu per poder anar més enllà en cada cas. L'efecte de la intervenció ha sigut mesurada en el moment present sense mesura per comparar en el temps. D'aquesta manera no s'ha pogut afirmar que els nens que formaven part del Grup PCP en un inici presentaven més dificultats que el Grup No PCP. Per aquest motiu en futures investigacions seria interessant poder reportar les dades en un pre i un post referent a la simptomatologia depressiva de la mare.

Com a conclusió d'aquest estudi, s'ha pogut observar que en el moment actual la gran majoria de nens del Grup PCP es troben en un desenvolupament dins de la normalitat i amb una relació pares-fill satisfactòria i d'adaptabilitat. A més a més, la majoria de nens d'aquest grup no presenten problemes en les variables Son ni Autoagressió. Això ens suggereix que la intervenció en PCP ha tingut efectes positius en els infants.

Agraïments

En primer lloc voldria agrair a la meva tutora del TFG, la Dra. Eulàlia Arias, per l'acompanyament al llarg d'aquest any i per donar-me la oportunitat de realitzar aquest estudi. Per ajudar-me a ser pacient i mantenir-me oberta i expectant. I per ensenyar-me què és fer recerca i què implica.

En segon lloc voldria agrair a Bruc Salut la oportunitat de formar part del seu projecte de recerca i proporcionar-me l'espai i els subjectes per a realitzar el meu estudi. En especial agrair a l'Antònia Llairó l'acompanyament durant tot aquest procés d'investigació que m'ha semblat d'allò més enriquidor. Per totes les explicacions i per escoltar tots els meus dubtes i ajudar-me a acotar la mirada. A entrenar-me per a detectar d'una manera més precisa i analitzar el meu entorn d'una manera sensible. Seguidament agrair també a la Dra. Marta Gomà les supervisions i ajuda en l'anàlisi de les dades presentades en aquest estudi. Gràcies a totes dues per les experiències i coneixements aportats.

M'agradaria agrair també a les famílies que han fet possible el meu estudi. Per mostrar-se obertes i receptives i permetre'm recollir les dades necessàries. I per tot allò après que va més enllà dels resultats aquí obtinguts.

Agraeixo al CAP de Roquetes haver-me permès el recollir les dades. També agraeixo a tot el personal la seva col·laboració en el procés i per acollir-me.

I per últim, als professors que ens han acompanyat en el procés de recollida de dades també voldria agrair la paciència i dedicació.

Referències

- Abdollahi, F., Abhari, F. R., & Zarghami, M. (2017). Post-partum depression effect on child health and development. *Acta Medica Iranica*, 55(2), 109–114. [https://doi.org/2017;55\(2\):109-114](https://doi.org/2017;55(2):109-114).
- Austin, M. P., Priest, S. R., & Sullivan, E. A. (2008). Antenatal psychosocial assessment for reducing perinatal mental health morbidity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005124.pub2>
- Barr, J. A. (2008). Postpartum depression, delayed maternal adaptation, and mechanical infant caring: A phenomenological hermeneutic study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(3), 362–369. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.10.002>
- Beck, C. T. (2003). Postpartum depression predictors inventory--revised. *Advances in Neonatal Care : Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 3(1), 47–48. <https://doi.org/10.1053/adnc.2003.50014>
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (2000). The efficacy of Toddler-Parent Psychotherapy for fostering cognitive development in offspring of depressed mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(2), 135–148. <https://doi.org/10.1023/A:1005118713814>
- Cohen, N. J., Lojkasek, M., Muir, E., Muir, R., & Parker, C. J. (2002). Six-month follow-up of two mother-infant psychotherapies: Convergence of therapeutic outcomes. *Infant Mental Health Journal*, 23(4), 361–380. <https://doi.org/10.1002/imhj.10023>
- Condon, J. (2010). Women's mental health: A "wish-list" for the DSM v. *Archives of Women's Mental Health*. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0114-1>
- Cramer, B. (1993). Are postpartum depressions a mother-infant relationship disorder? *Infant Mental Health Journal*, 14(4), 283–297. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199324\)14:4<283::AID-IMHJ2280140404>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199324)14:4<283::AID-IMHJ2280140404>3.0.CO;2-I)

- DSM-5. (2013). *DSM 5. American Journal of Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Feldman, R. (2007). Parent-infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01701.x>
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development*.
<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005>
- First, M. B. et, Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (2002). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Non-patient Edition. for DSMIV*.
- Forman, D. R., O'Harra, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., Larsen, K. E., & Coy, K. C. (2007). Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Development and Psychopathology*, 19(2), 585–602. <https://doi.org/10.1017/S0954579407070289>
- Gavin, N. I., Meltzer-Brody, S., Glover, V., & Gaynes, B. N. (2015). Is population-based identification of perinatal depression and anxiety desirable? A public health perspective on the perinatal depression care continuum. *Identifying Perinatal Depression and Anxiety: Evidence-Based Practice in Screening, Psychosocial Assessment, and Management*. Retrieved from
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc11&NEWS=N&AN=2015-53621-001>
- Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G., ... Miller, W. C. (2005). Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evidence Report/Technology Assessment (Summary)*, (119), 1–8. <https://doi.org/10.1037/e439372005-001>
- Gunlicks, M. L., & Weissman, M. M. (2008). Change in child psychopathology with improvement in parental depression: A systematic review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181640805>

