



2º Premio de investigación de la ANESM. Trabajo premiado con el 1º Accesit.

La depresión postnatal, un problema de salud justificado con ayuda de un meta análisis: investigar para argumentar mejor

Autores:

- Maria Asunción Ortiz Collado, diplomada en enfermería y enfermera especialista en salud mental. C/ Joan Bruguera, 17 2º 1ª Gerona 17003. tf 676174369 email: assumpta.ortiz@udg.es
- Joan Valls, profesor de estadística.

Resumen

Argumento: Al consultar la bibliografía referente a la depresión posparto encontramos porcentajes de prevalencia muy diferentes lo que evidencia una heterogeneidad de datos y una difícil argumentación del tema: ¿la depresión posparto es un problema importante? ¿Hasta qué punto? ¿Quién y cómo podemos ayudar a las mujeres? Hemos estudiado dicha heterogeneidad para identificar sus motivos y explicarlos en este trabajo. Esperamos poder argumentar con datos precisos que la depresión posparto afecta a tantas mujeres que se convierte en un campo de acción para las enfermeras de salud mental. Los expertos en este tema advierten que es difícil tratar el problema porque las mujeres evitan a los psiquiatras. En realidad el problema no siempre es psiquiátrico, a veces tiene otra connotación.

Material y métodos: Para estudiar las variables que pueden crear heterogeneidad entre estudios y para concretar mejor la tasa de prevalencia hemos utilizado técnicas de meta análisis de efectos aleatorios. Identificamos 17 artículos publicados desde 1996 hasta la fecha que utilizan todos el mismo cuestionario EPDS para evaluar la depresión postnatal no psicótica. Discutiremos estas referencias y haremos algunas propuestas a los profesionales de enfermería en salud mental.

Resultados: El nivel socioeconómico de las mujeres ejerce una influencia muy significativa sobre la tasa de prevalencia de la depresión postnatal. Según este meta análisis basado en efectos aleatorios, la prevalencia obtenida es de 13.70%. Las mujeres más desfavorecidas presentan porcentajes definitivamente más elevados (21.50%) y existe más variabilidad de tasas en estos grupos sociales (12.5% a 30.5%). La categoría social media presenta tasas de prevalencia menos importantes y menos variabilidad. Una vez estudiadas todas las tasas independientemente de la categoría social de las mujeres, el riesgo de presentar una sintomatología depresiva postnatal parece aumentar lenta y progresivamente entre 1996 y el 2000,

Conclusión: Nuestros resultados indican de una forma similar a los obtenidos en el meta análisis de O'Hara & Swain (1996) que la sintomatología depresiva postnatal es un problema importante. Las mujeres más desfavorecidas socialmente presentan más riesgo. Será necesario adoptar medidas preventivas para descender la incidencia entre las mujeres a riesgo y disminuir la prevalencia en todas las madres.

Palabras clave: depresión postnatal, prevalencia, meta análisis

1 Introducción: la depresión postnatal es un problema poco abordado clínicamente

El nacimiento es un acontecimiento normal que puede dar una vivencia feliz o infeliz en función de los recursos personales de los padres, de su preparación prenatal, de las expectativas de ambos, de las condiciones sanitarias, del nivel de salud, ansiedad y situación de vida de la madre. La interacción entre estos factores internos y externos podría causar reacciones emocionales en las madres¹. Algunos autores afirman que la sintomatología depresiva maternal es una reacción individual frente a los múltiples cambios que vive la mujer en diferentes roles: social, familiar y de pareja². La maternidad puede ser fuente de confusión, de contradicciones y de malestar para algunas mujeres; la felicidad que ellas pueden sentir por la llegada de su bebé se acompaña de una tarea enorme y de numerosos cambios a nivel físico y emocional⁴. Cuando la mujer no encuentra el espacio ni la ayuda necesarios para elaborar estos cambios, ella se encierra en su silencio prisionera de sentimientos negativos entorno a su percepción de madre⁴. Una sintomatología depresiva aparece en ciertos casos, sintomatología que será explicada de forma distinta según sea el enfoque abordado: médico, social, psicosocial o incluso feminista. En efecto, es frecuente apreciar cierta discusión entre autores sobre la definición y la envergadura, la importancia o gravedad del problema según el enfoque contemplado para estudiar la depresión posparto.

Desde un punto de vista médico, la depresión postnatal es un problema de salud mental; aparece durante los seis primeros meses postnatales⁵ y puede prolongarse más allá de un semestre⁶. En este modelo médico psiquiátrico los factores psicológicos y fisiológicos actuando conjuntamente justifican la idea de que la depresión postnatal es una enfermedad^{7,8}. En el manual diagnóstico DSM-IV aparece como un cuadro de depresión mayor al que se le añade la característica « postnatal ». Es decir que se compara a una madre triste, cansada, sola o angustiada con una depresión grave. No es de extrañar que las mujeres teman al psiquiatra en estas circunstancias. En realidad, veremos más adelante que los diagnósticos no clarifican un rol profesional, hay más mujeres deprimidas por falta de apoyo que por falta de salud mental. Aunque acaban por perder dicha salud cuando el problema se cronifica.

Desde el punto de vista de un modelo sociológico la sintomatología depresiva del posparto es una forma de vulnerabilidad existente en ciertas mujeres enfrentadas a una variedad de factores sociales que a su vez, se ven afectados por el tipo de apoyos que la mujer recibe^{9,10,11}. Si ella tiene mucho apoyo podrá protegerse mejor de dichos elementos de su entorno; sin apoyo será difícil sobrellevar cambios y stress. Una perspectiva feminista presenta el problema como una reacción ante la contradicción que la mujer vive: por un lado la imagen social de los medios es la de una maternidad sonriente, en forma, atractiva y activa con su bebé (sano y precioso); pero, a veces ella no está en forma, pierde belleza bajo unas ojeras de noches sin dormir sin tiempo ni economía para cuidarse y todo ello en un rápido proceso de adaptación ya que debe reanudar vida laboral en unas semanas. La contradicción « ser madre es fantástico », ser esposa es necesario, trabajar es imprescindible para la economía familiar, ¿ser ama de casa es solo otra cosa a añadir! ¿A quien contarle que ella tiraría el bebé por el balcón después de semanas enteras sin descanso? En realidad ¿se tiraría a sí misma! La depresión postnatal a la que nos referimos aquí puede manifestarse a partir de la

tercera semana postnatal y puede presentar síntomas más o menos severos durante un año. Es sobre todo un problema de adaptación^{1,6}. Lamentablemente no encontraremos categorías diferentes en ningún manual.

La mayor parte de los casos de depresión posparto (no psicótica) no recibe tratamiento¹² sobretodo, porque muchas mujeres afectadas de depresión maternal no utilizan los servicios de salud^{12, 13, 14}. Las madres deprimidas no buscan ayuda para resolver un problema del que sienten vergüenza (el modelo social indica que maternidad es sinónimo de felicidad; lo contrario está fuera de la norma)¹⁵. Por otro lado, los servicios de salud materno-infantil suelen estar centrados en los aspectos más físicos y no utilizan instrumentos de detección adecuados para identificar este problema. Es por todo ello que se hace difícil determinar la relevancia del problema. Solo se pueden evaluar los casos que acuden a los servicios de salud, pero parece ser que hay muchos más casos de mujeres que se esconden por ignorancia o por vergüenza¹⁶. Sin embargo, la depresión postnatal es preocupante por diferentes razones: la morbilidad en la mujer, las consecuencias en los bebés y la repercusión en la familia. En lo sucesivo es necesario tomar medidas para actuar más sobretodo, una vez que conocemos la tasa real de prevalencia, podemos justificar mejor los programas de prevención y de tratamiento adaptados a las necesidades de las mujeres. Con este fin queremos aportar una explicación ajustada de la tasa de prevalencia para evidenciar que estamos frente a un problema grave de salud pública.

