



Universitat Autònoma de Barcelona

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  [http://cat.creativecommons.org/?page\\_id=184](http://cat.creativecommons.org/?page_id=184)

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

**WARNING.** The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



**Universitat Autònoma  
de Barcelona**

Universitat Autònoma de Barcelona  
Departament de Psicologia Clínica i de la Salut  
Programa de Doctorat en Psicologia Clínica i de la Salut

## **TESI DOCTORAL**

**DEPRESSIÓ POSTPART: PERSONALITAT, FACTORS PSICOSOCIALS I**

**IDEACIÓ SUÏCIDA**

Realitzada per Meritxell Puyané Oliva

Direcció:

Dra. Susana Subirà Álvarez  
Departament de Psicologia Clínica i de la Salut, Facultat de Psicologia,  
Universitat Autònoma de Barcelona.

Dra. Estel Gelabert Arbiol  
Departament de Psicologia Clínica i de la Salut, Facultat de Psicologia,  
Universitat Autònoma de Barcelona.



A en Christian,  
el meu company de vida,  
per creure en mi en tot moment.

## Agraïments

I amb la tesi gairebé enllestida, només em queda escriure els agraïments. Arribar fins aquí ha estat tot un repte, i vull agrair l'acompanyament i la confiança que moltes persones m'han donat al llarg de tot el recorregut.

En primer lloc, vull donar les gràcies a la Susana Subirà i l'Estel Gelabert, les meves directores de la tesi. A la Susana, per haver-me confiat aquest treball, per la seva paciència davant la meva inconsistència, per la seva valuosa direcció i recolzament per seguir en aquest camí. A l'Estel, per la seva complicitat i amb qui sempre estaré en deute. Per la seva experiència, ella ha estat font de motivació i curiositat durant aquests anys. I sobretot a les dues, per entendre tots els obstacles apareguts en el camí.

Però un treball d'investigació com aquest també és fruit del reconeixement i recolzament de les persones que m'han ofert el seu suport al llarg d'aquests anys, sense el qual no hagués tingut la força i l'energia per créixer com a persona i com a professional. A l'Esther Cabrera, la Carme Rosell i la Carol Chabrera, per ajudar-me a focalitzar-me. Vull agrair-vos també la vostra passió per la recerca i la docència, per transmetre'm el coneixement científic i l'entusiasme per la feina ben feta.

A la Raquel Sebio, per la seva orientació i atenció a les meves consultes sobre metodologia. Moltes gràcies per aportar-me la llum necessària.

A les meves companyes de l'Escola Superior de Ciències de la Salut pel seu recolzament personal durant aquests anys. En especial a l'Esther Mur per la seva complicitat i els bons moments compartits. Per les seves paraules precises en els moments oportuns que m'han ajudat a no defallir

A tots els meus amics i amigues, que s'han interessat per l'estat d'aquest treball, només per veure'm feliç. Avui tanco una etapa i no puc deixar d'agrair-los el seu recolzament i per estar sempre allà.

Als meus pares, l'Àngel i la Roser, que sempre han estat el motor que impulsa els meus somnis. Gràcies per donar-m'ho tot.

Però sobretot, gràcies al Christian, la Paula i l'Arnau, per la seva paciència i comprensió amb aquest projecte, pel temps que m'han concedit, un temps robat a la història familiar. Sense el seu recolzament mai hauria pogut arribar a aquí. Us estimo infinitament als tres.

A totes i tots, moltes gràcies de tot cor.

## ÍNDEX

1. INTRODUCCIÓ .....	8
1.1. Estructura de la tesi .....	9
1.2. Justificació de la tesi .....	10
2. MARC TEÒRIC .....	13
2.1. La salut mental perinatal .....	14
2.1.1. Trastorns d'ansietat .....	19
2.1.2. Psicosi postpart .....	21
2.1.3. Pospartum blues o disfòria postpart .....	23
2.2. La depressió postpart .....	25
2.2.1. Impacte de la Depressió Postpart .....	29
2.2.2. Etiopatogènia i factors de risc .....	34
2.3. El paper de la personalitat en la depressió, la depressió postpart i la ideació suïcida .....	40
2.3.4. El perfeccionisme .....	49
2.3.5. Personalitat i Depressió .....	50
2.3.6. Personalitat i Depressió Postpart .....	57
2.3.7. Personalitat i ideació suïcida i depressió .....	66
3. PROJECTE DE RECERCA .....	72
3.1. Objectius .....	73
3.1.1. Objectiu general .....	73
3.1.2. Objectius específics .....	73
3.2. Hipòtesis .....	74
3.3. Estudi 1 .....	76
3.4. Estudi 2 .....	124
3.5. Estudi 3 .....	157
4 DISCUSSIÓ GENERAL .....	180
4.1. Resultats més rellevants de la investigació .....	182
4.2. Limitacions .....	192
4.3. Línees d'investigació futures .....	194
5 CONCLUSIONS .....	197
6 REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES .....	200





## 1. INTRODUCCIÓ

## 1.1. Estructura de la tesi

El treball presentat està distribuït en 6 apartats, que inclouen, en línies generals, les següents qüestions:

En el *primer apartat* s'exposen les raons que justifiquen la nostra investigació, es presenten els objectius i s'exposen breument els resultats del procés en forma d'articles d'investigació.

El *segon apartat* es correspon amb el marc teòric. Aquí es recullen les principals investigacions prèvies sobre depressió postpart, ideació suïcida i personalitat.

El *tercer apartat* està destinat al projecte de recerca pròpiament dit. Aquí s'hi troben detallats els objectius i les hipòtesis del meu projecte. A continuació, apareixen els 3 estudis que s'han dut a terme per tal d'assolir aquests objectius.

- Estudi 1. Trets de personalitat com a factor de risc per a la depressió postpart: revisió sistemàtica i metaanàlisi.
- Estudi 2. Temperament i caràcter en la depressió postpart i la seva relació amb variables clíniques.
- Estudi 3. El paper de les dimensions de la personalitat, els símptomes depressius i altres variables psicosocials en la predicció de la ideació suïcida postpart: un estudi de cohorts.

Cadascun d'aquests estudis estan estructurats de la següent forma: introducció, mètode, resultats, discussió i bibliografia. Està previst que aquests resultats es publiquin en forma d'article en revistes científiques.

A continuació, en el *quart apartat*, apareix la discussió general d'aquesta tesi que inclou els resultats més rellevants de la nostra investigació, les seves aportacions, les principals limitacions i les possibles línies d'investigació futures.

En el *cinquè apartat* es poden trobar les conclusions del nostre estudi.

Per últim, en l'*apartat sisè* hi apareixen les referències bibliogràfiques.

## 1.2. Justificació de la tesi

Actualment hi ha un important consens sobre el reconeixement de la vulnerabilitat de la salut mental de les dones en el període perinatal. La salut mental perinatal es reconeix com un problema de salut pública important, amb estimacions que indiquen que entre un 10% i un 25% de les dones experimentaran depressió i que un 25-45% arribaran a ser diagnosticades de diferents trastorns d'ansietat durant aquest període (Fisher i cols., 2010; Rallis i cols., 2014). De fet, quan parlem de dones, gran part dels trastorns psiquiàtrics que pateixen tenen la prevalença més elevada durant la seva etapa fèrtil (Castle i cols., 2000).

Durant molts anys, les investigacions en salut s'han centrat en mostres formades bàsicament per homes o mostres mixtes. Això ha propiciat una invisibilització de les dones, i per tant, ha suposat entre d'altres biaixos, que els trastorns o malalties que afecten de forma específica o són més prevalent en les dones hagin estat poc considerades, poc estudiades i per tant, mal abordades des de la perspectiva clínica.

Tot i que l'etapa perinatal es correspon a un moment important en la vida de la dona, podem dir que l'embaràs i el part són esdeveniments vitals que poden suposar una etapa de gran estrès i desequilibri emocional.

La depressió postpart és una de les complicacions més freqüents durant la maternitat, es diagnostica en un 10% de les dones que han donat a llum, i suposa un greu problema de salut que afecta no només a les dones que la pateixen, sinó també a la seva descendència i les seves famílies.

Els factors associats a la depressió postpart són diversos i d'origen biològic, psicològic i social. Els antecedents de depressió, els esdeveniments vitals estressants, certs trets de personalitat, la violència de gènere, alguns factors obstètrics i la ideació suïcida, entre d'altres, s'han associat amb la l'aparició, el curs i/o el pronòstic de la depressió postpart.

L'objectiu general d'aquesta tesi ha estat l'estudi de la relació entre la depressió, la ideació suïcida, variables de personalitat i alguns factors psicosocials en dones puèrperes de la població general i en dones amb depressió postpart. Per assolir aquest objectiu general s'han plantejat una seqüència d'objectius específics. El primer objectiu ha estat la realització d'una revisió sistemàtica per determinar si hi ha trets de personalitat que es poden considerar com a factors de risc per la depressió postpart. El segon objectiu ha estat analitzar la relació entre les característiques de temperament i caràcter i diferents variables clíniques com la presència d'ideació suïcida en un grup de dones diagnosticades de depressió postpart. I per últim, el tercer objectiu de la recerca ha estat estudiar la prevalença de la ideació suïcida en una cohort de dones puèrperes de la població general i del paper de la personalitat com a factor predictor de l'aparició d'ideació suïcida, així com la relació d'aquesta amb la depressió postpart.

El resultat d'aquest procés d'investigació ha donat lloc als següents articles publicats i/o sotmesos a publicació en revistes d'impacte:

- **Puyané, M.**, Subirà, S., Torres, A., Roca, A., Garcia-Esteve, L., Gelabert, E. (2020). Personality traits as a risk factor for postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. Manuscrit sotmès a publicació.
- Gelabert, E., Gutierrez-Zotes, A., Navines, R., Labad, J., **Puyané, M.**, Donadon, M. F., Guillamat, R., Mayoral, F., Jover, M., Canellas, F., Gratacós, M., Guitart, M., Gornemann, I., Roca, M., Costas, J., Ivorra, J. L., Subirà, S., de Diego, Y., Osorio, F. L., Garcia-Esteve, L., ... Martin-Santos, R. (2020). The role of personality dimensions, depressive symptoms and other psychosocial variables in predicting postpartum suicidal ideation: a cohort study. *Archives of women's mental health*, 23(4), 585–593.  
<https://doi.org/10.1007/s00737-019-01007-w>

Un tercer un tercer article que té com a títol provisional:

- **Puyané, M.,** Subirà, S., Torres, A., Garcia-Esteve, L., Gelabert, E. (2020). Temperament and character in postpartum depression and its relation to clinical variables.

## 2. MARC TEÒRIC

## 2.1. La salut mental perinatal

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix la salut mental com "un estat de benestar en el qual l'individu és conscient de les seves pròpies capacitats, pot afrontar les tensions normals de la vida, pot treballar de forma productiva i fructífera i és capaç de fer una contribució a la seva comunitat". La salut mental està relacionada amb l'estat emocional, psicològic i de benestar d'una persona i, per tant, pot afectar els sentiments i la forma d'actuar de les persones en qualsevol moment del cicle vital, contemplant també les dones embarassades o en període del puerperi. La salut mental perinatal es relaciona amb el benestar mental de les dones durant l'embaràs i fins a un any després del naixement del nou-nat (Austin i Lumley, 2003; Austin i cols., 2008; Galbally i cols., 2010; Howard i cols., 2014b).

Els trastorns mentals perinatals (TMP) han estat estudiats des de l'època d'Hipòcrates. Al llarg del segle XIX, es va accelerar l'interès científic per l'estudi de les malalties mentals perinatals, conjuntament amb un augment per l'interès general sobre el coneixement dels trastorns mentals greus. Fa més de 150 anys, Louis-Victor Marcé (1858), va publicar una important sèrie d'estudis de casos sobre dones que patien diverses formes de patologia mental en l'etapa perinatal. En aquest tractat, Marcé va descriure l'embaràs i el puerperi com un període de vulnerabilitat psíquica específica, amb un pronòstic favorable.

A finals del segle XX creix l'interès per la salut mental perinatal i comencen a aparèixer nombroses publicacions, informes clínics i investigacions sobre la prevalença, els factors de risc, les conseqüències per a la mare, el fetus i el nadó. Nombroses agències governamentals i grups professionals han publicat directrius per a la detecció i tractament de malalties mentals perinatals, com ara la guia anglesa del National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2014, actualitzada al 2020) i la guia australiana Mental Health Care in the Perinatal Period (Centre of Perinatal Excellence, 2017) i la guia escocesa Scottish

Intercollegiate Guidelines Network (SIGN, 2012). L'aparició d'aquestes guies és un reflex de l'esforç que s'està fent per millorar l'atenció a la salut mental en el període perinatal. En aquest sentit, s'han creat dispositius específics d'atenció a la salut de les mares i de la seva descendència, com per exemple, les unitats d'hospitalització conjunta per la mare i el nadó. Aquestes unitats són de gran utilitat en situacions en què la capacitat de la mare per atendre al seu nadó pot estar compromesa per un trastorn mental perinatal. Les primeres unitats d'aquest tipus es van fundar al Regne Unit principi del segle passat (Glangeaud-Freudenthal, 2004). Actuant, existeixen unitats d'aquest tipus al Regne Unit, França, Alemanya, Bèlgica, Luxemburg i altres països europeus, així com a Austràlia, Nova Zelanda, Israel i l'Índia, entre d'altres. En el nostre país, l'any 2018 es va inaugurar el primer Hospital de Dia Mare-Bebè a l'Hospital Clínic de Barcelona.

Des de fa unes dècades, els estudis sobre salut mental perinatal també han estat influïts per conceptes emergents com ara la relació entre l'ambient fetal i la salut de la persona al llarg de tota la seva vida. La interacció dinàmica de factors biològics, socioambientals i psicològics afecta a l'expressió de malalties (i de la salut) durant tota la vida (Misra i cols., 2003) de l'ésser humà. En aquest sentit, la programació fetal fa referència a la capacitat de l'entorn intrauterí per modificar l'expressió de gens i interactuar amb el substrat genètic per determinar la susceptibilitat de la malaltia a curt i llarg termini. Alts nivells d'estrès i les malalties mentals associades poden afectar als resultats materns i fetals, i també, a llarg termini, a la salut de la descendència en l'edat adulta. En una revisió sistemàtica recent realitzada per Van Niel (2020) s'estudia, entre d'altres aspectes, la relació entre l'estrès matern durant l'embaràs i els resultats per la seva descendència. Relacionen l'estat psicològic matern (estrès, ansietat i depressió) en l'època perinatal (embaràs i postpart) amb diferents aspectes de la salut mental del fill o la filla (temperament, desenvolupament cognitiu, conducta, desenvolupament emocional) amb moltes troballes que evidencien aquesta relació, com ara, temperament irritable,



disminució del desenvolupament cognitiu, hiperactivitat i problemes d'internalització, entre d'altres.

Podem dir que l'embaràs i el part són esdeveniments vitals de gran importància en el desenvolupament dels nuclis familiars però en ocasions poden suposar una etapa de gran estrès i desequilibri emocional. Tot i que el període perinatal es percep principalment com un moment d'alegria, també planteja importants reptes físics, biològics i emocionals per la dona (Howard i cols., 2014). El període de l'embaràs i el postpart és una de les etapes de la vida d'una dona on s'exposa a molts canvis físics i psicològics, i s'associa amb una major fragilitat de la seva salut mental. Per tant, es pot afirmar que l'embaràs no és un estat protector per la salut mental de la dona.

A nivell internacional, la salut mental perinatal es reconeix com un problema de salut pública important, amb estimacions que indiquen que entre un 10% i un 25% de les dones experimentaran depressió i un 25-45% trastorns d'ansietat durant aquest període (Fisher i cols., 2010; Rallis i cols., 2014). De fet, els trastorns psiquiàtrics tenen la prevalença més alta en dones durant la seva etapa fèrtil (Castle i cols., 2000). A Espanya, la prevalença de trastorn mental no psicòtic en el postpart és del 18.1%, entre els més freqüents hi hauria els trastorns depressius i els ansiosos i un 2% presenten comorbiditat (Navarro i cols., 2008).

Per tant, els problemes de salut mental afecten a un nombre significatiu de dones i poden ser potencialment mortals.

Per exemple, al Regne Unit i Irlanda, el suïcidí és la principal causa de mort materna durant el primer any del postpart (Knight i cols., 2016). En una revisió sistemàtica recent, es demostra que les dones en el període del peripart que experimenten trastorns psiquiàtrics presenten risc de conductes suïcides. En aquest estudi, s'indica que el nombre de morts per suïcidí maternes varia de 0.43 a 3.7 morts per cada 100.000 naixements (Meurk i cols., 2021).

S'han identificat diversos factors de risc que poden incidir en la salut mental perinatal: antecedents personals de malaltia mental (Johnstone i cols., 2001; Mezey i cols., 2005); esdeveniments vitals estressants (Johnstone i cols., 2001), problemes de relació de parella (Khajehei i Doherty, 2018), especialment experiències de violència dins la parella (Islam i cols., 2017; Zhang i cols., 2012), problemes socioeconòmics (Miyake i cols., 2011; Tuten i cols., 2003; Yamamoto i cols., 2014), aïllament social i manca de suport social (Aktan, 2011; Corrigan i cols., 2015; Negron i cols., 2013).