- Letourneau, N. L., Dennis, C.-L., Benzies, K., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Tryphonopoulos, P. D., ... Watson, W. (2012). Postpartum Depression is a Family Affair: Addressing the Impact on Mothers, Fathers, and Children. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(7), 445–457. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.673054>
- Manzano, J., Righetti-Veltema, M., & Conne-Perréard, E. (1997). *Les scénarios narcissiques de la parentalité*. Presses Universitaires de France.
- Marcus, S. M. (2009). Depression during pregnancy: rates, risks and consequences-- Motherisk Update 2008. *The Canadian Journal of Clinical Pharmacology = Journal Canadien de Pharmacologie Clinique*, 16(1), e15–e22.
- Marcus, S. M., Flynn, H. A., Blow, F. C., & Barry, K. L. (2003). Depressive Symptoms among Pregnant Women Screened in Obstetrics Settings. *Journal of Women's Health*, 12(4), 373–380. <https://doi.org/10.1089/154099903765448880>
- Martins, C., & Gaffan, E. a. (2000). Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: a meta-analytic investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 41(6), 737–746. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00661>
- Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J., & Waters, B. (2000). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, 60(2), 75–85. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00159-7](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00159-7)
- 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(5), 717–730. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0512-5>
- Milgrom, J., Westley, D. T., & Gemmill, A. W. (2004). The mediating role of maternal responsiveness in some longer term effects of postnatal depression on infant development. *Infant Behavior and Development*, 27(4), 443–454. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2004.03.003>
- Moayedoddin, A., Moser, D., & Nanzer, N. (2013). The impact of brief psychotherapy centred on parenthood on the anxio-depressive symptoms of mothers during the perinatal period. *Swiss Medical Weekly*, 143. <https://doi.org/10.4414/smw.2013.13769>

- Muñoz-Mendoza, C., & Barbieri Muttis, N. (2016). Estudi del barri de Roquetes.
- Murray, L. (1992). The Impact of Postnatal Depression on Infant Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33(3), 543–561.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1992.tb00890.x>
- Murray, L., Cooper, P. J., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression: 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 182, 420–7.
<https://doi.org/10.1192/BJP.182.5.420>
- Nanzer, N., Knauer, D., Palacio Espasa, F., Qayoom-Boulvain, Z., Hentsch, F., Clinton, P., ... Le Scouëzec, I. (2017). *Manual de psicoterapia centrada en la parentalidad* (primera). Barcelona: Octaedro.
- Nanzer, N., Rossignol, A. S., Righetti-Veltéma, M., Knauer, D., Manzano, J., & Espasa, F. P. (2012). Effects of a brief psychoanalytic intervention for perinatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 15(4), 259–268.
<https://doi.org/10.1007/s00737-012-0285-z>
- O'Hara, M. W. (2009). Postpartum depression: What we know. *Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1002/jclp.20644>
- O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 379–407.
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
- O'hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37–54.
<https://doi.org/10.3109/09540269609037816>
- Righetti-Veltéma, M., Bousquet, A., & Manzano, J. (2003). Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12(2), 75–83. <https://doi.org/10.1007/s00787-003-0311-9>
- Righetti-Veltéma, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A., & Manzano, J. (1998). Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 49(3), 167–80. Retrieved from

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032797001109%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9629946>

- Righetti-Veltema, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A., & Manzano, J. (2002). Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *Journal of Affective Disorders*, 70(3), 291–306. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00367-6](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00367-6)
- Squires, J., Twombly, E., Bricker, D., & Potter, L. (2009). Ages and Stages Questionnaires- Third Edition. In *ASQ-3 User's Guide* (pp. 3–6). <https://doi.org/10.1037/t11523-000>
- Stuart, S., & Clark, E. (2008). [The treatment of postpartum depression with interpersonal psychotherapy and interpersonal counseling]. *Sante Ment Que*, 33(2), 87–104. <https://doi.org/10.7202/019670ar>
- to Three, Z., & to Three Organization DC 0-3R Revision Task Force, Z. (2005). DC:0-3R: Diagnostic classification of mental health and developmental *DC:0-3*, 75. Retrieved from <http://books.google.com/books?id=uYIHAAAAMAAJ&printsec=frontcover%5Cnpapers3://publication/uuid/4FD5E1F3-7C83-4408-9B04-4DFAA20C7781>
- Tronick, E., & Reck, C. (2009). Infants of Depressed Mothers. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(2), 147–156. <https://doi.org/10.1080/10673220902899714>
- Tuohy, A., & McVey, C. (2008). Subscales measuring symptoms of non-specific depression, anhedonia, and anxiety in the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 47(2), 153–169. <https://doi.org/10.1348/014466507X238608>
- Zajicek-Farber, M. L. (2010). The Contributions of Parenting and Postnatal Depression on Emergent Language of Children in Low-Income Families. *Journal of Child and Family Studies*, 19(3), 257–269. <https://doi.org/10.1007/s10826-009-9293-7>

"Declaro que aquest treball és original i ha estat realitzat per mi mateix/a, sense haver fet servir altres fonts o ajudes diferents a les referenciades. També he assenyalat la procedència dels fragments literals, o de contingut, que he pres de tercers"

Signatura de l'estudiant