Según los estudios entre 10-15% de mujeres sufren una sintomatología depresiva^{16, 17}. Para Saucier et al.⁶¹, la tasa está en el 15.1% y para Séguin et al.²⁵ la tasa de prevalencia es de 15.9%. Otro autor americano afirma que el problema ocurre en 16,5% de los casos (Whiffen)¹⁸. En 1996, O'Hara et Swain¹⁹ concluyen en sus resultados de meta análisis sobre 59 estudios de prevalencia que el porcentaje de 13 % representa la media de las estimaciones generales. Sin embargo, los autores todavía no han hecho diferencias entre periodos e instrumentos de evaluación que ahora sabemos afectan a la tasa final. **¿Cómo podemos interpretar resultados de tasas de prevalencia tan distintas? ¿Qué elementos son causantes de heterogeneidad y cuales son más básicos para fijar objetivos de intervención?**

2 Revisión de la literatura

Entre los estudios de prevalencia de la depresión postnatal encontramos diferencias más o menos pronunciadas. Por ejemplo, unos autores citan la tasa entre 10 y 15%²⁰. Mientras otros pueden marcar una diferencia de 10% como el estudio realizado en Montreal con el cuestionario BECK, los autores hablan de una reacción depresiva moderada en el 12,2% de las mujeres pobres estudiadas y del 2,2 % de las mujeres de otras categorías sociales²¹. En el estudio de Stuart y al²² los autores encuentran una tasa del 23,3% al evaluar a las mujeres 14 semanas después del parto con el Beck y el EPDS. Según nuestras observaciones la heterogeneidad entre tasas de prevalencia sería debida a:

1. El número y el nivel social de las mujeres estudiadas,

2. El periodo de evaluación de la sintomatología depresiva postnatal,
3. Los instrumentos de evaluación utilizados.

2.1 El nivel socioeconómico

La mayor parte de los estudios de prevalencia contemplan poco a las mujeres desfavorecidas socialmente ya que las mujeres de clase media son más fáciles de evaluar. Ellas utilizan más los centros de salud y son así más localizables. Sin embargo son precisamente las mujeres de pocos ingresos y baja escolaridad las más vulnerables a la depresión postparto^{23, 24,25}. En efecto un presupuesto ajustado es con frecuencia asociado a condiciones de vida inadecuadas y depresión postnatal²⁶. Además, Cutrona²⁷ llegó a la conclusión de que no es tan sólo el nivel socio-económico quien determina una depresión postnatal, sino que basta con pertenecer a un entorno desfavorecido, pobre si hay muchas carencias; estas carencias generan un tipo de comportamiento negativo frente a la salud. Distintos niveles de pobreza (económica, cultural, de hábitos generacionales, etc.) explican este fenómeno. Existe una correlación entre un alto nivel de stress y un desequilibrio emocional; ese nivel de stress suele encontrarse en las mujeres más desfavorecidas²⁹.

Cuando los estudios evalúan sólo a mujeres de clase media, los resultados son distintos que si se incluyen mujeres de clase socioeconómica; las mujeres pobres y con poca escolaridad presentan tasas más altas de depresión postnatal²⁵. En efecto las mujeres de bajo nivel socioeconómico suelen presentar comportamientos de salud perjudiciales tanto a su salud como a la de sus hijos. Los hábitos tóxicos como alcohol y tabaco³⁰, la insuficiencia nutricional³¹ y la baja utilización de servicios de salud^{32, 33} son algunos de los problemas más frecuentes en las mujeres embarazadas de bajo nivel social. Estas mujeres suelen tener hijos siendo más jóvenes que las mujeres de otros niveles sociales (20 años), ellas suelen tener hijos a cargo en soledad con más frecuencia que otras mujeres y tienen embarazos con intervalos menores que las mujeres de clase más favorecida, por ello no es de extrañar que la morbilidad sea mayor para ellas y para sus bebés (Zayas et Busch)³⁴.

Las mujeres más pobres suelen alimentarse mal creando cierto nivel de malnutrición que afecta su salud y la de los bebés que nacen de ellas³⁵. Tienen más bebés de bajo peso que en consecuencia, suelen sufrir más problemas de salud^{36,37,38} por ejemplo el asma³⁹. El número de bebés prematuros y de bajo peso al nacer es el doble en los casos de nivel socioeconómico más bajo que en otras categorías sociales^{41, 42, 43}. Autores como Bergant y al⁴⁴ demostraron que el hecho de tener un bebé de bajo peso al nacer, pertenecer a una baja categoría social con poca escolaridad y sentirse poco satisfecha en la vida favorecen definitivamente la aparición depresión postnatal, una vez evaluadas las mujeres con la escala EPDS, a cinco días y a seis semanas después del parto.

No todas las mujeres pobres se deprimen y no todas las mujeres de clase media o alta están protegidas del problema, a estas últimas las afectarían factores distintos relacionados con su personalidad, su deseo real de maternidad, nivel de stress y

relación de pareja. Mientras que para las mujeres pobres el riesgo de depresión postnatal está más asociado a múltiples abortos, difícil relación de pareja (a veces compartida con otra mujer), aislamiento social, problemas de salud previos al embarazo. Esta constatación fue posible al estudiar a las mujeres a ocho meses de embarazo con el SSQ (Shona Symptom Questionnaire) comparado con una entrevista clínica. Sur En dicho estudio de n=500 sujetos, rebeló que 19% de las mujeres evaluadas presentaron un riesgo elevado o moderado de depresión postnatal⁴⁵. Nhiwatiwa et al⁴⁵ utilizaron una entrevista clínica « RCIS » para estudiar a las mujeres y obtuvieron una prevalencia de 16% al evaluar a 6-8 semanas posparto. En este sentido Hickey et al⁴⁶ también observaron mayor incidencia de depresión postnatal entre las mujeres pobres. Les causas asociadas a esta depresión serian factores de stress relacionados con problemas económicos y conyugales, pérdidas difíciles, ausencia de apoyo social o un apoyo inadecuado²¹.

2.2 El momento o periodo de evaluación de la sintomatología depresiva

Durante las dos primeras semanas después del parto suelen aparecer unos signos de alteración del humor con llanto fácil, cansancio e insomnio que pertenecen al llamado « baby-blues ». Se trata de algo normal debido a los cambios físicos, psicológicos y hormonales; se aprecia entre el tercer y quinto día después del nacimiento. Este problema afecta entre el 60 y el 85 % de las madres y es de corta duración y resolución espontánea^{47, 48}. Cuando los estudios de prevalencia evalúan el problema en esas primeras semanas no siempre diferencian la depresión de una reacción frecuente, normal y universal⁴⁹. Por ello es necesario poner atención en la época en que los autores miden la depresión postnatal y cuestionar aquellos porcentajes de prevalencia obtenidos antes de que un cuadro depresivo pueda instaurarse. La duración y gravedad de los síntomas son entre otras, variables que pueden confundirnos de diagnóstico tal como indican Martinez-Renée et al⁵⁰.

También hemos visto que la evaluación de la depresión postnatal después del primer trimestre posparto es mayor que cuando la estudiamos entre las semanas 4 à 8 después del parto¹⁹. A esa conclusión llegan Najman, Andersen et al⁵¹, Vega-Dienstmaier et al^{15-a}. En fin, a causa del mencionado *post-partum blues*, no podemos fiarnos de una prevalencia estudiada a pocos días después del nacimiento. Tampoco podemos aclarar bien los motivos de una prevalencia más elevada una vez pasados tres meses del parto, imaginamos que el aumento es debido a factores adversos que se añaden progresivamente cuando no se hizo detección precoz.