Com s'ha dit anteriorment, la relació que hi ha entre la salut mental i el postpart s'ha observat des de l'època d'Hipòcrates (Miller, 2002). Les dones durant el període del puerperi tenen un major risc de desenvolupar malalties psiquiàtriques greus podent experimentar trastorns de l'estat d'ànim, d'ansietat i psicòtics (Paschetta i cols., 2014), especialment en el primer i en el tercer trimestre de la gestació i al llarg dels primers 30 dies del postpart. Hi ha estudis que han demostrat que una dona té un major risc d'ingrés hospitalari per motius psiquiàtrics durant el primer mes del postpart que en qualsevol altre moment de la seva vida (Betts i cols., 2020; Franca i MacManus, 2018; Martin i cols., 2016). Un percentatge elevat de totes les admissions hospitalàries psiquiàtriques de dones es produeixen durant el període del postpart (Martin i cols., 2016; Reardon i cols., 2003; Wen i cols., 2021).

No obstant això, hi ha evidències d'estudis clínics i epidemiològics que suggereixen que les alteracions de l'estat d'ànim en el postpart no difereixen significativament dels trastorns afectius que pateixen les dones en altres moments del seu cicle vital. Per altra banda, aquests estudis també apuntaven que la presentació clínica de la depressió en el puerperi és similar a la depressió major que es produeix fora de l'etapa perinatal (Delrosario i cols., 2013; O'Hara i cols., 1991; Meltzer-Brody i cols., 2018; Wisner i cols., 2010).

Així doncs, des de fa temps, existeix la controvèrsia sobre si els trastorns en el període perinatal són entitats diagnòstiques diferenciades (Hamilton, 1982; Hays i Douglass, 1984; Hays, 1978) o bé, episodis d'un trastorn afectiu o psicòtic, que es precipiten a conseqüència del part i tots els canvis que hi tenen lloc (Howard, 2014; Meltzer-Brody i cols., 2018; Robling i cols., 2000). No hi ha prou evidències que avalin que els trastorns mentals en el peripart siguin entitats independents amb una etiologia, simptomatologia, curs i/o una evolució clarament diferenciades (O'Hara i Wisner, 2014; Riecher-Rosler i Rodhe, 2005).

El part s'hauria de contemplar com un factor general d'estrès, com qualsevol altre «esdeveniment vital», que pot desencadenar el debut de tot l'espectre de trastorns psiquiàtrics (Di Florio i cols., 2013; Forty i cols. 2006; Viguera i cols., 2011). Aquesta consideració és acceptada en tots els trastorns clínics i simptomatologia associada en els trastorns d'inici en el peripart.

No obstant això, la majoria de clínics i investigadors estan d'acord en què els trastorns mentals en el període del puerperi presenten unes necessitats específiques diferenciades. A continuació s'explicaran aquelles entitats diagnòstiques que tenen un especificador en el DSM d'inici en el peripart, com la psicosi i la depressió postpart. També es descriuran els trastorns d'ansietat que, tot i que no són específics d'aquest període si que són molt prevalents. Per últim, la disfòria postpart que també és una alteració de l'estat d'ànim molt freqüent en aquesta etapa, que es pot confondre amb la DPP i que s'ha demostrat que és un factor de risc per la seva aparició.

### 2.1.1. Trastorns d'ansietat

Els trastorns d'ansietat són molt prevalents en el període perinatal. Aquests inclouen: trastorn d'ansietat generalitzada, trastorn obsessiu-compulsiu, trastorn de pànic i ansietat social. En molts casos, la gravetat i l'efecte dels símptomes d'ansietat (per exemple, la preocupació, l'evitació i les obsessions) no són suficients per diagnosticar un trastorn d'ansietat, no obstant, provoquen un malestar significatiu. En una revisió sistemàtica recent amb metanàlisi s'estima que el 8.5% de les dones en postpart experimenten un o més trastorns d'ansietat. Analitzant més concretament per cada un dels trastorns, s'apunten les següents prevalences: trastorn de pànic (1.66%; IC95%: 0.09-2.76), trastorn d'ansietat generalitzada (3.59%; IC95%: 1.85-6.66), trastorn obsessiu-compulsiu (2.49%; IC95%: 0.89-7.37), agorafòbia (0.68%; IC95%: 0.03-11.14), fòbia social (1.28%; IC95%: 0.49-4.22) i estrès posttraumàtic (1.78%; IC95%: 0.66-4.58) (Goodman, Watson i Stubbs, 2016).

El que suggereixen aquestes dades és que l'ansietat en aquest període és força freqüent i que la simptomatologia oscil·la entre la preocupació excessiva i els atacs de pànic.

Els trastorns d'ansietat sovint presenten un curs crònic i un percentatge no menyspreable de dones iniciaran durant l'embaràs un trastorn d'ansietat. En un estudi de detecció de psicopatologia en el postpart a gran escala amb avaluacions diagnòstiques de seguiment es va veure que el 66% de les dones diagnosticades de depressió major en el postpart patien trastorns d'ansietat comòrbids (Wisner i cols., 2013). Com passa amb la depressió perinatal, el principal factor de risc pels trastorns d'ansietat perinatal és l'antecedent personal de trastorns d'ansietat. En una revisió sistemàtica, que té per objectiu l'estudi dels factors de risc associats als trastorns d'ansietat de nova aparició en el període perinatal, es conclou que els factors de risc pel debut i l'empitjorament de l'ansietat durant el període perinatal inclouen aspectes tant de tipus psicològic, social com biològic.

A més, els resultats posen en evidència la manca d'estudis que diferencien les dones amb i sense trastorns d'ansietat previs a l'embaràs i al part, per la qual cosa cal una investigació addicional per determinar si aquests factors de risc difereixen de la població no puerperal (Furtado i cols., 2018).

Per altra banda, en el que sembla que hi ha consens és en considerar que l'ansietat perinatal és un factor de risc per la depressió postnatal i és freqüent que les dones experimentin ambdues simultàniament (Austin i cols. 2007; National Institute for Health and Care Excellence [NICE] 2018; Somerville i cols. 2014). Els símptomes ansiosos sovint no es reconeixen o s'atribueixen a l'experiència de l'embaràs i el fet de tenir un bebè (hormones, adaptació al canvi i/o privació del son) (Austin i cols. 2017). L'ansietat perinatal materna pot provocar un augment del consum d'alcohol o tabac durant l'embaràs, preeclàmpsia, part prematur i pot augmentar el risc de problemes en el neurodesenvolupament fetal a conseqüència de l'exposició al cortisol matern (Austin i cols. 2017).

Tenint en compte el efectes perjudicials de l'ansietat materna en el desenvolupament del fetus i la interferència que ocasiona en la criança, és important estar tant alerta dels símptomes d'ansietat en el període perinatal.

### 2.1.2. Psicosi postpart

La psicosi postpart (PPP) és la forma menys freqüent però més greu dels trastorns perinatals. VanderKruik i cols. (2017) van realitzar una revisió sistemàtica amb l'objectiu d'obtenir estimacions globals de la prevalença d'aquest trastorn estudiant mostres basades en la població general i van reportar una incidència de que va de 0.89 a 2.6 per cada 1000 naixements. La psicosi postpart es troba entre els pocs trastorns psiquiàtrics en què es pot definir un fet etiològic clar. Encara que el part és el desencadenant de la PPP, encara hi ha molts aspectes de la seva fisiopatologia que continuen sense resposta (Bergink, Rasgon i Wisner, 2016). Un factor predictor significatiu és la primiparitat; per tant, si després d'un primer part, la dona no presenta psicosi en el postpart, la probabilitat disminueix substancialment pels següents naixements (Di Florio i cols., 2014). Contràriament amb el què passa en el cas de la depressió postpart, els esdeveniments vitals i l'estrès sembla que no estan implicats en l'etiologia de la PPP (Hellerstedt i cols., 2013).

La gravetat dels quadres de PPP fa necessària l'hospitalització psiquiàtrica per a l'avaluació diagnòstica i el tractament. Aquest trastorn inclou episodis de psicosi amb component afectiu que es diferencien de depressió postpart en l'etiologia, gravetat, símptomes i tractament (Brockington, 2004). Per altra banda, els patrons de símptomes que presenten les dones amb psicosi postpart difereixen del de les dones amb psicosi no relacionada amb la maternitat (Ganjekar i cols., 2013; Gordon-Smith i cols., 2020; Perry i cols., 2020).

L'inici clínic és ràpid, al voltant de les primeres 48-72 hores del postpart, concretament, la majoria d'episodis tenen lloc en les 2 primeres setmanes després del part (Langan i cols., 2016; Munk-Olsen i cols., 2006). Els símptomes generalment són estat d'ànim deprimat o eufòric (que pot fluctuar ràpidament), agitació, insomni, comportament

desorganitzat, labilitat i deliris i al·lucinacions (Davidson i cols, 2017; Ganjekar i cols., 2013; Gordon-Smith i cols., 2020). A conseqüència de la naturalesa dels símptomes psicòtics i/o depressius, les mares poden desenvolupar un comportament negligent cap als seus infants (Gilden i cols., 2020), i arribar, en el casos més greus, a l'infanticidi (Friedman, Horwitz i Resnick, 2005; Luykx, Di Florio i Bergink, 2019). En la població general, l'infanticidi és poc freqüent, es produeix en 1-3/50.000 naixements (Spinelli, 2005), tanmateix, en les mares amb psicosis puerperals aquest percentatge és significativament superior. Les estimacions suggereixen que entre el 30 i 60% de les mares que cometen infanticidi també es suïciden (Bergink i cols., 2011; Friedman, Horwitz i Resnick; 2005).

Les dones que han patit un trastorn psicòtic previ tenen un risc del 35% de desenvolupar PPP. En aquells casos en què la psicosi apareix per primera vegada durant el postpart, el risc de recurrència en un següent naixement és del 50 al 60% (Bergink, Rasgon i Wisner, 2016).

La PPP pot estar relacionada amb el trastorn bipolar. Els estudis longitudinals han demostrat que la majoria de dones amb psicosi postpart compleixen criteris diagnòstics pel trastorn bipolar (Brockington i cols., 1996; Dean i Kendell, 1981; Kendell i cols., 1987; Yonkers i cols., 2004).

Munk-Olsen i cols (2006) van estudiar el risc de requerir ingrés hospitalari en el postpart (1 any) en dones diagnosticades de trastorns mentals. En el postpart, concretament en els primers 30 dies després del naixement, les dones diagnosticades de trastorn bipolar presenten un risc relatiu de 23.3 de tenir un ingrés respecte a qualsevol altre període després del part.

### 2.1.3. Postpartum blues o disfòria postpart

Durant la primera setmana del postpart és habitual que les dones experimentin el que s'anomena *postpartum blues* (Rai i cols., 2015). El *postpartum blues* és l'alteració puerperal més freqüent de l'estat d'ànim amb una prevalença que oscil·la en estudis individuals entre el 10% i 80% (O'Hara i McCabe, 2013) i en una revisió sistemàtica molt recent (Rezaie-Keikhaie i cols., 2020) es reporta que la prevalença en 5667 dones va ser del 39% (IC del 95%: 32.3-45.6). Aquesta gran variabilitat es podria explicar perquè malauradament, no existeixen criteris diagnòstics establerts (O'Hara i Wisner, 2014). La disfòria postpart és un estat transitori que sovint s'autolimita sense necessitat de tractament (O'Hara i cols., 1991; O'Hara i Wisner, 2014). Els símptomes s'inicien pocs dies després del part, generalment entre el tercer i el quart dia, i persisteixen durant hores o dies, millorant gradualment (Rezaie-Keikhaie i cols., 2020). Els símptomes inclouen la labilitat, irritabilitat, plor, ansietat generalitzada i trastorns del son i de la gana. Quan apareix aquesta simptomatologia, empitjora la primera setmana del postpart i després millora gradualment. Generalment, els símptomes del *postpartum blues* disminueixen significativament entre els dies 10 i 12 del postpart, excepte en els casos en què evolucionen cap a un episodi de depressió postpart. Es desconeix amb exactitud l'etiologia del *postpartum blues*, però la causa més probable apunta als canvis hormonal sobtats després del part (Buttner i cols., 2012; Fooladi, 2006; Gonidakis i cols., 2008; O'Hara and McCabe, 2013; Rai i cols., 2015) per tant, les dones amb major sensibilitat als canvis hormonals sembla que tindrien una major incidència que les dones que no (Pop i cols., 2015). Diversos investigadors han informat que el postpartum blues és un factor de risc important per a la depressió postpart (Banasiewicz i cols., 2020; Mboua i cols., 2016).

La propensió a desenvolupar el *postpartum blues* no té relació amb la història psiquiàtrica prèvia, els estressors ambientals i culturals o la lactància materna (Banasiewicz i cols.,



2020), però, aquests factors poden explicar la seva evolució cap a una depressió major (Miller, 2002; O'Hara i Wisner, 2014; Zanardo i cols., 2019). Dit d'una altra manera, la depressió postpart generalment és independent del *postpartum blues*, però aquest representa un factor de risc per a la depressió postpart (Gerli i cols., 2019; Meilina i Nasrudin, 2019). Es calcula que fins a un 20% de les dones amb disfòria postpart passaran a desenvolupar depressió durant el primer any del postpart (Banasiewicz i cols., 2020; Zanardo i cols., 2019).

## 2.2. La depressió postpart

El terme *depressió postpart* (DPP) es refereix a un episodi depressiu no psicòtic que comença en el període del postpart (Mughal i cols., 2020; O'Hara i Wisner, 2014) i que es produeix en un 10-15% de les dones que han donat a llum (O'Hara i Swain, 1996; O'Hara i McCabe, 2013; Tokumitsu i cols., 2020). Així doncs, la DPP és una de les complicacions més freqüent durant la maternitat i, com a tal, representa un important problema de salut pública que afecta les dones i les seves famílies (Slomian i cols., 2019).

Les estimacions de prevalença per a la DPP són dispars entre els estudis, a conseqüència dels diferents criteris diagnòstics utilitzats, del període temporal considerat i de les poblacions d'estudi. Un metaanàlisi basat en 59 estudis amb un total de 12 810 dones va informar d'una prevalença global de DPP del 13% (O'Hara i Swain, 1996). Uns anys més tard, Bennett i cols. (2004) van realitzar una revisió sistemàtica sobre la prevalença de la depressió durant l'embaràs basada en 21 estudis i 19 284 participants, i van informar taxes de prevalença del 7.4% (primer trimestre), del 12.8% (segon trimestre) i el 12.0% (tercer trimestre). En una revisió sistemàtica posterior, Gavin i cols. (2005) van informar que la prevalença (durant els primers 3 mesos postpart) va ser del 19.2% per a depressió major i menor (7.2% depressió major). Fisher i cols. (2012) van informar dades de prevalença de depressió perinatal en països amb ingressos baixos i mitjans, estimant una prevalença mitjana de DPP de fins al 19.8% (15.6% durant l'embaràs). Per últim, en un metaanàlisi recent (Shorey i cols., 2018) els autors van estudiar la prevalença de depressió postpart en 37 294 mares sanes sense antecedents previs de depressió, inclosa la depressió postpart i que van donar a llum nadons sans a terme, mostrant una prevalença global 17% (95% IC 0.15 - 0.20). Aquestes dades indiquen que la prevalença de DPP en dones sense antecedents depressius és similar a les dones que tenen antecedents de trastorns depressius.

A Espanya, els resultats obtinguts en un estudi confirmen una prevalença de DPP del 10% a les 6 setmanes del part (4% van complir criteris DSM-IV de depressió major i un 6% de depressió menor) (Ascaso-Terren i cols., 2003). En un altre estudi epidemiològic amb una mostra de 1453 dones, la prevalença de trastorns psiquiàtrics amb un seguiment a les 6 setmanes del postpart va ser del 18.1%. Els trastorns de l'estat d'ànim (depressió major, menor i distímia) van ser els més prevalents (9.8%) (Navarro i cols., 2008).

La DPP no es classifica com un trastorn independent, sinó que forma part dels trastorns afectius o de l'estat d'ànim, tant en el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) com en el CIE-11 (Organització Mundial de la Salut, 2019). Fins a la penúltima versió de la seva classificació dels trastorns mentals, el Manual Estadístic Diagnòstic dels Trastorns Mentals de l'Associació Americana de Psiquiatria (DSM-IV) disposava d'un especificador pel trastorn depressiu que posava l'accent sobre el moment d'inici del mateix ("*inici en el postpart*"). En l'última versió del 2013 (DSM-V), es va reemplaçar el nom d'aquest especificador pel de "*peripart*", podent aplicar-se a tot episodi depressiu d'inici en l'embaràs o en les quatre setmanes després de el part. La raó d'aquest canvi és la constatació que un percentatge dels episodis de DPP comencen, en realitat, al llarg de l'embaràs, fet que evidencia la continuïtat dels trastorns anímics perinatals (Bowen i cols., 2012; Jadresic, 2014; Lee i Chung, 2007). De la mateixa manera, en la *Clasificación Internacional de Enfermedades* o CIE-11, apareix un codi genèric en la categoria "*trastorns mentals o de comportament associats amb l'embaràs, el part o el puerperi*".

Malgrat això, tot i que la DPP es defineix, segons criteris DSM, com un trastorn depressiu major específic del postpart que apareix durant el primer mes després del naixement, a nivell clínic i de recerca, degut a les característiques pròpies de la DPP i les necessitats d'atenció que requereixen les pacients, l'estudi sobre el curs evolutiu del trastorn ha portat a un plantejament més ampli per part d'alguns autors, considerant la depressió perinatal com un quadre depressiu que abarca des de l'embaràs fins a un any després del

part (Gavin i cols., 2005; Marín-Morales i cols., 2018; Van Niel i Payne, 2020). En algunes dones, la disfòria postpart simplement continua i es fa més severa. En d'altres ocasions, les dones experimenten un període de benestar després del part amb una aparició gradual de la simptomatologia depressiva.

Com s'ha dit anteriorment, les investigacions suggereixen que els trastorns de l'estat d'ànim d'inici en el postpart no difereixen significativament d'altres malalties afectives que afecten a les dones en altres moments del seu cicle vital (Ceriani, 2020; Cox i cols., 1993; O'Hara i cols., 1991; Wisner i cols., 2002). Alguns estudis han trobat diferències subtils en la presentació de la depressió en el període del postpart respecte a altres moments de la vida de les dones (menor taxa de suïcidis, major ansietat i pensaments obsessius d'agressió) i també en relació al contingut dels pensaments depressius, centrats específicament en el part o el bebè (Kroska i Stowe, 2020).

La simptomatologia de la DPP està caracteritzada per plor, desànim, labilitat emocional, sentiments de culpa, pèrdua de gana i trastorns del son, així com sensacions d'incapacitat per fer front a la lactància, poca concentració i alteracions de la memòria, fatiga i irritabilitat (O'Hara i Segre, 2008; Robinson i cols., 2001; Steward i Vigod, 2016). Per altra banda, poden aparèixer altres símptomes com indiferència o rebuig cap el/la propi/a fill/a i fòbies d'impulsió de fer mal al nadó, expectatives irrealistes sobre la maternitat i baixa autoestima materna (Gale i Harlow, 2003; Hairstone i cols., 2018).

Per altra banda, cal evidenciar que el cribratge de DPP pot ser difícil donat que alguns dels símptomes somàtics típicament associats a la maternitat (canvis en el pes, el son i l'energia) són també símptomes associats a la depressió major (Newport i cols, 2002; Moraes i cols., 2017; Nonacs i cols., 1998). A més, els sentiments de vergonya i culpa que experimenten les dones que es troben deprimides en aquest període, dificulten la recerca d'ajuda professional (SIGN, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2012; Learman, 2018).

Pels motius exposats, hi ha hagut un interès creixent pel desenvolupament d'instruments de screening per a la DPP (Boyd i cols., 2005; Haight i cols., 2021). Tot i que els instruments autoinformatos no permeten un diagnòstic de trastorn depressiu, sí que informen sobre aquells casos probables de depressió que necessiten una avaluació més precisa perquè pugui realitzar-se, si és el cas, algun tipus d'intervenció terapèutica (Chabrol i cols., 2002; Earls i cols., 2019; Haight i cols., 2021). L'ús universal dels instruments de screening és controvertit a causa de la possible sobreidentificació de dones de risc, la patologització dels canvis d'ànim en el puerperi, les dificultats per proporcionar un tractament i seguiment a totes les dones identificades i l'elevat cost sanitari que representen (Segre i O'Hara, 2005; Thombs i cols., 2020). No obstant això, si es realitza una anàlisi del binomi risc-benefici, els avantatges del seu ús superen els inconvenients (Wilkinson i cols., 2017; Chaudron i cols., 2007; Hewitt i Gilbody, 2009; Kroska i cols., 2020; Van der Zee-van den Berg i cols., 2017). Per exemple, en una revisió sistemàtica realitzada al 2016 que va incloure tres assajos aleatoris amb un total de 6500 dones van trobar una prevalença més baixa de depressió postpart durant el seguiment per a les dones a qui s'havia fet screening entre les quatre i les vuit setmanes després del part especialment quan s'acompanyava de protocols de tractament i d'atenció per part professionals formats en salut mental perinatal (O'Connor i cols., 2016).

L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox i cols., 1987) és l'instrument de screening més estès i utilitzat pel cribatge de la DPP (O'Connor i cols., 2016). És una mesura d'autoinforme específicament dissenyada per a la detecció de depressió en el puerperi i ha estat traduït a més de 10 idiomes i validat en diferents cultures (Gibson i cols., 2009). Disposem de la versió espanyola validada per a la població de puèrperes (Garcia-Esteve i cols., 2003). En una revisió sistemàtica recent (Levis i cols., 2020), els autors conclouen que es pot utilitzar el punt de tall de  $\geq 13$  punts en l'EPDS per identificar dones amb simptomatologia depressiva elevada, tant en l'embaràs com en el postpart.

En aquest mateix estudi, els autors afirmen que es podrien utilitzar punts de tall més baixos si la intenció és evitar falsos negatius i identificar la majoria de pacients que compleixen criteris diagnòstics.

Aquest instrument consta de 10 ítems i 4 alternatives de resposta que la dona ha de respondre a com s'ha sentit durant la setmana prèvia a l'avaluació. Els ítems valoren diferents àrees: estat d'ànim i sentiments de tristesa, anhedònia i infelicitat, incapacitat de mantenir la il·lusió per les coses, sentiments de culpabilitat, ansietat i ideació suïcida. A cada alternativa de resposta, li correspon una puntuació que va de 0 a 3 (0 = menys simptomatologia, 3 = més simptomatologia). La puntuació màxima de l'escala és de 30 punts. Es tracta d'un instrument breu i de fàcil administració i correcció, per la qual cosa resulta un instrument molt útil tant en el context clínic com per a la investigació.

### **2.2.1. Impacte de la Depressió Postpart**

A diferència del que passa en altres etapes de la vida de la dona en relació amb els trastorns depressius, la depressió postpart genera un doble impacte negatiu, ja que afecta tant a la dona que pateix directament la malaltia, com al nadó, ja que depèn completament de les cures de la mare pel seu benestar físic i emocional.

Anys enrera, es creia que la majoria de les depressions postnatales eren autolimitades i es resolien al cap d'uns mesos del seu inici (Kumar i cols., 1984; Watson i cols., 1984). Avui en dia, però, se sap que, per a algunes dones diagnosticades de DPP, especialment quan aquesta no és tractada, pot tenir efectes adversos a llarg termini. Aquests episodis en el postpart poden ser els precursors d'una depressió crònica o recurrent, afectant el seu benestar, la seva salut i la seva qualitat de vida (Boyce i cols., 2000; Robertson i cols., 2004). En una mostra de dones que acudeixen a una unitat de psiquiatria perinatal, Torres i cols. (2019) van mostrar que la probabilitat de remissió completa als dos mesos

posteriors a la primera visita va ser molt baixa, del 30.2% als sis mesos, del 66.3% als dotze mesos i del 90.3% als 24 mesos de seguiment, fet que suggereix un curs no benigne inclús en aquelles dones que estan en tractament i un retard en la recuperació de l'episodi depressiu major en comparació amb població clínica fora del postpart. En aquest estudi, també es conclou que la DPP es pot convertir en un trastorn crònic, especialment en aquelles mares amb aparició de l'episodi anterior al naixement, amb antecedents de depressió o amb problemes econòmics.

Continuant amb l'impacte de la DPP, aquesta pot generar un gran patiment, una disminució de la capacitat de funcionament en molts àmbits de la vida de la dona i interferir en la criança. Concretament, s'ha demostrat que hi ha una associació negativa entre els símptomes depressius materns i la qualitat de la interacció mare-fill/a (Hairstone i cols., 2018; Moehler i cols., 2006; Palacios i cols., 2016; Slomian i cols., 2019). Les dificultats en el vincle contemplan la falta de sensibilitat materna, irritabilitat, hostilitat i impulsos agressius, idees patològiques i fins i tot rebuig cap al nadó, que en els casos més extrems podria conduir a una desatenció o una negligència en la seva cura (Badr i Zauszniewski, 2017; Brockington, 2004; Bydlowski i cols., 2013; Field, 2010). Concretament, aquestes mares deprimides tenen una relació menys sintònica, menys contingent i una menor expressió facial en contactar emocionalment amb el seu nadó (Bydlowski i cols., 2013; Kumar, 1997). Poden mostrar més aïllament i evitació, o per contra ser més intrusives (Reck i cols., 2004). Aquest tipus d'interaccions facilitaran un tipus de vincle insegur o ansiós, el que dificultarà les conductes exploratòries del fill/a, l'adaptació als canvis i l'inici de la sociabilitat (Martins i Gaffan, 2000).

Per a la seva descendència, la depressió d'una mare també pot contribuir a problemes emocionals, conductuals, cognitius i interpersonalment en la vida adulta. En una revisió sistemàtica recent (Oyetunji i Chandra, 2020) els autors afirmen que la DPP s'associa negativament a dificultats en el desenvolupament i dèficits de creixement en el nadó, que

causen retard en el desenvolupament cognitiu, llenguatge deficient, dificultats en la motricitat fina i gruixuda i alteracions en el son infantil. També afirmen que existeix una relació inversa entre la lactància materna i la DPP. Més important encara, afirmen que l'eficàcia de la lactància materna és important per mantenir una correcta alimentació infantil.

Els efectes de l'exposició a la depressió materna, especialment si és crònica i severa, semblen repercutir en factors del desenvolupament cognitiu com el llenguatge i el quocient d'intel·ligència (QI), especialment entre els fills homes (Liu i cols., 2016). També s'associa a la presència de trastorns internalitzants, externalitzants i psicopatologia general a la infància. Aquestes conseqüències podrien perdurar fins a l'adolescència, ja que els fills/es de dones amb antecedents de depressió postpart mostren una major probabilitat de presentar un trastorn afectiu als 16 anys de edat (Choi i cols., 2018; Sanger i cols., 2015).

Però sens dubte, una de les conseqüències més greus de la DPP és el suïcidi. Si ens fixem en el període perinatal, el suïcidi s'ha descrit com un símptoma que no ha de descartar-se i cal explorar-ho en les dones diagnosticades de DPP, tot i que també s'ha observat en la psicosi postpart (Burt i Stein, 2002; Lindahl i cols., 2005; O'Connor, 2002) i que intensifica el risc d'infanticidi. L'infanticidi està comès més freqüentment pels pares, però quan aquest està comès per les mares està relacionat amb la psicopatologia. Entre un 60% i un 70% de les mares que van realitzar infanticidi existia un diagnòstic de trastorn mental (Flynn i cols., 2013, Friedman i cols., 2005); entre el 20% i el 30% dels casos es corresponia amb un diagnòstic de depressió major (McKee i Shea, 1998, Flynn i cols., 2013, Lewis i Bunce, 2003). La ideació o planificació suïcida en el context de la DPP pot incloure l'infanticidi amb la finalitat d'evitar el patiment o l'abandonament del nadó després de la mort materna (Spinelli, 2005). Un 70% de les mares que va realitzar un suïcidi ampliat (suïcidi-infanticidi) patien un episodi depressiu (Friedman i cols., 2005).



Si bé les taxes de suïcidi són menors en el període perinatal respecte a la població general, aquest és el responsable del 20% de les morts maternes durant el primer any postpart (Lindahl i cols., 2005). Segons un estudi d'Oates i Cantwell (2011), el 21% de les morts maternes ocorregudes durant els sis primers mesos del postpart es van donar en el context d'un trastorn depressiu greu. Les evidències apunten a què el risc de suïcidi és més elevat entre les dones amb DPP (Ayre i cols., 2019; Lindahl i cols., 2005; Meurk i cols., 2021) i també posa de relleu que depressió prenatal està relacionada amb la ideació suïcida prenatal. A la vegada, la depressió prenatal i la ideació suïcida prenatal augmentava el risc a patir DPP i ideació suïcida en el postpart (Shi, 2018).

Hi ha pocs estudis sobre la prevalença del fenomen suïcida (suïcidi, lesions intencionals amb o sense el propòsit de treure's la vida i ideació suïcida) en el període perinatal. Per altra banda, la prevalença informada de la ideació suïcida perinatal varia significativament entre estudis, a causa de diferències metodològiques com ara característiques de la mostra, mètodes d'avaluació o moment del temps de què s'avalua. Una revisió de la literatura, d'estudis publicats entre 1985 i 2002, conclou que les morts intencionals i els intents de suïcidi són menys freqüents entre dones embarassades que entre dones que no estan embarassades i que la ideaació autolítica és més freqüent que els intents d'autolisi (Lindahl i cols., 2005). Els resultats d'una revisió sistemàtica més recent indiquen que les dones embarassades presenten una ideació suïcida més elevada que la població general, amb taxes de prevalença entre el 3 i 33% (Gelaye i cols., 2016). Els resultats presentats són molt heterogenis i aquest fet podria ser explicat per l'ampli rang de conductes que s'inclouen dins de l'espectre suïcida. Pel que fa a la ideació suïcida durant l'embaràs, a Finlàndia, Luoma i cols. (2002) conclouen que el 0.5% de les dones responen haver pensat en la mort alguna vegada. Newport i cols. (2007) estudien aquesta ideació en una mostra de dones amb trastorns psiquiàtrics. En aquest estudi, els autors analitzen la ideació suïcida i comparen els resultats obtinguts utilitzant l'Inventari de Depressió de

Beck (BDI) i l'Escala de Depressió de Hamilton. D'acord amb l'ítem 9 del BDI estableixen que el 27.8% de les dones entrevistades presentaven ideació suïcida durant l'embaràs i un 16.7%, segons l'ítem 3 de l'Escala de Depressió de Hamilton, indicant disparitat de prevalences en funció de l'instrument utilitzat.

Per altra banda, els suïcidis consumats en l'embaràs són inferiors en nombre als que registra la població general de dones (Appleby, 1992; Lysell i cols., 2018; Palladino i cols., 2011; Turner i cols., 2002). Això fa pensar que podria existir una possible infraestimació dels casos de suïcidi consumat en aquest període, especialment en aquells països en què no es contempla la variable de la maternitat dins dels registres de mortalitat.

A nivell clínic, no s'avalua de forma sistemàtica aquesta simptomatologia i si s'explora, acostuma a ser només en casos de presència de trastorn depressiu. Malgrat l'associació entre depressió i ideació suïcida, al voltant del 50% de les dones que van obtenir un screening positiu en l'avaluació d'ideació suïcida, no presentaven símptomes depressius significatius durant el període perinatal (Gavin i cols., 2011; Onah i cols., 2017; Zhong i cols., 2015). Aquestes dades suggereixen que la ideació suïcida durant l'embaràs no es pot explicar completament per l'ocurrència de malaltia depressiva. Si ens fixem en els factors de risc, l'embaràs no desitjat és un dels factors més associats amb aquest fenomen. Brockington (2001) conclou que davant de certes circumstàncies, com la impossibilitat legal de posar fi a la gestació, es pot arribar a la temptativa de suïcidi.

Hi ha evidència científica que un intent de suïcidi anterior pot augmentar el risc posterior per la dona. Això sembla ser especialment significatiu durant els anys següents a l'intent autolític inicial (Orsolini i cols., 2016). De la mateixa manera, la ideació suïcida amb alta intencionalitat s'ha considerat com un factor predictiu de la mort per suïcidi posterior (Joiner i cols., 2000).

Altres estudis han trobat també increment del risc de suïcidi en mares amb antecedent d'abús físic en la infància, trastorns del son i ansietat (Comtois, Schiff i Grossman, 2008; Orsolini i cols., 2016; Tavares i cols., 2012).

Els models de diàtesi-estrès han demostrat que certs trets de personalitat juguen un paper important en la vulnerabilitat al suïcidi; de fet, és la interacció entre aquests trets i certs estressors aguts que poden desencadenar conductes suïcides (Gelaye i cols., 2016). El *neuroticisme*, el *psicoticisme*, la *introversió* i el *perfeccionisme* han estat tots associats tant a la ideació com als intents autolítics, tant en població general com en població clínica.

Sembla que el *neurotisme* augmenta el risc tant de la ideació suïcida com de la depressió major (Rappaport i cols., 2017) i pot explicar l'augment de la prevalença de depressió entre les dones (Goodwin i Gotlib, 2004). El *neurotisme* també s'ha associat amb el risc de patir DPP (Boyce i cols., 1991; Iliadis i cols., 2017; Maliszewska i cols., 2017; Martín-Santos i cols., 2012).

Com ja s'ha comentat, tot i que la ideació suïcida és descrita amb freqüència, les taxes de suïcidi són relativament baixes en els casos de depressió major no psicòtica però comporten un increment del risc de mort (Riecher-Rössler i Rohde, 2005). La ideació es relaciona amb depressió i si aquesta es presenta durant el puerperi, eleva el risc de DPP (O'Hara i Swain, 1996; Robertson i cols., 2004) i provoca alteracions en el desenvolupament del fetus i en el procés de gestació (Allister i cols., 2001; Diego i cols., 2004) i, més endavant, problemes conductuals en els infants (Luoma i cols., 2002).