Algunos de estos factores adversos pueden ser el fin de la baja maternal con el consiguiente sentimiento de abandono de la madre a su bebé, el fin de las visitas de amigos y familiares que ofrecieron algún tipo de apoyo, el fin de la lactancia, la disminución de ingresos si ella perdió su empleo, o la separación cuando el marido se retira porque no puede asumir la responsabilidad de su paternidad. En muchos casos el hombre tiene reacciones postnatales, distintas a la mujer pero tan fuertes como ella⁵² aunque él responde más veces con la huida que con la depresión.

2.3 Instrumentos para identificar la depresión postnatal

Tal como dijimos anteriormente no existe un diagnóstico propio para la depresión del posparto, aparece contemplada como una depresión mayor en el DSM-IV¹. Sin embargo tanto la ausencia de alucinaciones como la rara ideación autolítica la asemejan más a una depresión menor⁵³. Diferenciarla de la depresión mayor es aún una idea por concretar sobre la que existen diferentes opiniones. Aun así hay que establecer unos criterios diagnósticos. Por ese motivo es necesario identificar el problema con instrumentos adecuados, validados y consensuados por expertos en el tema. Sin ello, los resultados de prevalencia son cuestionables. Con este fin fue consensuado el cuestionario EPDS, que presenta una evaluación fiable de la depresión postnatal tanto en la esfera clínica señalando como punto de corte « cut-off » la puntuación 10-11 del cuestionario y un punto de corte de 12 para fines de investigación^{1a, 6a, 54}. La escala EPDS, *Edinburgh Postnatal Depression Scale*, fue creada por Cox et al (1987)² y es fácil de responder con solo 10 preguntas. En su validación, la escala resultó tener una sensibilidad de 86% y una especificidad de 78%. Es por estos motivos que retenemos sólo los estudios de prevalencia que han utilizado esta escala y buscamos una media de porcentajes entre ellos, esperamos obtener así una tasa más fiable que si mezcláramos estudios con distintos instrumentos de evaluación de problema.

3 Objetivo del trabajo : analizar, argumentar y comprender el problema

Nos proponemos estudiar la prevalencia de la depresión postnatal con ayuda de un meta análisis. Queremos argumentar sobre la necesidad de intervenir desde enfermería demostrando que el problema es importante (análisis del porcentaje global de mujeres afectadas) y que muchas mujeres podrían beneficiarse del apoyo y cuidados de los profesionales de enfermería (discusión de la bibliografía). Tal como exponemos en este trabajo, en algunos casos la sintomatología precisa tratamiento psicológico o psiquiátrico con apoyo interdisciplinario si el cuadro se acerca a la depresión mayor. En otros casos el cuadro es menor pero debe ser atendido igualmente para evitar cronicidad, sólo que entonces ni psiquiatras ni psicólogos tratan los casos; es aquí donde enfermería tiene un rol básico. Pretendemos analizar la prevalencia, identificar una tasa sobre la cual argumentar la necesidad de intervenir y al mismo tiempo, iremos comentando la bibliografía para aumentar la comprensión del tema tratado.

4 Métodos de trabajo

Hemos seleccionado los estudios que utilizan el EPDS, para evaluar la depresión posparto, que es identificada después de la tercera semana postnatal y que queda diferenciada de la depresión psicótica (cuadro más grave que presenta tasas más bajas). Excluimos los artículos que no cumplen estos requisitos. Pretendemos estudiar

¹ DSM IV. Tratado de psiquiatría, 3ª edición : pag 473-478, 2000.

² Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale, British Journal Psychiatry 150, 782-786, 1987.

si el nivel socioeconómico, el momento de la evaluación o el punto de corte pueden influir sobre la tasa de prevalencia.. Incluimos sólo los estudios publicados en revistas científicas (que normalmente avalan un rigor metodológico) y elegimos los posteriores a 1996 porque no queremos repetir los análisis de estudios que O'Hara & Swain¹⁹ revisaron ya. Así podremos comparar nuestros resultados y los suyos sin reincidencias.

Después de revisar 32 estudios de prevalencia, seleccionamos sólo 17 por las razones expuestas anteriormente. Tenemos en cuenta además la talla de muestreo rechazando aquellos trabajos que utilizan una muestra inferior a 100 sujetos. Efectuamos los siguientes análisis:

1. Meta análisis de efectos fijos³ y de efectos aleatorios⁴ sobre el riesgo de depresión postnatal.
2. Análisis de la heterogeneidad. Cada variable que pudiera afectar a la tasa de prevalencia es estudiada tanto individual como globalmente para ver su impacto.
3. Meta análisis acumulativa y análisis de influencia.
4. Estudio de la heterogeneidad mediante una « meta-regresión »

4.1 Estudios evaluados

Tal como vemos en el cuadro 1, los porcentajes más elevados corresponden a estudios que han evaluado la depresión con un punto de corte « cut-off » de 9 o 10 ^{7a,14a}. Así, Glasser & al^{7a} presentan una tasa de 22,6% a 6 semanas posparto. Mientras que Stuart & al^{14a} utilizan conjuntamente el « Beck » y el « EPDS » para evaluar a 14 semanas post-partum obteniendo un resultado de 23,3%. Las otras tasas elevadas corresponden a mujeres de bajo nivel socioeconómico. En efecto, Cryan et al^{5a} estudiaron la prevalencia de depresión postnatal en una comunidad desfavorecida socialmente, al este de Dublín. En una muestra inicial de 944 mujeres, solo 377 fueron retenidas por haber contestado correctamente el cuestionario EPDS, el resultado fue de 28,6%.

Si se utiliza un punto de corte superior a 11 para identificar el problema y si las mujeres estudiadas pertenecen a una clase media las tasas de prevalencia son similares en los distintos estudios. Este es el caso de Warner et al^{16a} que al evaluar a 2375 mujeres obtiene un resultado de 11,8%. Mientras que por otro lado aparece un porcentaje similar (12%) en el estudio de Wickberg et Hwang^{17a} al evaluar a 128 mujeres a dos meses posparto. En España, Ascaso-Terren y al^{1a} encuentran un porcentaje de 10,15% de mujeres deprimidas a seis semanas post partum. Este último resultado fue obtenido con ayuda de su versión española de la escala EPDS validada. Otros autores del mismo país encuentran una tasa un poco superior en otra ciudad, se trata de Sebastián Romero^{13a} que obtienen el 13,16%. También Bagedahl-Strinlund^{3a} evalúan a 3 meses post partum y obtienen una tasa de 14,5%. Mientras que Augusto et al^{2a} obtienen una prevalencia de 13,1% al evaluar a 352 mujeres. Estos últimos escogieron evaluar el

³ "...The fixed effect meta-analysis assumes that all the studies are estimating the same underlying effect size. Using fixed effects under conditions of heterogeneity, the confidence interval for the overall treatment effect reflects the random variation within each trial, but not potential heterogeneity between trials, so that the confidence interval is artificially narrow..."

problema entre el segundo y quinto mes post partum, con el sesgo probable porque hay mucha diferencia entre tres meses de evaluación. Finalmente, Georgiopoulos y al^{6a} encuentran una tasa de 11,4% en su estudio con 909 mujeres evaluadas a seis semanas con el EPDS. ¿Qué variables pueden explicar esta heterogeneidad entre los estudios de prevalencia? ¿Es el punto de corte elegido « cut-off » para identificar el problema, es el momento de evaluación?. Si el instrumento utilizado siempre es el mismo EPDS, entonces ¿qué otros factores influyen? Vemos que Josefsson y al^{8a} encuentran una tasa de prevalencia similar a la tasa media resultante del análisis de O'Hara et Swain de 13%, al evaluar a 1558 mujeres a 6-8 semanas posparto con la escala EPDS. El porcentaje aparece más pequeño cuando la muestra de sujetos es inferior y el « cut-off » es mayor de 13 tal como indican Nielsen^{10a} (prevalencia de 5,5%; n= 528), Lane^{9a} (prevalencia de 11%; n= 370) y Righetti-Veltema^{12a} con una tasa de 10,2% resultando de evaluar a 570 mujeres, tres meses después del parto con la escala EPDS.

AUTORES	INSTRUMENTOS	Cout-off	Tasa	N	Momento de evaluación (semanas)	Nivel de categoría social
Warner et al, 1996	EPDS	>12	0.118	2375	6-8	Moyen et défavorisé
Augusto et al, 1996	EPDS, Zung Scale	13 or more	0.131	352	8-20	moyen
Wickberg, 1996	EPDS, DSM-III-R, MADRS	>11,5	0.12	128	8	moyen
Lane et al, 1997	EPDS	13 or more	0.11	242	6	moyen
Stuart et al, 1998	EPDS, BECK anxiety inv., BECK dep inv., STAI	>10	0.233	107	14	Moyen
“	“	“	0.187	“	30	“
Glasser et al, 1998	EPDS, BDI	>13	0.135	288	6	Défavorisée
“	“	10 or more	0.226	“	6	“
Bagedahl-Strindlund, 1998	EPDS, interview clinique	>12	0.145	309	12	Moyen et défavorisée
Righetti-Veltema et al, 1998	EPDS	13 or more	0.102	570	12	Moyen et défav.
Sebastián et al, 1999	EPDS	12 or more	0.1316	190	24-32	moyen et défav.
Georgiopoulos et al, 1999	EPDS	12 or more	0.114	909	6	moyen
Nielsen, 2000	EPDS	13 or more	0.055	528	16	moyen
Cryan et al, 2001	EPDS	>12	0.286	377	6-12	défavorisée
Josefsson et al, 2001	EPDS	10	0.13	1192	8	moyen
“	“	“	“	“	24	“
Ascaso T. et al, 2001	EPDS, SCID interview Spitzer,92	11-12	0.1015	1191	6	moyen et défav.
“	“	10	0.129	“	“	“

Cuadro 1: La prevalencia de la depresión postnatal (1996-2001)

5 Resultados de la meta-análisis

5.1 Meta-analisis general

Los resultados de la meta análisis general nos ofrecen una estimación global del porcentaje de depresión postnatal que resulta ser **13.70%**. El intervalo de confianza nos indica que asumiendo un riesgo del 5%, podemos afirmar que entre el 11.80% y el 15.70% de las mujeres sufren este problema de salud. Estos porcentajes son el resultado de la meta análisis de efectos aleatorios, análisis más adecuado en estos casos en que se aprecia heterogeneidad. La meta análisis que considera solo los

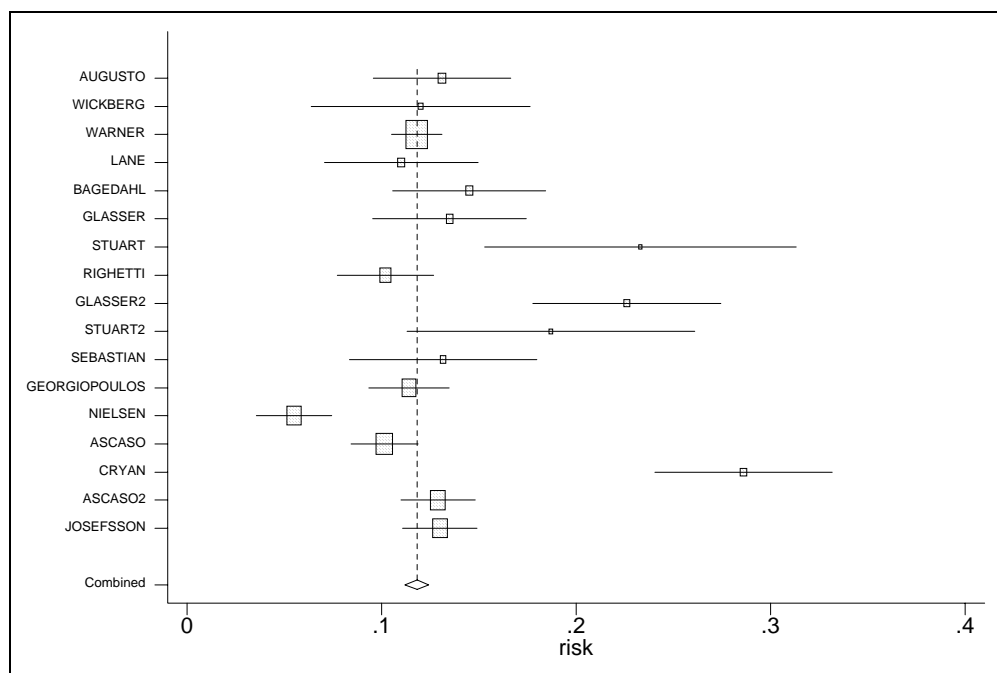
efectos fijos es más conocida pero no aconsejable cuando hay variabilidad porque como su nombre indica, se mantiene fija en el análisis. Vemos estos datos en el cuadro 2. La heterogeneidad que se observó antes en los porcentajes estudiados es finalmente controlada con el resultado del test de heterogeneidad ($p\text{-value} < 0.001$). En el cuadro 3 podremos visualizar dicha heterogeneidad.

Method	Pooled	95% CI		Asymptotic		No. of studies
	Est	Lower	Upper	z_value	p_value	
Fixed	0.118	0.112	0.124	37.463	0.000	17
Random	0.137	0.118	0.157	13.697	0.000	

Test for heterogeneity: $Q = 134.512$ on 16 degrees of freedom ($p = 0.000$)
Moment-based estimate of between studies variance = 0.001

Weights	Study	95% CI
---------	-------	--------

Cuadro 2. Efectos fijos y aleatorios (fixed, random) Meta-analisis



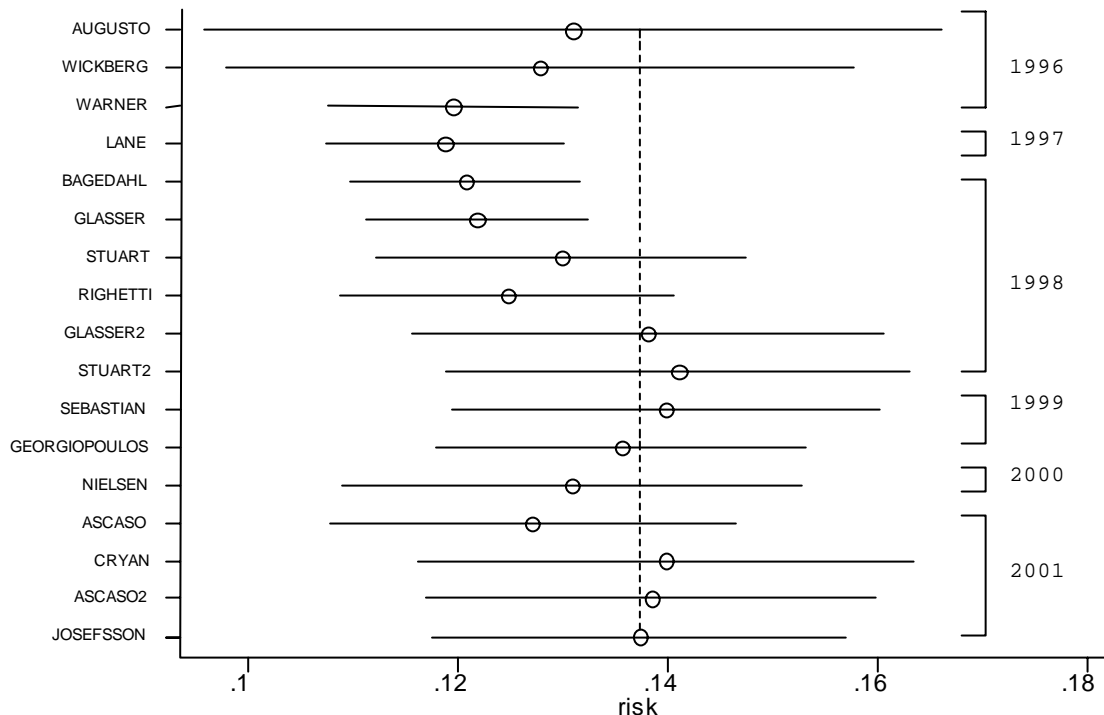
Cuadro 3 : Una visión grafica de la heterogeneidad entre las tasas de prevalencia estudiadas.