### **2.2.2. Etiopatogènia i factors de risc**

En l'actualitat sabem que la DPP es produeix per la confluència i la interacció d'un conjunt de factors biològics/genètics, psicològics i socials. Específicament, el Model de vulnerabilitat a l'estrès explica els trastorns psicològics com a resultat d'una interacció

entre vulnerabilitat genètica o predisposició i experiències vitals (estressants), de manera que quan es supera el llindar de tolerància a l'estrès apareix el trastorn (Garcia Vega, 2012; De los Reyes i cols., 2008). Aquest model considera el part (estressor neurohormonal) i els canvis inherents a la maternitat (estressors psicosocials) com factors precipitants de canvis en l'humor que poden esdevenir en episodis depressius en aquelles dones vulnerables. Aquesta vulnerabilitat vindria determinada per diferents vies:

1) **Vulnerabilitat genètica.** Hi ha estudis apunten que la DPP presenta una agregació familiar (Forty i cols., 2006; Murphy-Eberenz i cols., 2006). Les dones amb antecedents psiquiàtrics personals i familiars presenten un risc significativament major de presentar DPP (Costas i cols., 2010; Figueiredo i cols., 2015; Johnstone i cols., 2001; Li i cols., 2020).

2) **Vulnerabilitat neurohormonal.** Suposa la predisposició d'algunes dones a presentar episodis afectius en les etapes de canvis hormonals com l'embaràs o el puerperi (Gordon i cols., 2015). S'ha proposat com a possible etiologia dels trastorns afectius en el postpart, el ràpid descens dels nivells d'hormones reproductives després del part (Wisner i cols., 2002). En aquests moments, els nivells de progesterona i d'estrògens descendeixen ràpidament, tornant als nivells previs a l'embaràs en 3 dies. Experimentalment se sap que la inducció artificial d'una caiguda d'estrògens pot provocar símptomes depressius en el 63% de les pacients amb antecedents de DPP, mentre que no té efectes en les dones sense antecedents psiquiàtrics (Bloch i cols., 2000; O' Brien i cols., 2021).

3) **Vulnerabilitat psicològica.** Aquesta fa referència a un conjunt de constructes psicològics implicats en l'avaluació i afrontament de les exigències de l'entorn. El model cognitiu-conductual de PPD suggereix que la vulnerabilitat psicològica (per exemple, estil atribucional negatiu) podia predir un augment de simptomatologia depressiva després d'un esdeveniment vital estressant com el part (O'Hara i cols., 1982; O'Hara i McCabe, 2013). En el mateix sentit Boyce i cols. (2001) van proposar un Estil de Personalitat

Vulnerable per a la DPP, conformat per inestabilitat emocional, ansietat, preocupació, obsessivitat, timidesa i escasses estratègies d'afrontament a l'estrès.

Els estudis sobre factors de risc han estudiat diferents variables per tal de comprovar les hipòtesis de vulnerabilitat que hem comentat prèviament. Existeixen diferents estudis clàssics transversals i prospectius que aborden els factors de risc per la DPP (Beck, 1996; Beck, 2001; O'Hara i Swain 1996; Robertson i cols., 2004). O'Hara i Swain (1996) van identificar 5 factors associats a la DPP, mesurats: depressió i ansietat en l'embaràs, antecedents personals psiquiàtrics, mala relació de parella, esdeveniment vitals i baix suport social. Beck (2001) va identificar com a factors amb poder predictiu moderat de DPP: la depressió i ansietat prenatal, la baixa autoestima, l'estrès en la criança, els esdeveniments vitals estressants, el baix suport social, la mala relació de parella, els antecedents personals de depressió, el temperament de l'infant i el *postpartum blues*. En un metaanàlisi publicat per Robertson i col. (2004) els autors van identificar els següents factors de risc amb major poder predictiu de DPP: la depressió i l'ansietat prenatal, els esdeveniments vitals estressants, el baix suport social i els antecedents personals de depressió.

En un estudi prospectiu, O'Hara i cols. (1991) van demostrar que la interacció entre la vulnerabilitat per a la depressió i els estressors vitals va ser un factor predictor significatiu tant pel diagnòstic de DPP com per la gravetat de la simptomatologia. Més tard, Beck (2002) va proposar un model interpersonal de DPP que suggereix que el grau de desajustament o desacord entre el suport social desitjat i el percebut per part d'una dona en el postpart pot influir en la simptomatologia depressiva.

Si ens fixem en estudis més recents, trobem una revisió que mostra que els factors de risc associats a la DPP es poden classificar en cinc àmbits: psicològic, obstètric, biològic i hormonal, social i estil de vida. A la *taula 1* es presenten els principals resultats d'aquesta revisió (Ghaedrahmati i cols., 2017).

**Taula 1.** Factors de risc per desenvolupar la DPP segons l'estudi de Ghaedrahmati i cols. (2017)

<p><b>Factors psicològics:</b> La història prèvia de depressió i ansietat, l'aparició de trastorns mentals durant l'embaràs, especialment la depressió, l'actitud negativa envers l'embaràs recent, la història d'abús sexual, la baixa autoestima</p> <p><b>Factors obstètrics:</b> Embaràs múltiple, embaràs de risc, complicacions en el part (el prolapse del cordó umbilical i les hemorràgies obstètriques), baix pes del nadó un nadó i naixement per cesària.</p> <p><b>Factors biològics i hormonals:</b> L'edat materna (joventut durant l'embaràs), els trastorns del metabolisme de la glucosa, els nivells de serotonina i triptòfan a la sang, nivells alts d'oxitocina, les fluctuacions d'estrògens, disminució de l'hormona alliberadora de corticotropina i disfunció tiroïdal.</p> <p><b>Factors socials:</b> La manca de suport social (suport emocional, suport financer i les relacions d'empatia), la violència sexual per part de la parella i altres formes de violència domèstica durant l'embaràs, el nivell socioeconòmic i la situació laboral.</p> <p><b>Estil de vida:</b> La dieta, privació de son, l'exercici i les activitats físiques, la reducció de vitamina B6, la ingesta reduïda de zinc i seleni, A més de l'estat nutricional, l'estat del son és un dels factors que influeixen en el risc de depressió.</p>
--

Segons les conclusions d'aquest estudi, els factors biològics i els factors socials s'interrelacionen provocant que les dones siguin propenses a la DPP. Segons Ghaedrahmati i cols. (2017) molts factors biològics i ambientals, com ara els factors relacionats amb l'estil de vida, participen en la incidència o la prevenció de la DPP a través d'un impacte directe i/o indirecte sobre el nivells cerebrals de serotonina. A més, molts factors ambientals, com ara els factors socioeconòmics i les situacions de violència de

gènere, provoquen crisis que podran influir en la salut mental durant l'embaràs i precipitar la DPP.

En una revisió sistemàtica molt recent que també analitzava els factors de risc per la DPP a partir de diferents revisions sistemàtiques prèvies, els autors troben resultats similars als aportats per Ghaedrahmati i cols. (2017): violència i abús (OR= 3.47), violència domèstica (OR=3.1), ser immigrant (OR=1.56), diabetis gestacional (RR=1.32), cesària (OR=1.26), deficit de vitamina D (OR=3.67) (Zhao i Zhang, 2020).

Al nostre país, en els últims anys s'han incrementat els estudis sobre factors de risc de diferents aspectes vinculats amb la DPP (curs, pronòstic, vincle mare-nadó, etc) (Taula 2). Els resultats obtinguts en aquests estudis es poden classificar en *factors de tipus psicosocial*, com la presència d'antecedents psiquiàtrics previs, com ara depressió sobretot en embarassos anteriors, antecedents de depressió postpart, o antecedents familiars de depressió i la història d'abusos i la personalitat de la mare (Farré-Sender i cols., 2018; Garcia-Esteve i cols., 2008; Gelabert i cols. 2012; Machado i cols., 1997; Plaza i cols., 2012). També podrien influir *factors sociodemogràfics*, com ara l'edat primerenca o tardana de la mare, estat civil, situació econòmica i laboral, ente d'altres (Sierra Manzano i cols., 2002), i factors de morbiditat, tant materna (avortaments, problemes de fertilitat en la parella, complicacions en l'embaràs i en el part ...) com fetal (prematuritat, baix pes, malalties ...).

**Taula 2.** Resum dels estudis espanyols sobre depressió postpart i factors associats

<b>Autor (Any)</b>	<b>Factors associats</b>
Álvarez-Segura i cols (2014)	Dones amb història d'abús al llarg de la vida
Borra i cols. (2015)	Alletament matern
Farré-Sender i cols. (2018)	Vincle: Abús emocional a la infantesa, antecedents psiquiàtrics familiars, hospitalitzacions psiquiàtriques prèvies, ansietat durant l'embaràs
Garcia-Esteve i cols. (2008)	Depressió prèvia Síndrome premenstrual Mala relació parella Suport social escàs Rol de cuidadora familiar
Garcia-Vega i cols. (2012)	Estrès prenatal, durant part i postpart
Gelabert i cols. (2011)	Personalitat (estil de personalitat vulnerable)
Gelabert i cols (2012)	Personalitat (perfeccionisme)
Gutiérrez-Zotes i cols. (2016)	Estratègies d'afrontament passives (cognitives i conductuals)
Gutiérrez-Zotes i cols. (2020)	Determinats genotips (NR3C2)
Machado i cols. (1997)	Depressió prèvia Depressió embaràs Postpartum blues Malaltia crònica Escassa ajuda tasques llar
Peñacoba i cols. (2016)	Personalitat (extraversió i neuroticisme) Ansietat durant l'embaràs
Plaza i cols. (2012)	Dones amb història d'abusos físics a la infància
Ruiz-Porras i cols. (2020)	Infertilitat
Sebastián i cols. (1999)	Psicopatologia prèvia Antecedents psiquiàtrics familiars
Sierra i cols. (2002)	Depressió prèvia Edat Problemes econòmics Anestèsia Disfunció familiar
Torres i cols. (2019)	Cronicitat en el curs: Antecedents personals de trastorn estat d'ànim, problemes econòmics, depressió durant l'embaràs.

L'identificació de factors de risc de la DPP, a més d'ajudar a conèixer l'etiopatogènia del trastorn, permetria identificar les dones abans de l'inici de la depressió i introduir intervencions preventives eficaces.



### **2.3. El paper de la personalitat en la depressió, la depressió postpart i la ideació suïcida**

El concepte de personalitat és molt ampli. Suposa tot el conjunt de característiques del pensament, de l'esfera afectiva i del repertori conductual de l'individu que contribueixen a conformar-lo com un ésser únic. És a dir, la personalitat és el resultat final del psiquisme de l'individu; si entenem que el cervell de l'individu és el encarregat de processar la informació i interpretar-la, així com de respondre davant el medi, la personalitat és la manera de manifestar-se de la persona.

La personalitat es defineix com el conjunt de característiques psicològiques (cognicions, emocions i conductes) estables en una persona i que prediuen la seva conducta i permeten diferenciar les persones entre si. Seria doncs, la integració de tots els trets i característiques de l'individu que determinen la forma de comportar-se (Allport, 1975).

La forma de percebre el món i de relacionar-nos, les actituds, pensaments, sentiments i com les persones afronten les dificultats també constitueixen elements integrants de la personalitat (Millon i cols., 1999).

Tot i que el terme personalitat ha patit contínues revisions, que expliquen la gran quantitat de models teòrics i metodològics amb els quals s'ha abordat seu estudi, hi ha quatre aspectes diferencials que romanen lligats a aquesta noció: *Única*, perquè fa de l'ésser humà un individu irrepetible i diferenciat dels altres. *Estable*, perquè es desenvolupa a través del cicle vital. *Interna*, perquè no és directament observable, tot i que pot ser inferida a partir de constructes externs operatius com la conducta. I per últim, *consistent*, podent predir la seva actuació en diversos contextos o situacions tot i les fluctuacions de l'ambient.

Tradicionalment, la personalitat s'ha estudiat des d'una perspectiva tant categorial com dimensional. Des d'un punt de vista categorial s'utilitzen taxonomies en les que un punt

de tall delimita la diferència entre una personalitat normal i una altra patològica. Els sistemes classificatoris de patologia psiquiàtrica actuals (DSM-V i CIE-10) utilitzen el *sistema categorial* per definir els trastorns de la personalitat. En aquest sentit, el DSM-V els agrupa en 3 grans grups: Clúster A o subjectes estranys (trastorn esquizoide, esquizotípic i paranoide de la personalitat), Clúster B o subjectes immadurs (trastorn histriònic, narcisista, antisocial i límit de la personalitat) i Clúster C o subjectes temerosos (trastorn per evitació, dependent i obsessiu-compulsiu de la personalitat).

En els *sistemes dimensionals* les característiques de personalitat (dimensions) es distribueixen de manera normal en la població, formant un continuum que avalua el grau en què determinats trets estan presents. Els trets de personalitat representen patrons generals de conducta que donen consistència i estabilitat a les accions, les reaccions emocionals i els estils cognitius de les persones. Segons aquest enfocament, existiria un nombre limitat de dimensions bàsiques compartides per tothom i les diferències interpersonals vindrien donades per les diferències de posició en cada un dels trets o dimensions. Existeixen diferents models explicatius, però ens basarem en els més estudiats amb la depressió. En primer lloc, el model de les 3 dimensions proposades per Eysenck (1967): Neuroticisme, Extraversió i Psicoticisme. En segon lloc, el model dels 5 grans factors o Big Five de Costa i McCrae i cols. (1992): Neuroticisme, Extraversió, Apertura a l'Experiència, Amabilitat i Responsabilitat. I en tercer lloc, el model de Cloninger i cols. (1993) on defensa l'existència de 4 dimensions de temperament (Evitació del dany, Búsqueda de novetat, Dependència a la recompensa i Persistència) i 3 dimensions de caràcter (Autodirecció, Cooperació i Autotrascendència).

### 2.3.1. El model de personalitat d'Eysenck

Eysenck, mitjançant un model descriptiu, proposa una estructura dimensional i jeràrquica de la personalitat basada en els trets que la configuren. Aquest autor parla de tres dimensions independents per descriure la personalitat: el *psicoticisme*, el *neuroticisme* i l'*extraversió*

El *neuroticisme* va ser definit com una dimensió relacionada amb la inestabilitat emocional, la vulnerabilitat a l'estrès i la propensió a l'ansietat. Els trets que formen part d'aquesta dimensió són: Ansietat, depressió, sentiments de culpa, baixa autoestima, tensió, irracionalitat, timidesa, tristesa i emotivitat (Eysenck, 1990). L' *extraversió* es caracteritza per emocions positives, energia i dominància (Eysenck i Eysenck, 1969). Els trets que formen part d'aquesta dimensió són: sociabilitat, vivacitat, activitat, assertivitat, recerca de sensacions, despreocupació, dominància, espontaneïtat i aventura (Eysenck, 1990). Finalment, el *psicoticisme* està caracteritzat per trets com baixa empatia, agressivitat, fredor, egocentrisme, impulsivitat, creativitat, rigidesa i conducta antisocial (Eysenck i Eysenck, 1975). Tant el *neuroticisme* com l'*extraversió* es consideren moderadament heretables (Bouchard i Loehlin, 2001; Levinson, 2006) i romanen relativament estables al llarg de la vida adulta (McCrae i Costa, 1990; Kendler i cols., 1993; Bouchard i Loehlin, 2001; Levinson, 2006).

Eysenck suposa que cadascuna de les dimensions de la personalitat és l'expressió de un substrat biològic subjacent. El nivell d'activitat del sistema límbic seria responsable de les diferències individuals en la dimensió *neuroticisme* (Eysenck, 1990). Existeixen nombrosos estudis que avalen les bases psicobiològiques del *neuroticisme* (Zuckerman, 2005) i s'ha posat un èmfasi especial en l'estudi de correlats neurobiològics, relacionats tant amb la depressió com amb el *neuroticisme*, que intentarien explicar la vulnerabilitat dels subjectes amb alt *neuroticisme* a deprimir-se (Foster i MacQueen, 2008). Alguns estudis

de neuroimatge demostren que les persones amb elevat *neuroticisme* presenten major activitat en el còrtex prefrontal i la amígdala quan són exposats a estímuls negatius (Canli i cols., 2001; Canli i cols., 2002; Canli i cols., 2004). També s'ha suggerit que els factors genètics per a la depressió són en part compartits amb el *neuroticisme* (Levinson, 2006). Les diferències interindividuais en la dimensió *extraversió* s'explicarien per les diferències en el nivell d'activació de el Sistema Activador Reticular Ascendent (SARA), que regula la funció d'alerta. Segons la teoria, en un ambient amb poca estimulació ambiental, els introvertits tindrien un major nivell d'activació cortical que els extravertits (Eysenck, 1982). En general, els resultats dels diferents estudis psicofisiològics han donat suport a aquesta teoria de l'arousal (Zuckerman, 2005). A diferència del *neuroticisme*, els estudis de neuroimatge demostren com la *extraversió* es correlaciona positivament amb la activitat en el còrtex prefrontal i l'amígdala davant d'estímuls positius però no davant estímuls negatius (Canli i cols., 2001; Canli i cols., 2002; Canli i cols., 2004).