5.2 ¿Qué factores son responsables de la heterogeneidad ?

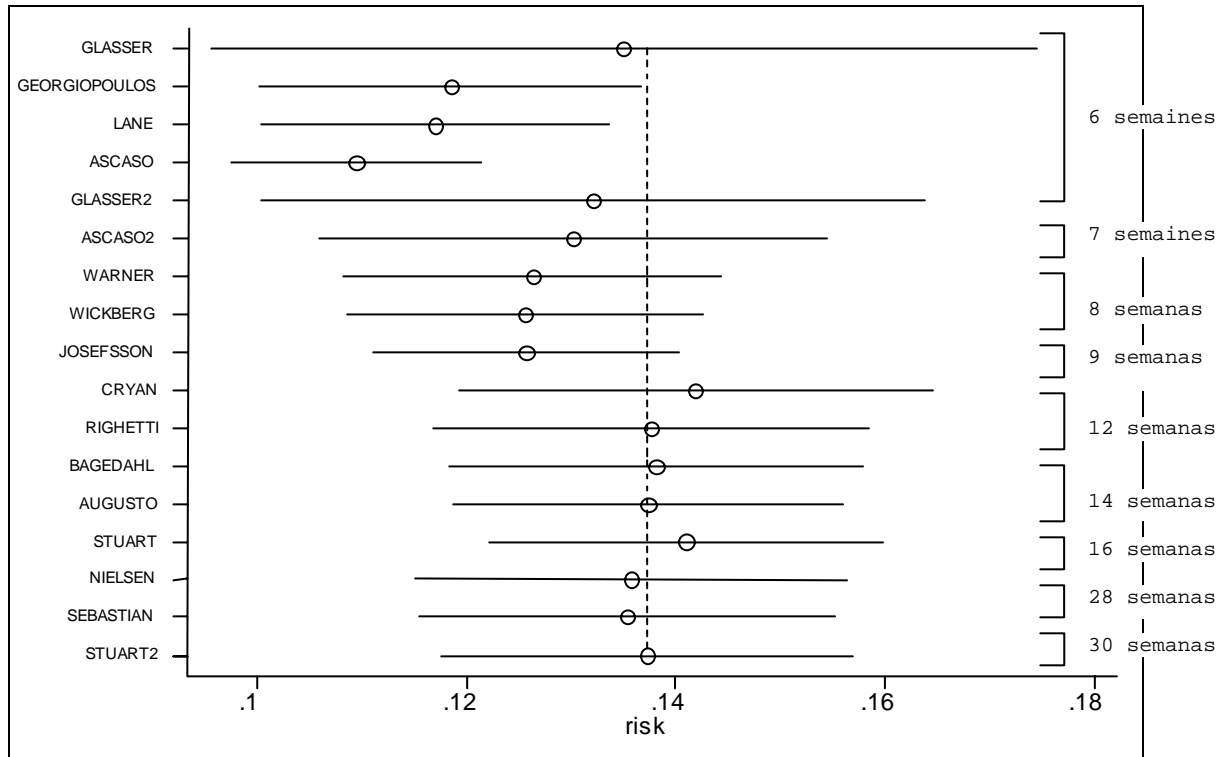
Fue precisamente la observación de la heterogeneidad existente entre estudios de prevalencia lo que nos motivó a estudiar los factores que podían estar asociados a ella. Queríamos saber porqué había tantas diferencias y que elementos hay que diferenciar para creer o dudar de esta tasa. Tras realizar nuestros análisis constatamos que:

- 1) La prevalencia de la depresión postnatal parece aumentar lentamente, eso se puede apreciar mejor a partir de 1998, después se estabiliza alrededor del 14%. (Ver cuadro 4).

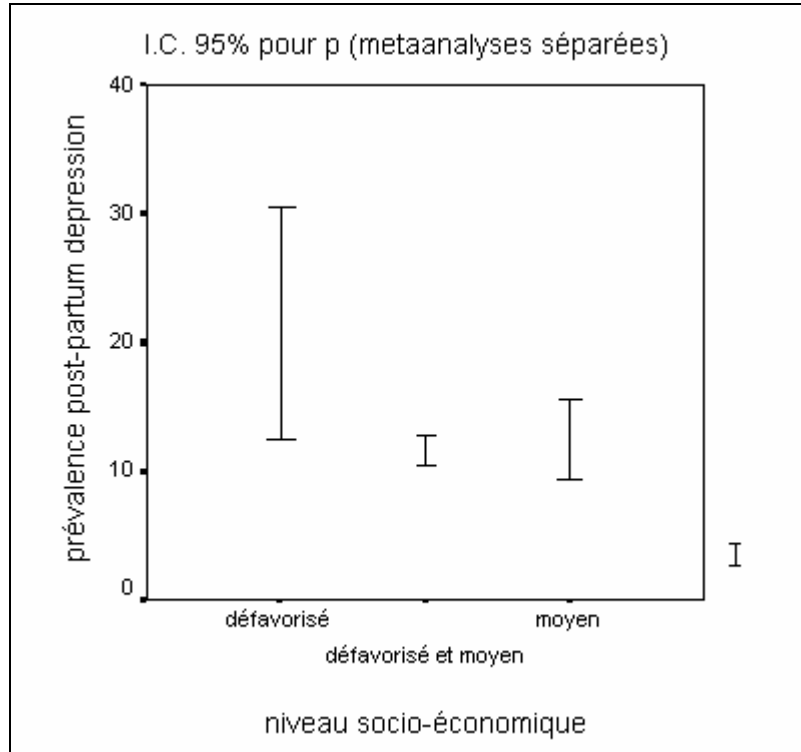
- 2) Cuanto más tarde es el momento de la evaluación, mayor parece el riesgo con tasas superiores. Sin embargo, después de la semana doce el porcentaje se estabiliza igualmente alrededor de 14% (ver el cuadro 5).
- 3) Las mujeres pobres presentan un porcentaje de depresión más elevado (21.5%). Hemos realizado meta análisis separados según el nivel socioeconómico de las mujeres estudiadas (cuadro 6). En las mujeres claramente identificadas como desfavorecidas socioeconómicamente la tasa de prevalencia es de 21.5% (intervalo de 95%: 12.5, 30.5). En las mujeres identificadas como de clase media y media baja el porcentaje es de 11.7% con menos variabilidad (intervalo 95%:10.5, 12.9). Finalmente en las mujeres de clase media sin identificar categorías la tasa resultante es de 12.5% con más variabilidad (9.5, 15.5). Estos últimos resultados cuestionan la realidad entre clases sociales que no siempre se identifican claramente, se suelen mezclar creando sesgos o confundiendo los resultados.



Cuadro 4: Meta análisis acumulativa y análisis de influencia del año
*Augusto, 1996/ Josefsson, 2001



Cuadro 5: momento de evaluación de la prevalencia



Cuadro 6: metaanálisis de prevalencia según el nivel socioeconómico

Tal como constataron Martínez-Renée y al (50), algunas veces los autores consideran como media a una categoría socioeconómica no identificada claramente. No sabemos a qué llaman clase media porque no lo especifican. Tampoco tienen en cuenta que las categorías sociales pueden ser distintas según las culturas y sociedades. Vemos que muchos artículos carecen de definiciones sobre estos puntos y se contentan con decir clase media porque las mujeres acudieron a un hospital de dicha categoría, sin analizar las condiciones particulares de dichas mujeres. Pocas veces hay en los estudios sobre este tema una clara identificación y aclaración de distintas categorías. Eso significa que en los estudios donde no nos indican que hubo mujeres de otra categoría pudo haber varias clases mezcladas. Por ese motivo el análisis sobre la influencia de esta variable sufre cierto sesgo y debe leerse con cierta cautela a excepción de aquellos resultados que conciernen a estudios claramente identificados. Es por ello que sólo podemos anunciar que según nuestros resultados las mujeres de categoría social baja claramente identificada como tal, presentan tasas más altas de depresión postnatal. No podemos precisar qué ocurre exactamente dentro de las otras categorías media respecto a alta, clase media respecto a baja, distintos niveles de media, etc.

6. Discusión

Una vez estudiado de forma separada, el efecto de cada variable responsable de heterogeneidad, en un modelo global, por una metaregresión, el nivel socioeconómico y el « cut-off » parecen influir fuerte y directamente sobre la tasa de prevalencia. Otras variables como el momento de la evaluación, el año del estudio, etc., también pueden influir pero no de una forma estadísticamente significativa. Sin embargo como nosotros solo hemos retenido los estudios que utilizan el mismo instrumento de evaluación EPDS, no podemos pronunciarnos sobre la influencia que ejercen distintos instrumentos en la tasa de prevalencia. De la misma forma, como hemos limitado el estudio a analizar trabajos de prevalencia realizados entre la cuarta y la 30 semanas postnatales, sólo podemos afirmar que medir la sintomatología depresiva a 6, 8, 10, 12, 14, 16, 20, 28 o a 30 semanas no afecta la tasa de prevalencia de forma significativa y no nos podemos pronunciar más allá de ese periodo que hemos analizado.

El resultado de esta meta análisis sitúa la prevalencia de la depresión entre el 12 y el 16%, tasa que nos aparece como bien importante a la hora de justificar un presupuesto para programas de prevención y tratamiento del problema, sobretodo con poblaciones de riesgo que se diferencian claramente de las otras su desigualdad social siendo también una desigualdad de salud. Además nuestro resultado es muy próximo al que encontraron O'Hara et Swain (1996) de 13%. En efecto según nuestro estudio basado en efectos aleatorios la prevalencia obtenida es de **13.70 %**. Podemos concretar que las mujeres pobres, de nivel social bajo están más a riesgo. Hemos visto que podemos argumentar bien la necesidad de crear, aumentar o reforzar los programas de salud mental teniendo en cuenta este problema maternal para el que tendremos que pensar en dispositivos adecuados. Si estas mujeres no acuden a los centros de salud y no reciben tratamiento habrá que pensar en visitas domiciliarias de control madre-bebé tras el primer mes posparto. Programas de atención madre-bebé existen ya en los centros de salud, sólo habría que reforzar desde la enfermería de salud mental esta parcela de « terreno poco andado » que dejan de lado los profesionales de la obstetricia, de la

pediatría y de la psiquiatría. La mujer que se deprime después de la cuarentena ya no es visitada por nadie, sólo si se encuentra muy mal acudirá quizás al médico de cabecera.

7. Conclusión

La sintomatología depresiva postnatal es sin duda un problema de salud pública. Las tasas de prevalencia analizadas nos ofrecen una muestra de la importancia que alcanza este problema aún sin detenernos a hablar aquí de las consecuencias. Los resultados de nuestra meta análisis justifican bien una llamada de atención para los cuidados de enfermería cuyo campo se amplía cada día más. La prevención y en caso necesario el tratamiento son campos de actuación que enfermería debe compartir con otros profesionales pero quizás debe pensar ya en preparar estrategias adecuadas al problema estudiado aquí. El primer paso está en la información, la formación adecuada en este campo y ello tanto para actuar directamente desde centros específicos de salud mental como para coordinar, apoyar a profesionales de enfermería de los servicios de obstetricia, o de pediatría que probablemente ignoran la importancia de la depresión maternal. Ellos ven y tratan aspectos psicósomáticos o claramente psicológicos que las mujeres presentan pero, pocas veces los tratan con continuidad. Los síntomas de tristeza que aparecen después de la cuarentena no son apreciados por nadie ya que los controles y cuidados a la mujer terminaron con el nacimiento de su hijo. Hemos visto que las mujeres más desfavorecidas son más vulnerables al problema pero también son las que más se esconden. Habrá que pensar pues en la detección precoz prenatal y postnatal así como en una continuidad de la vigilancia preventiva cuando hayamos detectado riesgos. Quizás será necesario protocolizar medidas de vigilancia y tratamiento pero ante todo, necesitamos conocer bien el problema, aprender a detectarlo eficazmente, asumirlo en programas de atención madre-bebé y justificar unos recursos que serán necesarios para trabajar tanto a nivel pre como postnatal.

Referencias específicas a la meta análisis

- 1-a GARCIA-ESTEVE LL., Ascaso C., Ojuel J., Navarro P. "Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers" *Journal of Affective Disorders* 75: 71-76, 2003.
- 1-b ASCASO TERREN C., Garcia Esteve LL., Navarro P., Aguado J., Ojuel J. « Postpartum depression prevalence in a spanish sample : comparation of estimations with structured clinical interview for DSM-IV against the Edimburgh postnatal depression scale (EPDS) » Poster XIX Reunion scientifique de la Société Espagnole de Epidemiologie. Murcia (Spain). *Medicina Clínica*, 120 (9): 326-329, Mar 2003.
- 2-a AUGUSTO A., Kumar R., Calheiros J.M., Matos E., Figueiredo E. « Post-natal depression in an urban area of Portugal : comparison of childbearing women and matched controls » *Psychological Medicine*, 26 : 135-141, 1996.
- 3-a BAGEDAHL- STRINDLUND M., Monsen Börjesson K. « Postnatal depression : a hidden illness » *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol 98 ; n.4 : 272-275, 1998.
- 5-a CRYAN E, Keogh F., Connolly E., Cody S., Quinlan A., Daly I., « Dépression among postnatal women in an urban Irish community » *Irish Journal of Psychological Medicine*, vol.18 ; 1 : 5-10, 2001.
- 6-a GEORGIOPOULOS AM, Bryan TL., Yawn BP., Houston MS., Rummans TA., Therneau TM., « Population-based screening for postpartum depression ». *Obstetrics & Gynecology*, 93 (5pt 1) : 653-7, May 1999.
- 7-a GLASSER S., Barell V., Shoham A., Ziv A., Boyko V., Lusky A., Hart S. « Prospective study of postpartum depression in an Israeli cohort : prevalence, incidence and demographic risk factors » *Journal Psychosom Obstet Gynecol*, 19 : 155-164, 1998.
- 8-a JOSEFSSON A., Berg G., Nordin C., Sydsjö G. « Prévalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum » *Acta Obstet Gynecol Scand* ; 80 : 251-255, 2001.
- 9-a LANE A., Keville R., Morris M., Kinsella A., Turner M., Barry S. « Postnatal depression and elation among mothers and their partners : prevalence and predictors » *British Journal of Psychiatry*, 171 : 550-555, 1997.
- 10-a NIELSEN F. D., Videbech P., Hedegaard M., Dalby Salving J., Secher NJ. « Post-partum depression : identification of women at risk » *British Journal of Obst Gynaec.*, v.107; 1210-1217, October 2000.
- 12-a RIGHETTI-VELTEMA M., et al, 1998 (voir ref. dans bibliographie globale).
- 13-a SEBASTIAN Romero E. Mas Lodo N. Martin Blazquez M. Raja Casillas MI. Izquierdo Zamarriego MJ. Valles Fernandez N. Metola Gomez M. « Pospartum depression in the health area of Toledo » *Atencion Primaria* v.24 n.4 : 215-9, Sep.15 1999.
- 14-a STUART S., Couser G., Schilder K., O'Hara M.W., Gorman L. « Postpartum Anxiety and Dépression : Onset and Comorbidity in a Community Sample » *The Journal of Nervous and Mental Disease* vol.186 ; n.7 : 420-24, 1998.
- 15-a VEGA-DIENSTMAIER J.M., Mazzotti G., Stucchi-Portocarrero S., Campos M. «Prevalencia y factores de riesgo para depresion en mujeres postparto » *Actas Españolas de Psiquiatria* vol.27 ; n.5 : 299-303, 1999.
- 16-a WARNER R., Appleby L., Whitton A., Faragher B. « Demographic and Obstetric Risk Factors for Postnatal Psychiatric Morbidity » *British Journal of Psychiatry* 168 : 607-611, 1996.
- 17-a WICKBERG B., Hwang C.P. « The Edinburgh Postnatal Dépression Scale : validation on a Swedish community sample » *Acta Psychiatr Scand* 94 : 181-184, 1996.