La dimensió *psicoticisme* no compta amb una teoria amb el mateix nivell de desenvolupament. No obstant això, alguns treballs han trobat correlats biològics entre aquesta dimensió i les hormones sexuals masculines (andrògens) i alguns neurotransmissors, enzims i metabòlits relacionats amb l'activitat dopaminèrgica (Eysenck i Eysenck, 2001).

Eysenck va elaborar diferents escales per mesurar les dimensions proposades. El primer que va crear va ser el Maudsley Medical Questionnaire (MMQ) que només avaluava el neuroticisme. Després va desenvolupar el Maudsley Personality Inventory (MPI, Eysenck, 1959) que avalua les dimensions de neuroticisme i extraversió. Anys més tard va dissenyar el Eysenck Personality Inventory (EPI; Eysenck y Eysenck, 1964) i per últim l'Eysenck Personality Questionnaire (EPQ; Eysenck y Eysenck, 1975).

### 2.3.2. El model dels 5 grans factors

El concepte de personalitat ha suscitat una gran quantitat d'investigació en psicologia. Una de les solucions més àmpliament acceptades per descriure l'estructura de la personalitat és el model dels Cinc Factors (Goldberg, 1981; McCrae i Costa, 1987), que sense establir-se com una teoria en si ha servit perquè els investigadors de la personalitat desenvolupin noves teories que expliquin quina és la funció dels trets de personalitat. Aquest model es va elaborar tenint en compte la descripció lingüística de les característiques de la personalitat, i definint la seva estructura a partir de l'anàlisi factorial de les dades. Això va donar com a resultat cinc dimensions de personalitat denominades:

- *Neuroticisme*: avalua l'ajust emocional identificant a les persones propenses al patiment psicològic i amb estratègies d'afrontament no adaptatives.
- *Extraversió*: indica la quantitat i intensitat de la interacció entre persones, nivell d'activitat, necessitat d'estímuls i capacitat de gaudir.
- *Obertura a l'experiència*: representa la receptivitat a experiències noves. L'obertura es relaciona amb aspectes intel·lectuals com el pensament divergent que contribueix a la creativitat.
- *Amabilitat*: es refereix també a les interaccions interpersonals però des d'un aspecte més qualitatiu.
- *Responsabilitat*: determina el grau d'organització, persistència, control i motivació en la conducta dirigida a objectius.

Hi ha un nombre important d'instruments dissenyats per a la seva mesura, dels quals un dels més utilitzats és el Revised Neo Personality Inventory (NEO-PI-R, Costa i McCrae, 1992). Aquest instrument avalua el total dels factors del model "Big Five".

### 2.3.3. El model de personalitat de Cloninger

El model de Cloninger és un model dimensional i psicobiològic de la personalitat que integra el paper de variables temperamentals i caracterials en la determinació de la conducta. Cloninger va elaborar el seu model general en dues fases. En l'etapa inicial, va desenvolupar i avaluar un model de temperament compost per tres dimensions: *búsqueda de novetat*, *evitació del dany* i *dependència de la recompensa*. Va hipotetitzar que les tres dimensions de temperament es corresponien directament amb l'estructura genètica subjacent de la personalitat.

En aquesta etapa, va crear el primer qüestionari per avaluar les dimensions de temperament, el Qüestionari Tridimensional de la Personalitat (Temperament Personality Questionnaire, TPQ). (Cloninger, Przybeck i Svrakic, 1991). Posteriorment, van aparèixer diverses limitacions de el model, ja que els estudis amb el TPQ van constatar que no s'havia tingut en compte el paper del caràcter i de l'aprenentatge social. Aquests fets, el va portar a un ampliació de el model que va donar lloc a l'Inventari de Temperament i Caràcter (TCI, Temperament and Character Inventory,) (Cloninger, Svrakic i Przybeck, 1993; Cloninger i cols., 1994).

El TCI contempla tres noves dimensions respecte el model anterior que fan referència al caràcter: *autodirecció*, *cooperació* i *transcendència*. A més, va aparèixer una nova dimensió de temperament anomenada *persistència*, que inicialment s'havia inclòs de forma errònia com una faceta de Dependència de la Recompensa.

Posteriorment, l'instrument va ser revisat de nou apareixent l'última versió del qüestionari anomenat Inventari de Temperament i Caràcter-Revisat (Temperament and Character Inventory-Revised, TCI-R) (Cloninger i cols. 1999). Els canvis realitzats milloren la consistència interna de les dimensions i s'introdueix la resposta en una escala Likert millora la fiabilitat de l'inventari.

## El temperament

El temperament està format pels components de la personalitat que s'hereten i són estables en el desenvolupament, que es basen en les emocions i no están influïts per l'aprenentatge sociocultural (Svrakic i Cloninger, 2010). En altres paraules, el temperament és definit com les diferències individuals en els hàbits i habilitats basades en les emocions, s'hereta de forma moderada (sobre un 50%), és moderadament estable des de la infantesa fins a l'etapa adulta i és consistent en la seva estructura en diferents cultures i grups ètnics. Inclou les respostes associatives automàtiques que es produeixen davant estímuls simples i que determinen les diferències i la variabilitat en les respostes emocionals com la por, la ira i el fàstic (Cloninger, Svrakic i Przybeck, 1993).

Formen el temperament 4 dimensions: *búsqueda de novetat*, *evitació del dany*, *Dependència de la recompensa* i *persistència*.

La *búsqueda de novetat* (NS, *Novelty Seeking*) reflecteix la tendència heretada que regula el sistema d'activació conductual o sistema de recompensa que intervé en les conductes d'aproximació en resposta a la novetat, senyals de recompensa, i evitació activa davant signes de càstig condicionat, i escapament davant signes de càstig incondicionat. S'associa amb variacions en els nivells centrals de dopamina. En el pla conductual es relaciona amb la impulsivitat, la búsqueda de sensacions, la conducta agressiva i temperamental i amb la tendència a desobeir lleis i normes (Svrakic i Cloninger, 2010).

L'*evitació del dany* (HA, Harm Avoidance) reflexa la variabilitat biològica del sistema d'inhibició conductual, sistema que respon a senyals de càstig o no recompensa i que es relaciona amb tendències a l'ansietat, pessimisme i preocupació; s'ha associat a les

variacions en els nivells de serotonina (5-HT). Aquesta dimensió s'ha relacionat a nivel psicomètric amb mesures d'ansietat cognitiva, depressió, hostilitat i baixa autoestima (Cloninger, Svrakic i Przybeck, 1993).

La *dependència de la recompensa* (RD, Reward Dependence) es refereix al sistema neurobiològic que posa en marxa conductes d'apropament i reaccions de vincle en resposta als estímuls socials. Hipotèticament es relaciona amb les variacions individuals en els nivells de noradrenalina i més recentment amb l'oxitocina (Svrakic i Cloninger, 2010).

L'última escala de temperament, la *persistència* (P, *Persistence*) es caracteritza per la resistència a l'extinció de la conducta tot i la presència intermitent de reforços. Medeix per tant, la capacitat per seguir emetent conductes antteriorment associades al reforç positiu o a l'absència de càstig tot i la desaparició d'aquestes contingències. A nivel psicològic, es relaciona amb l'afany per l'assoliment de fites (Svrakic i Cloninger, 2010).

### **El caràcter**

El caràcter es refereix al conjunt de característiques de personalitat que s'estructuren a partir del desenvolupament per mecanismes d'aprenentatge sociocultural i que es componen per valors, metes, estratègies d'afrontament i esquemes cognitius sobre un/a mateix/a, els altres i l'entorn. Aquests conceptes tendeixen a modificar-se al llarg de la vida de la persona, i influeixen en les intencions i actituds voluntàries i en l'efectivitat personal i social. Estan regulats per les àrees relacionades amb la memòria i l'aprenentatge com són l'hipocamp i el neocòrtex.

Les dimensions caracterials serien: *autodirecció, cooperació i autotrascendència*.

L'*autodirecció* (SD, *Self-Directedness*) és la capacitat de la persona per controlar, regular i adaptar la conducta ajustant-la a la situació en funció de les pròpies metes i valors. Es



relaciona amb la maduresa, la integritat personal i l'autoestima, la possessió de recursos eficaços d'afrontament i en general, amb una bona adaptació personal.

La *cooperació* (*C, Cooperativeness*) fa referència a la concepció d'un/a mateix/a com a part integral de la societat.

I per últim, l'*autotrascendència* (*ST, Self-Transcendence*) fa referència a la concepció d'un/a mateix/a com a part integrant de l'univers.

Les dimensions del caràcter de les TCI també proporcionen una forma de quantificar aspectes de l'autogovern mental madur, proporcionant així una manera fiable de mesurar els processos cognitius superiors que modulen els conflictes emocionals (Cloninger i cols., 1993).

La personalitat sempre implica una interacció bidireccional entre el temperament i el caràcter. El temperament modula l'expressió de l'activitat, la reactivitat, l'emocionalitat i la sociabilitat. Els sistemes neurobiològics temperamentals, determinen la manera individual amb què cada individu percep, codifica i emmagatzema la informació ambiental, i impliquen biaixos preconceptuals en els processos d'aprenentatge (habitució, sensibilització, aprenentatge associatiu, aprenentatge operant, vicari i conceptual). Aquests sistemes determinen quins estímuls de l'entorn són importants i determinen el que la persona aprendrà durant la formació del caràcter. El caràcter es desenvolupa sobre la base biològica preexistent i es modela mitjançant la interacció contínua entre les estructures neurobiològiques i l'ambient en què es desenvolupa la persona. Des del moment en què es produeix aprenentatge, el temperament ja no influeix en la conducta de manera immediata, sinó que actuen de forma combinada amb els aprenentatges adquirits generant nous patrons conductuals. A més el caràcter influeix en les respostes pròpies dels mecanismes temperamentals mitjançant l'adjudicació de significat als estímuls de l'entorn (Cloninger i cols., 1993).

### 2.3.4. El perfeccionisme

L'interès pel *perfeccionisme* ha estat creixent per la seva implicació en diversos trastorns psicopatològics, especialment en els més prevalents en les dones com els trastorns alimentaris, depressius i d'ansietat (Egan i cols., 2011; Flett i Hewit, 2002; Goodwin i cols., 2014; Limburg i cols., 2017; Robinson i cols., 2020; Nilsson i cols., 2008; Shafran i Mansell, 2001).

Inicialment, el *perfeccionisme* va ser convebut com un constructe unidimensional i es podia mesurar amb instruments com el Burns Perfectionism Scale (BPS; Burns, 1980) o la subescala de perfeccionisme de l'Eating Disorders Inventory (EDI; Garner i cols., 1983). No obstant això, actualment es considera que el *perfeccionisme* té diversos components o dimensions (Frost i cols., 1990; Hewitt i Flett, 1991; Terry-Short i cols., 1995; Slaney i cols., 2001). Frost va ser el primer a desenvolupar un instrument des d'aquesta perspectiva multidimensional, el Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS; Frost i cols., 1990) que consta de 6 subescales que mesuren diferents aspectes del *perfeccionisme*: a) una excessiva Preocupació pels Errors (CM, Concern over Mistakes); b) l'autoimposició de Metes Elevades (PS, Personal Standards); c) la tendència a Dubtar de les pròpies accions (DA, Doubt about Actions); d) la percepció que les Expectatives dels Pares han estat elevades (PE, Parental Expectations); e) que hi ha hagut una excessiva Crítica per part dels Pares (PC, Parental Criticism); f) i la tendència a la Precisió, Ordre i Organització (O, Organisation).

De manera similar, un any més tard, Hewitt i Flett (1991) van dissenyar una altra escala amb el mateix nom, el Multidimensional Perfectionism Scale (HMPS; Hewitt i Flett, 1991) que també distingeix entre aspectes intra i interpersonal del *perfeccionisme*. Els autors argumenten que a més d'autoimposar metes perfeccionistes, les persones poden imposar aquestes

metes als altres. El HMPS consta de 3 subescales: a) Perfeccionisme Auto-orientat (SOP, Self-Oriented Perfectionism); b) Perfeccionisme Orientat a Altres (OOP, Other-Oriented Perfectionism); i c) Perfeccionisme Socialment Prescrit (SPP, Socially Prescribed Perfectionism). Existeixen altres mesures multidimensionals de *perfeccionisme*, però poc utilitzades com són la Almost Perfect Scale (Slaney i cols., 2001) o el Perfectionism Cognitions Inventory (Flett i cols., 1998).

Des d'un punt de vista teòric s'ha descrit que el *perfeccionisme* conté tant aspectes negatius com positius (Slaney i cols., 2001). Des del punt de vista empíric, i aplicant l'anàlisi factorial a les escales multidimensionals FMPS i HMPS, s'ha corroborat que hi ha un factor que representa un *perfeccionisme desadaptatiu* i un altre que representa un *perfeccionisme adaptatiu* o, al menys, no perjudicial (Bieling i cols., 2004; Egan i cols., 2011; Frost i cols., 1993; Limburg i cols., 2017; Stoeber i cols., 2018). Recolzant aquesta hipòtesi, s'ha observat com només algunes dimensions del *perfeccionisme* s'associen més freqüentment a la presència de psicopatologia (Bieling i cols., 2004; Egan i cols., 2011; Frost i cols., 1993; Limburg i cols., 2017; Robinson i cols., 2020).

Tot i que el *perfeccionisme* com constructe no es va originar des d'una perspectiva biològica, sí que s'ha suggerit que és un tret moderadament heretable (Iranzo-Tatay i cols., 2015; Tozzi i cols., 2004)

### **2.3.5. Personalitat i Depressió**

L'estudi sobre la relació entre la personalitat i la depressió suposa un dels punts amb major interès científic dins del camp de la psiquiatria i la psicologia. L'alta incidència dels trastorns depressius en la societat occidental justificaria els esforços per dilucidar aquesta qüestió amb la finalitat avançar en la prevenció i en el disseny de tractaments eficaços.

Des de l'antiguitat s'ha lligat la depressió amb determinades característiques temperamentals, tot i que aquesta relació pot apuntar a diferents interrogants: Certes característiques de la personalitat podrien predisposar a la persona a deprimir-se? Certes característiques de personalitat podrien ser conseqüència del trastorn depressiu? Certes característiques de personalitat podrien afectar a les variables clíniques de la depressió com l'inici, severitat, curs, pronòstic, resposta al tractament, etc? Certes característiques de personalitat podrien ser una expressió atenuada del trastorn depressiu?.

Existeix abundant literatura sobre el paper de la personalitat normal com factor de predisposició pel desenvolupament i modulació de diferents trastorns psicològics tant en persones adultes com en infants (Krueger i Tackett, 2003). Actualment, es continua debatent sobre la influència de la personalitat en el desenvolupament dels trastorns depressius i el seu impacte en el tractament.

S'ha descrit la influència de certes característiques de personalitat en el curs dels processos depressius, i més concretament s'han relacionat amb major gravetat dels símptomes, major freqüència de recaigudes i pitjors resultats en el tractament.

En aquesta línia podem parlar de diferents models que intenten explicar la relació entre la personalitat i la depressió (Akiskal i cols., 1983; Hirschfeld i cols., 1983; Jylhä i Isometsä, 2006).

Segons el *model de vulnerabilitat*, algunes característiques de personalitat predisposen a les persones a desenvolupar depressió. Per tant, certs constructes de personalitat augmenten la probabilitat que es desenvolupi la depressió i, per tant, actuen com a factors de risc d'aquest trastorn (Antypa i cols., 2017; Ormel i cols., 2013; Watson i cols., 2006).

Segons el *model de patoplàstia*, les característiques de personalitat impacten en la forma com s'expressa el trastorn depressiu. La personalitat afecta a l'aparició, la gravetat o el curs de depressió, inclosa la resposta al tractament. Dins d'aquest model, la personalitat

no necessàriament augmentaria la probabilitat que es desenvolupi la depressió. Per contra, nivells alts d'alguns trets de personalitat podrien donar lloc a una major severitat i cronicitat d'aquest trastorn, així com un pronòstic més negatiu (Alouja i cols., 2018; Günter i cols., 2016).

Segons el *model de complicació/seqüela*, la depressió porta canvis en la personalitat. Aquest model sosté que la depressió influeix en la personalitat, de manera transitòria o permanent. En aquest cas, els alts nivells de certs trets de personalitat poden ser resultat de la depressió, que es resolen amb el trastorn (complicació) o romanen elevats després de la remissió (seqüela) (Mongini i cols., 2003; Ryan i cols., 2121).

El *model de factors* suggereix que un factor etiològic compartit pot generar trets de personalitat i depressió. Per exemple, una diàtesi genètica pot donar pas no només als trets de personalitat que es manifesten comunament en la depressió, sinó també a la pròpia depressió. Per aquest mateix motiu, les bases genètiques o biològiques, com el funcionament de la serotonina, podrien donar lloc a certes característiques de personalitat i a la simptomatologia depressiva (Talarowska i cols., 2020).

A continuació, es descriuran els principals trets de personalitats més estudiats en relació a la depressió, i especialment aquells que provenen dels models biològics de la personalitat.