Bibliografía general

- 1- THIRKETTLE, J.A. et KNIGHT, R.C. "The psychological precipitants of transient Postpartum Dépression : A Review ", Current Psychological Research & Reviews, vol. 4 ; no.2 , 143-166, 1985.
- 2- MILES, A. The neurotic woman, New York : New York University Press, 1988.
- 3- LEWIS, S.E., NICOLSON, P. "Talking about early motherhood : Recognizing loss and reconstructing dépression ", Journal of Reproductive and Infant Psychology, 16 ; 177-197, 1998.
- 4- BERGGREN-CLIVE, K. " Out of the darkness and into the light : Women's experiences with dépression after childbirth ", Canadian Journal of Community Health, vol. 17(1), 103-120, 1998.
- 5- HOPKINS, J., CAMPBELL, S.B., MARCUS, M. «The role of infant-related stressors in postpartum dépression » Journal of Abnormal Psychology, v.96 ;n.3 : 237-241, 1987.
- 6- WATSON, J.P., ELLIOT, S.A., RUGG, A.J., BROUGH, D.I. « Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year » British Journal of Psychiatry, 144 : 453-462, 1984.
- 7- O'HARA, M.W. "Post-partum blues, dépression and psychosis: A review". Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 7 ; 205-227, 1987.
- 8- AFFONSO, D., LOVETT, S., PAUL, S., ARIZMENDI, T., NUSSBAUM, R., NEWMAN, L., JOHNSON D. " Predictors of dépression symptoms during pregnancy and postpartum ", Journal of psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 12; 255-271, 1991.
- 9- GOTLIB I.H., WHIFFEN V.E., WALLACE P.M., MOUNT J.H., « Prospective investigation of postpartum dépression : factors involved in onset and recovery » J. Abnorm. Psychol. 100 (2) : 122-132, 1991.
- 10- LODGSON, M., McBRIDE A., BIRKIMER, J. "Social support and postpartum dépression." Research in Nursing and Health, 17 ; 449-457, 1994.
- 11- NICOLSON P. «Loss, Happiness and Postpartum Dépression : The Ultimate Paradox » Canadian Psychology, 40 ; 2 : 162-178, may, 1999.
- 12- CHARDEAU, P. " Dépressions pré et post-natales : importance de leur dépistage et de leur prise en charge ". Journal Gynecol Obstetrique et Biologie Reproductive, v.29, supp.,1 ; 52-56, 2000.
- 13- PITT, B. « Maternity blues » British Journal of Psychiatry, 122 :431-433, 1973.
- 14-COX J.L., HOLDEN, J.M., SAGOVSKY, R. »Detection of postnatal dépression :Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Dépression Scale » British Journal of Psychiatry, 150 : 782-786, 1987.
- 15- RIGHETTI-VELTEMA M., CONNE-PERRÉARD E., BOUSQUET A., MANZANO J. « Risk factors and predictive signs of postpartum dépression » Journal of Affective Disorders 49 : 167-180, 1998.
- 16- COX, J.L., MURRAY, D. & CHAPMAN, G. "A controlled study of the onset, duration and prévalence of postnatal dépression ". British Journal of Psychiatry, 163 ; 27-31, 1993.
- 17- CAROTHERS, A.D. & MURRAY, L. " Estimating psychiatric morbidity by logistic regression: Application to postnatal dépression in a community sample ". Psychological Medecine, 20 ; 695-702., 1990.
- 18- WHIFFEN V.E. « Vulnerability to postpartum dépression: A prospective multivariate study », Journal of Abnormal Psychology, 97 ; 467-474, 1988.
- 19- O'HARA M.W. et SWAIN, A. « Rates and Risk of Postpartum dépression a méta-analyses » International Review of Psychiatry, 8 : 37-54, 1996.
- 20- POP V.J.M., ESSED G.G.M., DE GEUS C.A., VAN SON M.M., KOMPROE I.H. « Prévalence of post-partum dépression- or is it post-puerperium dépression ?. » Acta Obstet. Gynecol. Scand. 72 : 354-358, 1993.