### ***Neuroticisme i extraversió***

Hi ha una extensa literatura on es posa de manifest la relació entre el *neuroticisme*, l'*extraversió* i la depressió (Bienvenu i cols., 2001; Bienvenu i cols., 2004; Cuijpers i cols., 2005; Klein i cols., 2011; Kopala-Sibley i cols., 2020; Valerio i cols., 2020).

El *neuroticisme* va ser definit per Eysenck (1967) en el seu model biològic com una dimensió relacionada amb la inestabilitat emocional, vulnerabilitat a l'estrès i propensió

a l'ansietat. Per altra banda, l'extraversió és una altra dimensió de personalitat important caracteritzada per l'experiència d'emocions positives, energia i dominació. Tant el *neuroticisme* com l'*extraversió* es consideren moderadament heretables i romanen relativament estables al llarg de l'etapa adulta (Bouchard, 2008; Kendler i cols, 1993; Olawa i cols., 2020).

Les dimensions de *neuroticisme* i *extraversió* estan relacionades amb l'experiència d'afecte negatiu i positiu respectivament. És a dir, les persones amb tendència al neuroticisme (emocionalitat, impulsivitat, ràbia i temor) presenten una major predisposició a experimentar major afectivitat negativa, encara que no necessàriament disminueix la tendència a experimentar afecte positiu (és a dir ambdues dimensions són independents). Per contra, aquelles persones que es caracteritzen per ser extravertides (vigor, sociabilitat), experimenten més afecte positiu; de la mateixa manera, aquesta disposició no redueix l'experiència d'afecte negatiu. El balanç cognitiu que fa la persona entre afecte positiu i negatiu, «disposat» per aquests dos grans trets de la personalitat contribueix a l'experiència de la satisfacció amb la vida. En general és acceptat que les dimensions de l'afecte positiu i negatiu són independents i responen a les disposicions de *neuroticisme* i *extraversió* (Costa i McCrae, 1984).

Griens i cols. (2002) plantegen que hi ha trets de la personalitat que es mostren especialment elevats durant l'episodi depressiu, com per exemple els nivells d'emocionalitat, el *neuroticisme* i la dependència interpersonal. Aquests trets reflectirien estats de la personalitat, mentre que altres trets com la rigidesa o l'obertura es mostren més estables i per tant, reflectirien trets de la personalitat. Segons Griens és important, a l'hora d'avaluar les característiques de la personalitat durant l'episodi depressiu, considerar com alguns trets poden estar influïts per la depressió i, per tant, no reflectir la personalitat premòrbida. És a dir, que contràriament al descrit en altres estudis, aquest

autor proposa que enlloc de pensar que la depressió és una conseqüència de determinats trets de la personalitat, caldria considerar que la depressió pot activar i fins i tot contribuir a generar certs trets i formes de resposta més estables, constitutius d'un tret de personalitat. Per altra banda, hi ha alguns estudis que suggereixen que el *neuroticisme* pot augmentar després d'un episodi depressiu (Clark i cols., 1994; Kendler i cols., 2006; Lahey, 2009). Tot i així, hi ha estudis que apunten a que aquesta relació no es pot demostrar (Duggan i cols., 2003; Lahey, 2009; Ormel i cols., 2004). També s'ha descrit que alts nivells de *neuroticisme* prediuen una pitjor resposta als tractaments farmacològics i psicoterapèutics de la depressió (Lahey, 2009; Mulder, 2002).

El *neuroticisme* premòrbid s'ha confirmat com a factor de vulnerabilitat a la depressió en diversos estudis epidemiològics prospectius en bessons (Fanous i cols., 2007; Kendler i cols., 1993; Kendler i cols., 2002; Kendler i cols., 2006; Murray i O'Neill, 2019), en població general (Ormel i cols., 2004; Mineka i cols., 2020; Vinograd I cols., 2020) i en població clínica (Allen i cols., 2018; Angst i Clayton, 1986; Hirschfeld i cols., 1989; Lam i cols., 2003). Hi ha altres estudis que han examinat les associacions entre el *neuroticisme*, la depressió i els esdeveniments vitals estressants. El neuroticisme està associat a majors percentatges d'acontexements vitals estressants (Gutiérrez-Zotes i cols., 2016; Kendler i cols., 2002; Van Praag i cols., 2004) i menor nivell de suport social percebut, especialment en dones (Kofman i cols., 2019; Kitamura i cols., 2002; Lewis i cols., 2014). A més, les persones amb alt *neuroticisme* són més propenses a desenvolupar un episodi depressiu després d'un esdeveniment vital estressant que les persones amb baix nivell de neuroticisme (Kendler i cols., 2004; Kofman i cols., 2019).

Com ja s'ha comentat anteriorment, també s'han trobat evidències sobre la relació entre la *extraversió* i la depressió. Existeixen estudis que mostren correlacions negatives entre mesures de *extraversió* i depressió (Cox i cols., 2004; Farmer i cols., 2002; Kotov i cols., 2010). L'*extraversió*, com el *neuroticisme*, també sembla estar influïda per un estat d'ànim

depressiu (Murray i O'Neill, 2019; Uliaszek i cols., 2010). Però no hi ha consens sobre el paper que juga aquest tret de personalitat en el pronòstic del trastorn depressiu (Enns i Cox, 1997; Klein i cols., 2011; Watson i cols., 2019). Hi ha estudis prospectius que contradiuen la suposició de *l'extraversió* com factor de vulnerabilitat a la depressió, ja que aquest tret no sembla ser predictiu (Angst i Clayton, 1986; Kendler i cols., 1993) o bé la seva potència és més aviat escassa (Kendler i cols., 2006; Klein i cols., 2011).

### ***Perfeccionisme***

El *perfeccionisme* és un factor de risc per múltiples trastorns psicopatològics (Limburg i cols., 2017). Certs estudis (Kopala i Zuroff, 2018; Rice i Ashby, 2007) han identificat dues categories de *perfeccionisme*: l'adaptatiu i el desadaptatiu. El perfeccionisme desadaptatiu s'associa significativament a la depressió i a nivells d'autoestima més baixos (Ashby, Rice i Martin, 2006; Stoeber i cols., 2018). Per contra, s'ha demostrat que el perfeccionisme adaptatiu està associat a diversos resultats positius, com per exemple una major autoestima (Rice i Dellwo, 2002; Robinson i cols., 2020), estratègies positives per afrontar l'estrès (Rice i Lapsley, 2001; Robinson i cols., 2020), nivells més elevats d'assertivitat i orientació vital (Robinson i cols., 2020; Ward i Ashby, 2008) i una major autoeficàcia en la presa de decisions professionals (Ganske i Ashby, 2007; Stoeber, 2018). No obstant això, alguns autors han identificat l'estrès com un factor important en la relació entre el perfeccionisme i els resultats psicològics (Blankstein i Dunkley, 2002; Garinger i cols., 2018). Garinger i cols. (2018) identifiquen específicament l'estrès com un possible mediador del *perfeccionisme* i el benestar psicològic, plantejant que les tendències perfeccionistes donen lloc a diferents nivells d'estrès, que a la vegada donen lloc a conseqüències poc saludables.

La investigació ha establert que el *perfeccionisme* juga un paper important en la vulnerabilitat i la persistència de la depressió (Hewitt i Flett, 1991; Kawamura i cols., 2002;



Limburg i cols., 2017; Richard i cols., 2021). Altres investigacions indiquen que les persones perfeccionistes responen pitjor al tractament que les persones amb nivells més baixos de perfeccionisme i que calen intervencions més llargues per aconseguir resultats positius (Blatt i Zuroff, 2002, Salazar-Fraile i cols., 2018). Sembla que les investigacions apunten a què el perfeccionisme pot jugar un paper mediador entre els esdeveniments vitals estressants i la depressió (Enns i Cox, 2005; Enns, Cox i Clara, 2005; Kopala i Zuroff, 2020), i com el seu paper com a predictor pot ser independent del neurotisme (Smith i cols., 2016; Smith i cols., 2019). Tot i que alguns components del *perfeccionisme* desadaptatiu poden veure's afectats per l'estat depressiu, aquesta associació no sempre s'ha trobat (Limburg i cols., 2017; Rice i Aldea, 2006).

### ***Temperament i caràcter***

Com s'ha explicat anteriorment, Cloninger i cols. (1993) van proposar un model psicobiològic que contemplava components de temperament i de caràcter. A partir d'aquest model, hi ha hagut interès en estudiar les dimensions de temperament i caràcter en el trastorn depressiu.

Hi ha evidències d'una major evitació del dany i una menor autodirecció en la depressió (Bajraktarov i cols., 2017; Celikel i cols., 2010; Kronström i cols., 2011; Matsudaira i Kitamura, 2006; Brown i cols., 1992). Diversos estudis han demostrat que *l'evitació del dany* que reflecteix la predisposició individual a evitar situacions potencialment perilloses i que està correlacionada positivament amb l'estat d'ànim depressiu (Celikel i cols., 2010; Cloninger i cols., 2006; Furumura i cols., 2012; Farmer i Seeley 2009; Jylhä i Isometsä, 2006; Matsudaira i Kitamura 2006; Thystrup i cols., 2020; Spittlehouse i cols., 2010). S'ha proposat que les diferències individuals en *l'evitació del dany* poden ser explicades per la variabilitat en la regulació de l'excitació, i això pot indicar una major vulnerabilitat pels trastorns afectius (Hariri i cols., 2005; Zuckerman i Kuhlman, 2000). També s'ha demostrat

que *l'evitació del dany* modifica l'efecte del tractament farmacològic amb antidepressius sobre la depressió major (Balestri i cols., 2019; Kampman i Poutanen, 2011; Quilty i cols., 2010). Finalment, en molts estudis s'ha informat que hi ha una relació positiva significativa entre *l'evitació del dany* i la gravetat de la depressió (Arkar, 2010; Chen, Lin, Li, Huang i Lin, 2015; Choi i cols., 2020; Jylhä i Isometsä, 2006; Tabakci i cols., 2020).

Pel que fa a altres dimensions, Farmer i cols. (2003) van apuntar que puntuacions elevades en les dimensions *búsqueda de novetat* i *dependència de la recompensa* no estaven associades a la depressió. Entre les dimensions del caràcter, *l'autodirecció* s'ha correlacionat negativament amb símptomes depressius tant en mostres clíniques com en població general (Bajraktarov i cols., 2017; Farmer i cols., 2003; Jylhä i Isometsä, 2006); així mateix, augmenta el risc de futurs episodis depressius (Choi i cols., 2020; Cloninger i cols., 2006).

### **2.3.6. Personalitat i Depressió Postpart**

L'impacte de les experiències perinatals pot ser diferent segons els trets de personalitat, l'estil cognitiu, les estratègies d'afrontament i el recolzament social disponible de les mares. Diversos estudis suggereixen que determinats trets de personalitat s'associen amb l'aparició, el curs i el pronòstic de la depressió postpart. Tanmateix, no està clar, fins ara, si hi ha una associació específica entre determinats factors de personalitat i determinats trastorns mentals en el postpart, en comparació amb trastorns mentals que es produeixen en altres períodes de la vida. Només uns quants estudis han examinat aquesta qüestió i no han trobar suport per a l'especificitat (Jones i cols., 2010; Josefsson i cols., 2007). Una de les limitacions que acostumen a tenir els estudis que analitzen la relació entre la

personalitat i la psicopatologia és que els resultats sovint estan contaminats pel fet que ambdós esdeveniments s'estudien simultàniament.

A continuació es poden veure els resultats d'una revisió realitzada amb aquells trets de personalitat que hi ha més acord a l'hora de relacionar-los amb la DPP. Concretament, a la *Taula 3* i *Taula 4* es mostren els estudis que afirmen que certs trets de personalitat (*neuroticisme, extraversió, perfeccionisme*) i l'*estil de personalitat vulnerable* són un factor de risc per al PPD i aquells que tenen no han trobat cap associació significativa, respectivament.

### ***Neuroticisme i Extraversió***

S'ha demostrat que el *neuroticisme* i la *introversió* són determinants importants, independents i estables de la depressió postpart (Dudek i cols., 2014; Iliadis i cols., 2015; Jones i cols., 2010; Martin-Santos i cols., 2012; Podolska i cols., 2010; Verkerk i cols., 2005; Vliegen i cols., 2010).

Pitt (1968) va ser el primer autor en evidenciar altes puntuacions en *neuroticisme* i baixes puntuacions en *extraversió* entre les dones diagnosticades de DPP. També s'han trobat aquests resultats comparant mares amb i sense simptomatologia depressiva perinatal (Denis i Luminet, 2008; Dudley i cols., 2001; Maliszewska i cols., 2017) i també amb diagnòstic de PPD (Gelabert i cols., 2012). Martín-Santos i cols. (2012) va confirmar a partir d'una mostra àmplia i representativa de dones en el postpart, que el *neuroticisme* és un predictor independent de la depressió major en el postpart i de simptomatologia depressiva entre les 8 i 32 setmanes del postpart.

Les puntuacions baixes en *extraversió* també s'ha associat amb un augment de la DPP però en menor mesura (Jones i cols., 2010).

### ***Perfeccionisme***

Centrant-nos en el període perinatal, la relació entre el *perfeccionisme* i la depressió no ha estat tant estudiada com l'existent amb altres trets de personalitat. Un estudi va descobrir que el *perfeccionisme* i, més concretament, un alt nivell de preocupació pels errors, estava associat a la depressió postpart (Gelabert i cols., 2012). A més, Macedo i cols. (2009) van informar que el *perfeccionisme* estava associat amb ansietat i depressió en dones embarassades. De la mateixa manera, Maia i cols. (2012) van trobar correlacions positives significatives entre el *perfeccionisme* i la depressió durant l'embaràs. No obstant això, aquestes correlacions no van ser significatives en el postpart (Maia i cols., 2012).

Durant l'embaràs, Egan i cols. (2017) van establir que el *perfeccionisme* prenatal prediu un pensament negatiu repetitiu durant l'embaràs i a la vegada, el pensaments negatiu repetitiu està associat a la depressió prenatal. Per tant, el perfeccionisme es pot considerar un factor de risc i un factor pel manteniment de la depressió (Egan et al., 2011; Smith et al., 2016).

El *perfeccionisme* pot influir en les dones en moltes esferes de la seva vida. Una línia d'estudi és la relació entre el suport social i el perfeccionisme, que es correspondria amb el constructe de "superdona". Una "superdona" és una dona que intenta assolir la perfecció en múltiples rols (Murnen, Smolak i Levine 1994). Murnen i cols. (1994) van proposar que les superdones podien tenir un major risc pels trastorns de la conducta alimentària. En aquesta línia, es podria hipotetitzar que les superdones també poden tenir un major risc d'altres psicopatologies, com ara depressió i ansietat en el període del postpart. Arnold i Kalibatseva (2020) van examinar la relació entre suport social, el perfeccionisme (en relació amb l'esquema de Superdona), i els símptomes depressius i ansiosos en el postpart. Les autores conclouen que el perfeccionisme és un factor de risc pels símptomes d'ansietat en el postpart, però no pels símptomes depressius en el postpart.

### ***Estil de Personalitat vulnerable***

Philip Boyce (1994) va ser el primer investigador que va proposar un estil de personalitat que podia predir la depressió postpart. El concepte d'*estil de personalitat vulnerable* està format per una agrupació de trets de personalitat (neuroticisme, sensibilitat interpersonal, baixa autoestima, estil cognitiu negatiu i disfuncional, obsessivitat i escasses estratègies d'afrontament a l'estrès, entre d'altres). Concretament la utilització de determinades estratègies d'afrontament com les conductes evitatives, l'expressió d'emocions negatives (Van Bussel i cols., 2009), la tendència a la culpabilitzar-se i l'abús de substàncies (De Tychev i cols., 2005) s'han associat amb la DPP.

En aquesta línia, Boyce va dissenyar un qüestionari molt breu de 9 ítems, anomenat Vulnerable Personality Style Questionnaire (VPSQ; Boice i cols., 2001) per identificar dones amb personalitat de risc.

El VPSQ ha estat utilitzat en diversos estudis prospectius en el postpart. Dennis i Boyce (2004) van trobar que altes puntuacions en l'estil de personalitat vulnerable estava associat a la simptomatologia depressiva una setmana després del part.

Entre les dones que van experimentar simptomatologia depressiva després del part, *l'estil de personalitat vulnerable* sembla efectiu per distingir aquelles dones que la simptomatologia va remetre espontàniament d'aquelles que aquesta es va mantenir (Dennis i Ross, 2006). En un altre estudi posterior, Gelabert i cols. (2011) van observar que les dones que tenien altes puntuacions en la VPSQ (més de 2 desviacions estàndard) en el postpart immediat tenien un 35% més de probabilitat d'experimentar un episodi depressiu en les 32 setmanes del postpart.

***Temperament i caràcter***

En l'àmbit perinatal, el model de personalitat de Cloninger ha estat utilitzat en pocs estudis. Josefsson i cols. (2007) van investigar si les dones amb DPP diferien a nivell de personalitat de les dones del grup control. Els resultats van mostrar que les puntuacions en les dimensions *d'evitació del dany* i *d'autotrascendència* eren més altes, mentre que les puntuacions en *autodirecció* i *cooperació* eren més baixes en dones amb DPP que en les dones del grup control. Andriola i cols. (2011) va investigar la relació entre *l'evitació del dany* i símptomes depressius durant el període perinatal en 65 dones embarassades i va trobar que una alta intensitat en *evitació del dany* prenia la depressió prenatal. Minatani i cols. (2013) van informar que la gravetat dels símptomes depressius prenatals es podien predir per una vivència negativa cap a l'embaràs actual, puntuacions baixes a la dimensió *d'autodirecció*, altes a *evitació del dany*, *persistència* i *autotrascendència*. Kubota i cols. (2019) van informar que les dones embarassades diagnosticades de depressió i amb antecedents de trastorn depressiu major presenten una intensitat significativament més alta *d'evitació del dany* i símptomes

**Taula 3.** Resultats dels estudis que afirmen que certs trets de personalitat ( neuroticisme, extraversió, perfeccionisme) i l'estil de personalitat vulnerable són factors de risc per a la DPP

Autor, any	Tret de personalitat	Moment d'avaluació depressió (postpart)	$\beta$	$p$	$R^2$	$p$	OR-Ajustat (95% CI)	$p$
1. Axfords i cols. (2017)	Neuroticisme	6 mesos	-	-	-	-	5.44 (2.77-10.69)	<.001
2. Boyce i cols. (2001)	Estil personalitat vulnerable	24 setmanes	-	-	-	-	1.18 (1.10-1.20)	<.001
3. Boyce and Hickey (2005)	Estil personalitat vulnerable	24 setmanes	-	-	-	-	2.82 (1.06-7.45)	<.001
	Extraversió		-0.11	<.001	0.19	<.001	2.24	<.05
	Neuroticisme		0.10	<.001	0.19	<.001	0.69	<.05
4. Chang i cols. (2014)	Neuroticisme	1 any	-	-	-	-	1.25 (1.17-1.34)	<.001
5. Dennis i cols. (2004)	Estil personalitat vulnerable	1 setmana	0.20	-	-	-	1.21 (1.13-1.31)	<.001
6. Fisher i cols. (2002)	Estil personalitat vulnerable	Postpart	-	-	-	-	1.2 (1.02-1.39)	<.02
7. Gelabert i cols. (2011)	Estil personalitat vulnerable	32 setmanes	-	-	-	-	1.16 (1.07-1.26)	<.001
8. Gelabert i cols. (2012)	Perfeccionisme	Postpart	1.092	<.05	-	-	2.98 (1.23-7.21)	<.05
	Neuroticisme		1.421	<.001	-	-	4.14 (1.72-9.94)	<.05
9. Hipwell i cols. (2004)	Neuroticisme	8 setmanes	0.25	<.05	0.17	<.001		-
10. Iliadis i cols. (2015)	Neuroticisme	6 setmanes	-	-	-	-	5.0 (2.2-11.5)	<.05
	Neuroticisme	24 setmanes	-	-	-	-	7.9 (3.1-20.0)	<.05
11. Imsiragic i cols. (2014)	Neuroticisme	3-5 dies	-	-	-	-	1.16 (1.07-1.25)	<.05
12. Johnstone i cols. (2001)	Estil personalitat vulnerable	8 setmanes	-	-	-	-	7.54	<.05
13. Maliszewska i cols. (2017a)	Neuroticisme	4-8 setmanes	-	-	-	-	1.50 (1.17-1.92)	0.001
14. Maliszewska i cols. (2016a)	Extraversió	Primera setmana	-	-	-	-	0.51(0.27-0.95)	0.04
15. Maliszewska i cols. (2017b)	Neuroticisme	Primera setmana-3 mesos	-	-	-	-	1.37 (1.05-1.77)	0.02
16. Maliszewska i cols. (2016b)	Neuroticisme	Primera setmana	-	-	-	-	1.65 (1.32-2.06)	<.001
	Extraversió		-	-	-	-	0.77 (0.62-0.97)	<.05
17. Marín-Morales i cols. (2014)	Neuroticisme	16 setmanes	0.42	-	0.247	<.001	-	-
18. Martín-Santos i cols. (2012)	Neuroticisme	8 setmanes	0.047	<.001	-	-	1.05(1.02-1.07)	<.05
	Neuroticisme	32 setmanes	0.040	0.021	-	-	1.04 (1.02-1.08)	<.05
	Neuroticisme	32 setmanes	0.048	<.001	-	-	1.05(1.02-1.08)	<.05

(Continuació)

Autor, any	Tret de personalitat	Moment d'avaluació depressió (postpart)	$\beta$	$p$	$R^2$	$p$		
19. Meltzer-Brody i cols. (2013)	Neuroticisme	4 anys	-	-	-	-	-	<0.05
20. Saisto i cols. (2001)	Neuroticisme	8-12 setmanes	-	-	-	-	3.37 (1.04-10.86)	<0.05
21. Tian i cols. (2012)	Neuroticisme	postpart	-	-	-	-	1.12 (1.09-1.21)	<0.05
22. Van Bussel i cols. (2009)	Neuroticisme	12 setmanes	0.27	<0.001	0.12	<0.001	-	-
	Neuroticisme	20-25 setmanes	0.39	<0.001	0.23	<0.001	-	-
23. Verkerk i cols. (2005)	Neuroticisme, Introversió	12 setmanes	-	-	-	-	3.08 (1.10-8.63)	<0.05
	Neuroticisme, Introversió	24 setmanes	-	-	-	-	4.64 (1.65-13.16)	<0.01
	Neuroticisme, Introversió	1 any	-	-	-	-	6.83 (1.97-23.74)	<0.01



depressius més greus que les dones sense antecedents, tant en el període prenatal com en el postpart. Aquestes dades suggereixen que *l'evitació del dany* estaria vinculat a la recurrència del trastorn depressiu. Furumura i cols. (2012) van realitzar un estudi prospectiu i van concloure que la intensitat de *l'evitació del dany* durant l'embaràs no és un factor de risc significatiu pel desenvolupament de la DPP amb l'EPDS. A més, els seus resultats demostren que la intensitat de *l'evitació del dany* pot augmentar segons el aparició de símptomes depressius (estat-dependència) i disminuir com a resultat de la millora de la simptomatologia depressiva.

**Taula 4.** Resultats dels estudis que afirmen que certs trets de personalitat (neuroticisme, extraversió, perfeccionisme) i l'estil de personalitat vulnerable no són factors de risc per a la DPP

Autor, any	Tret de personalitat	Moment d'avaluació Depressió (postpart)	$\beta$	$p$	$R^2$	$p$	OR-Ajustat (95% CI)	$p$
1. Imsiragic i cols. (2014)	Extraversió	3-5 dies	-	-	-	-	0.95 (0.88-1.03)	ns
	Extraversió	6-9 setmanes	-	-	-	-	1.05 (0.95-1.15)	ns
	Neuroticisme	6-9 setmanes	-	-	-	-	1.07 (0.96-1.20)	ns
2. Maia i cols. (2012)	Perfeccionisme.- Autorientat	12 setmanes	0.005	ns	-	-	1.005 (0.980-1.032)	ns
	Perfeccionisme-Altres		0.016	ns	-	-	1.016 (0.979-1.054)	ns
	Perfeccionisme.- Acceptació Condicional		0.003	ns	-	-	1.003 (0.947-1.063)	ns
3. Maliszewska i cols. (2017a)	Extraversió	4-8 setmanes	-	-	-	-	0.96 (0.75-1.22)	ns
4. Maliszewska i cols. (2016a)	Neuroticisme	Primera setmana	-	-	-	-	1.89 (0.94-3.81)	ns
5. Marín-Morales i cols. (2014)	Extraversió	16 setmanes	-0.104	ns	-	-	-	-
6. Phillips i cols. (2010)	Estil personalitat vulnerable	<12 mesos	0.10	ns	-	-	-	-
	Extraversió	20-25 setmanes	-0.09	ns	-	-	-	-

### 2.3.7. Personalitat i ideació suïcida i depressió

La conducta suïcida és un dels possibles desenllaços dels trastorns mentals (Bachmann, 2018; Bernal i cols, 2007; Harris i Barraclough, 1997) i probablement el més temut, pel cost que significa per a la societat (Ajetunmobi i cols., 2013; Whitefort i cols., 2013). L'espectre de la conducta suïcida està format per la ideació suïcida, l'intent de suïcidi i el suïcidi consumat.

Entre els diagnòstics psiquiàtrics, els trastorns afectius són dels que estan més associats al risc de desenvolupar conductes suïcides (Bertolote i cols., 2004; Chang i cols., 2011). En un estudi multicèntric realitzat en 17 països es va informar que el diagnòstic de qualsevol trastorn afectiu augmenta de forma significativa les probabilitats de presentar ideació suïcida (OR: 4.7; IC: 4.2-5.2), planificació suïcida (OR: 4.9; IC: 4.9-6.9) i intent de suïcidi (OR: 5.9; IC:5.0-7.1) (Nock i cols., 2008).

No obstant això, la relació entre el fenomen suïcida i els trastorns depressius és complexa. Algunes de aquestes conductes formen part de la simptomatologia pròpia de la depressió i són altament prevalents en aquests trastorns, però a més a més, la depressió augmenta el risc de conducta suïcida (Chang i cols., 2011; Kessler i cols., 2005). En aquesta línia, hi ha estudis que evidencien que en mostres de pacients amb depressió, el risc de suïcidi consumat arriba a ser 20 vegades més gran que en la població general (Hoyer, Mortensen i Olesen, 2000; Osby i cols., 2001). En altres estudis s'ha informat que la mortalitat per suïcidi en els pacients amb depressió va del 2.2 al 8.6% (Boardman i Healy, 2001; Bostwick i Pankratz, 2000; Bradvik i cols., 2008; Walsh i cols., 2015) i que la majoria de suïcidis consumats per persones amb diagnòstic de depressió es van realitzar en el primer intent (Isometsä i cols., 1994; Walsh i cols., 2015).

En referència als intents i la ideació suïcida, s'ha vist que la proporció de pacients amb diagnòstic de depressió que han realitzat al menys un intent al que llarg de la vida després del primer episodi depressiu és propera al 40% (Bachmann, 2018; Malone i cols., 1996). Mentre que la ideació es presenta entre el 40 i el 70% dels pacients amb aquest diagnòstic (Asnis i cols., 1993; Bachmann, 2018; Bronisch i cols., 1994).

Diversos investigadors han informat diferents factors de risc pel desenvolupament de conductes d'aquest tipus. Entre els riscos informats, l'antecedent d'un intent previ i la ideació suïcida sobresurten com els predictors més potents per a la realització d'un intent suïcida o d'un suïcidi consumat (Bachmann, 2018).

Pel que fa als factors de risc o predictors de la ideació suïcida s'han identificat com a factors destacats el dolor físic, el deteriorament funcional percebut, l'atur, la comorbiditat amb una malaltia física, la manca de suport social percebut i el sexe masculí (Bachmann, 2018; Goodwin i cols., 2003; Pan i cols., 2012; Schulberg i cols., 2005; Unützer i cols., 2006). Entre els estudis que han estudiat la relació entre els trastorns depressius i la ideació suïcida, s'han identificat estressors socials i esdeveniment vitals estressants com a factors de risc (Baeck i cols., 2018; Halladay i col., 2020; Monroe i cols., 2001).

Així doncs, tot i que la ideació suïcida es pot desenvolupar en el context d'un trastorn psiquiàtric o com a part d'un procés dependent de la situació personal (Bachmann, 2018; Kim i cols., 2003), alguns dels factors de risc i protectors vinculats al comportament suïcida estan relacionats amb l'estructura de personalitat de l'individu. Durant les darreres tres dècades, ha augmentat l'interès per l'estudi de la contribució d'alguns trets de personalitat al fenomen del suïcidi. Els comportaments suïcides es poden entendre com el resultat d'interaccions recíproques entre cognicions, afecte i comportament posterior, amb la influència d'un factor precipitant ambiental/intern (Esposito i cols., 2003; Harmer i cols., 2021). Els trets de personalitat es contempen com característiques disposicionals

que motiven la conducta de les persones, i per tant s'inclouria el comportament suïcida (Krueger i cols., 2000; Paris, 2004; McCrae i Costa, 1997).

Entre els factors de risc d'ideació vinculats a la personalitat descaquen els trets de *neuroticisme, introversió, ansietat, agressivitat, impulsivitat, suspicàcia, desesperança, autocrítica, perfeccionisme, culpabilitat, ressentiment i irritabilitat* (Beevers i Miller, 2004; Donaldson i cols., 2000; Enns i cols., 2003; Fergusson i cols., 2000; Su i cols., 2018). Entre els factors de protecció hi ha la *resiliència, la resistència, i l'estabilitat de l'autoestima* (De Man i cols., 2004; Duberstein i cols., 2000; Haller i Miles, 2003; Harmer i cols., 2021; Krueger i cols., 2000). Aquests resultats també són recolzats per les evidències aportades per una important revisió sistemàtica realitzada per Brezo i cols. (2006). En aquest treball es va estudiar l'evidència empírica sobre el paper dels trets de personalitat en les conductes suïcides. Els trets que van demostrar ser més útils per predir la conducta suïcida són *l'agressivitat, l'ansietat, el neuroticisme, l'extraversió, la impulsivitat, la hostilitat i el psicoticisme*, especialment en dones (Mandelli i cols., 2015).

Si ens focalitzem en mostres clíniques de persones adultes amb trastorn depressiu, el *neuroticisme* s'ha associat positivament a la ideació suïcida (Duberstein i cols., 2000; Heisel i cols., 2006; Na i cols., 2020; Useda i cols., 2004). Per altra banda, el *neuroticisme* pot ser un fort predictor de la ideació suïcida, independentment de la presència de depressió major (Fanous i cols., 2004; Na i cols., 2020; Ruchkin i cols., 2003; Staham i cols., 1998). A més, el *neuroticisme* durant l'adolescència, segons un altre estudi prospectiu, pot ser un predictor útil del fenomen suïcida en l'etapa adulta (Fergusson i cols., 2003; Fergusson i cols., 2000; Harmer i cols., 2021) i taxes de readmissió psiquiàtrica (Enns i cols., 2003; Harmer i cols., 2021).

*L'extraversió* s'ha associat negativament amb els antecedents d'intents de suïcidi i, a més, s'ha vist que pacients adults amb diagnòstic de trastorn depressiu sense antecedents d'intent de suïcidi presentaven una *extraversió* més alta respecte aquells pacients adults

amb sense antecedents (Duberstein i cols., 2000; Na i cols., 2020). En aquest mateix sentit, en una mostra de pacients adults diagnosticats de trastorn depressiu i hospitalitzats es va provar que *l'extraversió* correlacionava negativament amb la ideació suïcida i els antecedents d'intent de suïcidi (Useda i cols., 2004). No obstant això, *l'extraversió* no va ser útil per discriminar entre adults deprimits amb i sense ideació suïcida (Heisel i cols., 2006) o adults que havien intentat suïcidar-se i aquells que es van suïcidar (Tsoh i cols., 2005; Useda i cols., 2007).

De manera similar, el *psicoticisme* es correlaciona positivament amb la ideació suïcida i amb la temptativa de suïcidi (Farmer i cols., 2001; Guo i cols., 2020; Lolas i cols., 1991; Kumar i Pradhan, 2003).

S'han informat de diferències basades en el gènere en molts dels trets de personalitat estudiats en relació al comportament suïcida, inclosos els estils cognitius, la *impulsivitat*, la por, el *neurotisme* i *l'ansietat* (Bachmann i cols., 2018; Costa i cols., 2001; Cote i cols., 2002; McCrae i cols., 1997; Widiger i Anderson, 2003). Les diferències sexuals en la psicopatologia externalitzant i internalitzant també semblen estar associades amb els intents de suïcidi (Harmer i cols., 2021; Verona i cols., 2004). És més probable que les noies mostrin símptomes internalitzants com depressió i ansietat, mentre que els nois poden tenir més probabilitats de mostrar característiques externalitzants com la ira, l'agressivitat i agitació (Wunderlich i Bronisch, 2001; Fergusson cols., 2003; Edwards, 2001). No obstant això, en un mostra de població adulta representativa, les dones que van realitzar un suïcidi consumat van mostrar conductes més violentes que els homes (Bachmann i cols., 2018; Conner i cols., 2001).

Per la vulnerabilitat que experimenten les dones en el període perinatal, resulta interessant estudiar el fenomen suïcida en aquest moment del cicle vital de la dona. Tot i que la prevalença de suïcidi consumat i d'intents de suïcidi és menor durant el període perinatal que en la població general (Healey i cols., 2013), la prevalença d'ideació suïcida

oscil·la entre el 5 i el 14% (Copersino i cols., 2008; Lindhal i cols., 2005; Newport i cols., 2007) i, de vegades, pot resultar en un intent de suïcidi consumat (Möller, 2003; Lindhal i cols., 2005). De fet, el fenomen del suïcidi perinatal, que comprèn suïcidis consumats, intents de suïcidi, ideació suïcida i pensaments d'autolesió, es considera una de les principals causes de mortalitat materna durant els primers 12 mesos postpart en països desenvolupats (Fuhr i cols., 2014; Lindhal i cols., 2005; Palladino i cols., 2011; Takegata i cols., 2019; Thornton i cols., 2013). A més, s'ha documentat que les dones que van informar d'ideació suïcida i pensaments d'autolesió durant l'embaràs o durant el postpart van tenir més probabilitats de desenvolupar depressió postpart (Do i cols., 2013; Gelaye i cols., 2016; Turkcapar i cols., 2015).