- 21- SEGUIN, L., BOUCHARD, C., ST-DENIS, M., LOISELLE, J., POTVIN, L. « Évolution du réseau de soutien social lors d'une première naissance : comparaison entre des mères défavorisées et des mères de classe moyenne » Revue Canadienne de Santé Publique, v.86 ;n.6 : 392-396, 1995.
- 22- STUART S., COUSER G., SCHILDER K., O'HARA M.W. GORMAN L. « Postpartum Anxiety and Dépression : Onset and Comorbidity in a Community Sample » The Journal of Nervous and Mental Disease, v.186, n.7 :420-24, 1998.
- 23- O'HARA, M.W., NEUNABER, D.J., ZEKOSKI, E.M. « Prospective study of postpartum dépression : Prévalence, course and predictive factors » Journal of Abnormal Psychology, 93 : 158-171, 1984.
- 24- SÉGUIN, L., POTVIN, L. , ST-DENIS, M., LOISELLE, J. "Chronic stressors, social support and dépression during pregnancy", Obstetrics and Gynecology, vol. 85 ; no. 4, April,1995.
- 25- SÉGUIN, L., POTVIN, L., ST-DENIS, M., LOISELLE, J. " Dépressive Symptoms in the Late Postpartum Among Low Socioeconomic Status Women ", Birth, vol. 26, no. 3, September, 1999.
- 26- PAYKEL, E.S., EMMS, E., FLETCHER, J., RASSABY, E.S. «Life events and social support in puerperal dépression » British Journal of Psychiatry, 136 : 339-346, 1980.
- 27- CUTRONA, C.E. « Non psychotic postpartum dépression : A review of recent research » Clinical Psychology Review, v.2 ; 487-503, 1982.
- 28- CUTRONA , C.E. »Social support and stress in the transition to parenthood » Journal of Abnormal Psychology 93 ;n.4 : 378-390, 1984.
- 29- NORBECK J.S. & ANDERSON N.J. « Life stress, social support and anxiety in mid-an-late-pregnancy among low income women » Research in Nursing and Health 12 ; 281-89, 1989.
- 30- SANTE CANADA- Rapport sur les femmes et l'usage du tabac, Gouvernement du Canada, 1993.
- 31- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS)« La politique de périnatalité du Québec » Gouvernement du Québec, 1993.
- 32- HENDERSON J. « The cost effectiveness of prenatal care » Health Care Financing Review, 15 ; 4 : 21-31, 1994.
- 33- STOUT, A..E., « Prenatal care for Low-Income Womenand the Health Belief Model : A New Beginning » Journal of Community Health Nursing v.14 ; n.3 : 169-180, 1997.
- 34- ZAYAS, Luis H., BUSH-ROSSNAGEL, Nancy A. "Pregnant Hispanic women: A mental health study", Families in Society, vol. 73, 9 ; (515-521) Nov. 1992.
- 35-OYEMADE U.J., COLE O.J., JOHNSON A.A., KNIGHT E.M., WESTNEY O.E, LARYEA H., HILL G., CANNON E., FOMUFOD A., WESTNEY L.S., JONES S. et EDWARDS C.H. « Prenatal Predictors of Performance on the Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale » (African American Women and Their Pregnancies), Journal Nutrition, 124 : 1000S-1005S, 1994.
- 36- SHAPIRO S., McCORMICK M C., STARFIELD B.H., KRISCHER J.P., BROSS D. "Rélevance of correlates of infant deaths for significant morbidity at 1 year of age", American Journal Obstetric. Gynecol. 136 ; 363-373, 1980.
- 37- McCORMICK M.C., WORKMAN-DANIELS, K., BROOKS-GUNN, J. « The Behavioral and Emotional Well-being of School-age Children With Different Birth Weights », Pediatrics, vol. 97, no.1 ; 18-26, 1996.
- 38- KOLLER H., LAWSON, K., ROSE, S.A., WALLACE, I. et McCARTON, C. « Paterns of Cognitive Development in Very Low Birth Weight Children During yhe First Six Years of Life », Pediatrics, vol.99 ; no.3, 383-389, March 1997.
- 39- CHEN J. et MILLAR W.J. « Issue de la grossesse, milieu social et santé de l'enfant » Rapports sur la santé, vol 10, n.4 : 59-69, printemps 1999.
- 40- ROBERTS, E.M « Neighborhood Social Environments and the Distribution of Low Birthweight in Chicago », American Journal of Public Health, vol. 87 ; no. 4 : 597-603, 1997.

- 41- INSTITUTE OF MEDICINE- Committee to study the prevention of low birthweight- "Preventing low birthweight". Division of Health Promotion and Disease Prevention. Washington D.C.: National Academy Press, 1985.
- 42- PELCHAT Y. et WILKINS R. "Dossier naissances: quelques aspects socio-démographiques et sanitaires des mères et nouveau-nés de la Région 6A, 1979-1983". Le Regroupement des départements de santé communautaire de Montréal Métropolitain. Montréal, 1987.
- 43- COLIN C. et DESROSIERS H. "Naître égaux et en santé" - Avis sur la grossesse en milieu défavorisés. MSSS, 1989.
- 44- BERGANT, A.M., HEIM, K., ULMER, H., ILLMENSEE, K. « Early postnatal depressive mood : associations with obstetric and psychosocial factors », Journal of Psychosomatic Research, vol. 46, no.4 ; 391-394, 1999.
- 45- NHIWATIWA, S.; PATEL, V.; ACUDA, W. "Predicting postnatal mental disorder with a screening questionnaire : a prospective cohort study from Zimbabwe", Journal of Epidemiology and Community Health, 52 ; 262-266, 1998.
- 46- HICKEY CA et al. "Low prenatal weight gain among low-income women: what are the risk factors?" Birth 24 ; 2, June, 1997.
- 47- KENNERLY, H., et GATH, D. "Maternity blues. Detection and measurement by questionnaire". British Journal of Psychiatry, 155 ; 356-362, 1989.
- 48- O'HARA, M.W. SCHLECHTE, J., LEWIS, D., & WRIGHT, E. "Prospective study of postpartum blues: Biologic and psychosocial factors", Archives of General Psychiatry, 48 ; 801-806, 1991.
- 49- HENDRICK V., ALTSHULER LL., SURI R. « Hormonal changes in the postpartum and implications for postpartum depression », Psychosomatics, 39 ;2 :93-101, 1998.
- 50- MARTINEZ R., JOHNSTON-ROBLEDO I., ULSH-HEATHER M., CHRISLER-JOAN C., « Singing « the baby blues » : A content analysis of popular press articles about postpartum affective disturbances » Women and health vo.31, n.2-3 : 37-56, 2000.
- 51- NAJMAN J.M., ANDERSEN M.J., BOR W., O'CALLAGHAN M.J., WILLIAMS G.M. « Postnatal depression-myth and reality : Maternal depression before and after the birth of a child » Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology vol.35,n.1 : 19-27, jan 2000.
- 52- BALLARD, C.G., DAVIS,R., CULLEN, P.C., MOHAN, R.N. et DEAN, C. "Prévalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers" British Journal of Psychiatry, 164, 1994.
- 53- WHIFFEN, V.E. "Is postnatal depression a difficult diagnosis?" , Clinical Psychology Review, 12 ; 485-508, 1992.
- 54- GUEDENEY, N., FERMANIAN, J., GUELFY, J.D., DELOUR, M., "Premiers résultats de la traduction de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale sur une population parisienne » Devenir 7 (2), 69-92, 1995.
- 55- LEE DOMINIC T.S., YIP ALEXANDER S.K., CHIU HELEN F.K., LEUNG TONY Y.S., CHUNG TONY K.H. « A psychiatric epidemiological study of postpartum Chinese women » American Journal of Psychiatry vol.158, n.2 : 220-226, feb.2001
- 56- GUEDENEY N., FERMANIAN J. « Validation study of the French version of the Postnatal Depression Scale (EPDS) : new results about use and psychometric properties » Eur Psychiatry, 13 : 83-89, 1998.
- 57- COX, J. L., "Introduction and classification dilemmas" dans J.Cox et J. Holden (Eds) Perinatal Psychiatry, Use and Misure of the Edinburg Postnatal Depression Scale, 3-7; 1994.
- 58- MOSTEIRO DIAZ M.P., DIAZ FERNANDEZ E., FERNADEZ FEITO A., MORAN ORDOÑEZ D., «Trastornos depresivos en la hospitalización por parto» Enfermería Científica n.220-221:42-45, 2000.

- 59- FISCH R.Z., TADMOR O.P., DANKNER R., Y.Z. DIAMANT, «Postnatal Dépression: A Prospective Study of its Prévalence, Incidence and Psychosocial Determinants in an Israeli Sample» J. Obstet. Gynaecol. Res. Vol. 23, n.6: 547-554, 1997.
- 60- PEDROS ROSELLO, A. «Influencia de la dépression postparto en el desarrollo y temperamento del niño» Anales de psiquiatría, vol. 14 n.10: 446-457, Madrid 1998.
- 61- SAUCIER J.-F., BERNAZZANI O., BORGEAT F., DAVID H, «La contribution des variables sociales à la prédiction de la dépression postnatale». Santé mentale au Québec, Vol. 20, n.2: 35-58, décembre 1995.
- 62- MARCUS S.M., FLYNN H.A., BLOW F.C., BARRY K.L. “ Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings” Journal of Women’s health, 12 (4): 373, may 2003.
-