Hi ha un important consens en el fet de relacionar la ideació suïcida i la depressió i l'ansietat comorbida en les dones embarassades (Gelaye i cols., 2016; Howard i cols., 2011; Siegel i Brandon, 2014; Tabb i cols., 2013). Tanmateix, Onah i cols. (2017) van trobar que més de la meitat del les dones que van reportar ideació suïcida no complien criteris diagnòstics pel trastorn depressiu i/o trastorn d'ansietat. Aquests resultats coincideixen amb els de Mann i cols. (1999) i Oquendo i cols. (2008) i suggereixen que la ideació i el comportament suïcida haurien de ser estudiats independentment dels trastorns mentals per evitar la no detecció. L'estudi dels factors de risc intenten avançar en aquest sentit.

En un estudi de Takegata i cols. (2019) es va estudiar el perfil de personalitat de dones amb ideació suïcida durant el període perinatal utilitzant el TCI. Van constatar que la baixa *autodirecció* i la baixa *cooperació*, l'alta simptomatologia ansiosa i la simptomatologia depressiva estaven relacionades amb la ideació suïcida, fet que suggereix que els trets de personalitat que indiquen immaduresa poden funcionar com un factor predisposant que media entre l'ansietat, la depressió i la ideació autolítica.

En resum, podem concloure que la DPP és un trastorn amb una alta prevalença que té un impacte significatiu negatiu sobre la mare, la seva descendència i els altres membres de

la família. A més dels efectes adversos sobre la mare, la DPP també pot tenir conseqüències a llarg termini sobre el desenvolupament cognitiu i emocional dels nens i les nenes. Tot i que aquesta malaltia és la complicació postpart més freqüent amb un risc substancial de morbiditat i mortalitat, roman infradiagnosticada i poc abordada a nivell clínic. Per tant, resulta important seguir avançant en l'estudi dels factors de risc per la DPP. Per tant, la identificació de certs trets de personalitat i algunes variables psicosocials poden ser una potent eina per poder seguir més d'aprop aquelles mares que tenen un risc més gran de deprimir-se i amb major risc de suïcidi.



### 3. PROJECTE DE RECERCA

### **3.1. Objectius**

#### **3.1.1. Objectiu general**

1. Estudiar la relació entre la depressió, variables de personalitat, factors psicosocials i la ideació suïcida en dones puèrperes de la població general i dones amb depressió postpart.

#### **3.1.2. Objectius específics**

##### **Estudi 1**

1. Realitzar una revisió sistemàtica sobre els trets de personalitat que incrementen el risc de patir depressió postpart.

##### **Estudi 2**

1. Estudiar el perfil de temperament i caràcter en dones diagnosticades de depressió postpart.
2. Analitzar la relació entre les característiques de temperament i caràcter i diferents variables clíniques com la presència d'ideació suïcida, la intensitat de la simptomatologia ansiosa i depressiva, comorbiditat, tipus d'episodi en un grup de dones diagnosticades de depressió postpart.

##### **Estudi 3**

1. Descriure la prevalença de la ideació suïcida durant les 32 setmanes posteriors al part en dones puèrperes de la població general.
2. Estudiar el paper de la personalitat i altres factors psicosocials, avaluats en el postpart immediat, com a factors predictors de l'aparició d'ideació suïcida, així com la relació d'aquesta amb la depressió (síntomes depressius i/o diagnòstic clínic) durant les 32 setmanes posteriors al part.

## 3.2. Hipòtesis

### Estudi 1

1. S'espera que determinats trets de personalitat es puguin considerar factors de risc per desenvolupar depressió postpart.
2. S'espera que el neuroticisme sigui un factor de risc destacat.

### Estudi 2

1. Les dones amb depressió postpart tindran un perfil de personalitat avaluat amb el Temperament and Character Inventory (TCI) caracteritzada per una elevada *evitació del dany*.
2. Algunes dimensions de temperament (*evitació del dany* i *dependència a la recompensa*) i caràcter (*autotrascendència*) es relacionaran amb determinades variables clíniques com ara: la presència d'ideació suïcida, la intensitat de simptomatologia ansiosa i depressiva i la presència de comorbiditat psiquiàtrica.

### Estudi 3

1. La prevalença de la ideació suïcida en el postpart de dones de la població general s'espera que es situi entre el 1 i el 9%.
2. Un elevat *neuroticisme*, un elevat *psicoticisme* i una baixa *extraversió*, avaluats en el postpart immediat, seran factors predictors de l'aparició d'ideació suïcida durant les 32 setmanes posteriors al part.
3. Altres factors com baix *suport familiar*, manca de *planificació de l'embaràs*, baix *nivell socioeconòmic* i presència de *síntomes depressius avaluats en el postpart immediat*, seran factors predictors de l'aparició d'ideació suïcida durant les 32 setmanes posteriors al part.

**Trets de personalitat com a factor de risc per a la depressió postpart: revisió sistemàtica i metaanàlisi**

### 3.3.1 Resum Estudi 1

La hipòtesi que la depressió està relacionada amb la personalitat es pot remuntar a l'antiguitat, quan Hipòcrates i, més tard, Galè, van argumentar que determinats "humors" eren responsables de certs tipus de personalitat i certes formes de psicopatologia.

La comprensió de la relació entre la personalitat i la depressió pot comportar diverses implicacions potencialment importants per a la recerca i la pràctica clínica. En primer lloc, certs trets de personalitat que estan associats a l'experiència emocional, a l'expressió i a la regulació, poden ser el fenotip intermedi que proporcioni dianes genètiques i d'investigació neurobiològica més accessibles que els diagnòstics depressius (Canli, 2008). En segon lloc, la personalitat pot ser útil per identificar subgrups de trastorns depressius més homogenis que difereixen en trajectòries de desenvolupament i influències etiològiques (Beck, 1983). Tercer, traçar els camins entre la personalitat i els trastorns depressius pot ajudar a dilucidar més els processos implicats en el desenvolupament de trastorns de l'estat d'ànim (Compas i cols., 2004; Lahey, 2009). En quart lloc, la personalitat pot ser útil per adaptar el tractament (Zinbarg i cols., 2008) i predir la resposta al tractament (Quilty i cols., 2008). Cinquè, el temperament i la personalitat poden suposar una via per identificar les persones en risc que podrien beneficiar-se dels esforços de prevenció i intervenció precoç (Kovacs i Lopez-Duran, 2010).

També cal destacar, que hi ha una comorbiditat important entre els trastorns depressius i altres trastorns psicopatològics. Alguns trets de personalitat, com el neurotisme, s'associen a múltiples malalties psiquiàtriques. Per tant, la personalitat podria ajudar a explicar els patrons de comorbiditat i a destacar sistemes de classificació etiològicament més rellevants (Brown i Barlow, 2009; Kotov i cols., 2007; Watson, 2009).

Tal i com s'ha comentat anteriorment, certs trets de personalitat augmenten la vulnerabilitat a la depressió, però l'evidència que relaciona la personalitat i la depressió postpart (PPD) és menys robusta. L'impacte de les experiències perinatales pot ser diferent segons els trets de personalitat, l'estil cognitiu, les estratègies d'afrontament i el recolzament social disponible de les mares. Diversos estudis suggereixen que determinats trets de personalitat s'associen amb l'aparició, el curs i el pronòstic de la depressió postpart. Tanmateix, no està clar, fins ara, si hi ha una associació específica entre determinats factors de personalitat i determinats trastorns mentals en el postpart, en comparació amb trastorns mentals que es produeixen en altres períodes de la vida. Només uns quants estudis han examinat aquesta qüestió i no han trobat suport per a l'especificitat (Jones i cols., 2010; Josefsson i cols., 2007). Una de les limitacions que acostumen a tenir els estudis que analitzen la relació entre la personalitat i la psicopatologia és que els resultats sovint estan contaminats pel fet que ambdós esdeveniments s'estudien simultàniament.

Aquesta revisió sistemàtica té per objectiu identificar trets de personalitat que augmenten el risc de DPP. Per assolir l'objectiu d'aquest estudi hem revisat sistemàticament els estudis recuperats de PubMed / Medline, PsycINFO, Scopus, CINAHL i Cochrane, seguint les indicacions PRISMA per a l'extracció de dades. Finalment, es va dur a terme una metaanàlisi sobre l'associació entre neurotisme i DPP.

En aquest estudi es van analitzar un total de 34 estudis. D'aquests, 31 van considerar com a mínim un tret de personalitat com a factor de risc per a la DPP. Contràriament, es van trobar 10 estudis que van considerar que almenys un tret de personalitat no es podia considerar factor de risc per a la DPP. Un dels trets més estudiats i amb més evidències per parlar de factor de risc per la DPP ha estat el neuroticisme. En aquest sentit, es va decidir realitzar una metaanàlisi per valorar l'efecte global d'aquest tret de personalitat sobre la DPP. La metaanàlisi va incloure 13 estudis, que van concloure que el neuroticisme s'hauria de considerar un factor de risc per a la DPP (OR: 1,23; IC del 95%: 1,15-1,31;  $p < 0,001$ ).

Aquest estudi presenta un seguit de limitacions que cal tenir en compte a l'hora d'interpretar els resultats. El disseny de l'estudi de cada un dels articles inclosos i l'enfocament de l'avaluació de la personalitat i la DPP influeixen en els resultats. Els estudis longitudinals prospectius de dones sense antecedents personals de trastorn de l'estat d'ànim proporcionarien evidències més fortes sobre si determinats trets de personalitat prediuen la DPP.

Finalment, com a conclusions es pot destacar que el neurotisme és el tret de personalitat més estudiat en relació a la DPP. El metaanàlisi realitzat en el nostre estudi va trobar que aquest tret està fortament relacionat amb la DPP. Però el neuroticisme no és l'únic tret que apunta ser un factor de risc, sinó que l'estil de personalitat vulnerable proposat per Boyce i l'ansietat tret també s'associen a un major risc de patir DPP.

Aquestes dades tenen rellevància de cara a la pràctica clínica. La detecció d'aquests trets pot ajudar a identificar les dones de risc per la DPP, a millorar la prevenció, la detecció precoç i possiblement el tractament, millorant la qualitat de vida de les dones afectades i de la seva descendència.

### 3.3.1 Introducció

Podem dir que l'embaràs i el part són esdeveniments vitals de gran importància en el desenvolupament dels nuclis familiars, però en ocasions poden suposar una etapa de gran estrès i desequilibri emocional. Tot i que el període perinatal es percep principalment com un moment d'alegria, també planteja importants reptes físics, biològics i emocionals per la dona (Howard i cols., 2014a, Howard i cols., 2014b). El període de l'embaràs i el postpart és una de les etapes de la vida d'una dona on s'exposa a molts canvis físics i psicològics, i s'associa amb una major fragilitat de la seva salut mental. Per tant, es pot afirmar que l'embaràs no és un estat protector per la salut mental de la dona. En aquest sentit, les dones són especialment vulnerables a patir trastorns psiquiàtrics durant l'embaràs i en el postpart, i els trastorns de l'estat d'ànim són els trastorns psiquiàtrics materns més freqüents després del part (Stocky i Lynch, 2000). Els trastorns perinatals sovint es classifiquen en tres categories, per ordre de gravetat creixent: postpartum blues, depressió postpart i psicosi postpart (O'Hara, 1986; Brockington, 2004). La depressió postpart (DPP) es defineix generalment com un episodi de trastorn depressiu major (tot i que de vegades s'inclou una depressió menor) que es produeix en el període postpart (O'Hara i McCabe, 2013). Les estimacions de prevalença per a la DPP són dispars entre els estudis, a conseqüència dels diferents criteris diagnòstics utilitzats, del període temporal considerat i de les poblacions d'estudi. Es calcula que entre un 10% i un 20% de les dones desenvolupen depressió al cap d'un any del part i els símptomes depressius persisteixen més enllà del primer any en un 25% d'aquestes (Falana i Carrington, 2019). Així doncs, l'estudi sobre el curs evolutiu del trastorn ha portat a un plantejament més ampli, considerant la depressió perinatal com un quadre depressiu que abarca des de l'embaràs fins a un any després del part (Gavin i cols., 2005, Van Niel i Payne, 2020).

El model de vulnerabilitat-estrès explica com diferents factors poden afectar la susceptibilitat a trastorns psicopatològics; els factors predisponents es conceptualitzen com a factors de risc o de protecció, segons si augmenten o disminueixen la probabilitat que un estressor condueixi a la psicopatologia (Grant i McMahon, 2008; Ingram i Luxton, 2005).

En l'actualitat sabem que la DPP es produeix per la confluència i la interacció d'un conjunt de factors biològics/genètics, psicològics i socials. Fins fa poc, es creia que el PPD es devia principalment a canvis biològics que tenen lloc després del part; no obstant això, ara es reconeix àmpliament el paper predominant dels factors psicosocials en l'augment del risc de desenvolupar DPP. Els factors de risc de la DPP es poden dividir en tres categories principals: trets psicosocials, clínics i de personalitat o temperamentals (Ambrosini i cols., 2011). Els principals factors de risc identificats en les revisions sistemàtiques són la classe socioeconòmica més baixa, l'estrès vital durant l'embaràs, complicacions obstètriques, problemes de relació de parella, manca de suport social i la antecedents personals psiquiàtrics (O'Hara i Swain, 1996; Robertson et al, 2004). Si ens fixem en estudis més recents, trobem una revisió sistemàtica amb metaanàlisi resalitzada a partir de diferents revisions sistemàtiques realitzades fins a 2019 (Zhao i Zhang, 2020). En aquest estudi s'han identificat diferents factors de risc per a la DPP com ara: violència i abús, ser immigrant, diabetis gestacional, cesària, antecedents de depressió, deficiència de vitamina D, obesitat i sobrepès, trastorn del son en el postpart, manca de suport social, certs patrons dietètics tradicional (japonès, indú i brasiler), parts múltiples, prematuritat, anèmia postpart i l'experiència del part negativa.

Per altra banda, la personalitat és un dels principals factors associats a la depressió en la població general (Akiskal et al. 1983; Hirschfeld et al. 1983; Jylhä i Isometsä 2006) i diversos d'aquests han estat proposats com a factors de risc per a DPP, inclosa la *dependència* (Hirschfeld et al, 1983; Birtchnell, 1984), el *neurotisme* (Coppin & Metcalfe,



1965, Duberstein i cols. 2008, Lamers i cols. 2012), l'*obsessivitat* (Allsopp & Williams, 1991), el *perfeccionisme* (Kawamura, 2001; Wei i cols., 2014) i la *sensibilitat interpersonal* (Boyce, 1996). El vincle entre trets de personalitat i vulnerabilitat a la depressió està ben establert (Mulder, 2002), però les investigacions que relacionen personalitat i DPP són menys robustes. Hi ha diferents aspectes que poden ajudar a explicar les diferències obtingudes entre els diferents estudis. En aquest sentit, per tal d'identificar quin són els trets de personalitat que augmenten la vulnerabilitat a la DPP, en primer lloc els investigadors han de decidir quin tret o trets de personalitat cal examinar, en segon lloc, quin instrument utilitzar per avaluar la vulnerabilitat i per últim, decidir el moment d'avaluació d'aquests trets de personalitat (Boyce i cols., 2001).

Així doncs, l'estudi de la personalitat pot ser útil per adaptar el tractament (Zinbarg i cols., 2008) i predir la resposta al tractament (Quilty i cols., 2008) de les dones diagnosticades de DPP. I per altra banda, el temperament i la personalitat poden suposar una via per identificar les dones de risc que podrien beneficiar-se dels esforços de prevenció i intervenció precoç (Kovacs i Lopez-Duran, 2010).

L'objectiu d'aquesta revisió sistemàtica era sintetitzar els descobriments publicats que exploren quins trets de personalitat augmenten el risc per la DPP. Aquesta és la línia de treball pot ajudar en els processos de presa de decisió de la pràctica clínica, doncs conèixer els trets de personalitat que han demostrat ser factors de risc per la DPP, ajudarà a millorar la detecció i el disseny d'intervencions eficaces.

### 3.3.2 Mètode

#### Transparència

Els criteris d'inclusió i els mètodes d'anàlisi s'han especificat per endavant i el protocol s'ha registrat a PROSPERO (número de protocol: CRD42020157523). Per dur a terme aquesta revisió sistemàtica, vam seguir les directrius de PRISMA (Liberati i cols., 2009).

#### Fonts i estratègia de cerca

Per identificar articles rellevants, vam buscar a les bases de dades de PubMed / Medline, PsycINFO, Scopus, CINAHL i Cochrane per a articles publicats entre 1990 i desembre de 2020 sobre els termes "depressió postpart", "depressió postnatal", "personalitat", "trets de personalitat" , i "dones" amb connectors booleans (AND, NOT, OR). Hem utilitzat diferents estratègies per fer cerques a cada base de dades; estarem encantats d'oferir l'estratègia de cerca completa de cada base de dades a petició. Com a exemple, l'algorisme de cerca de Medline era ("depressió, postpart" [Termes MeSH] O "depressió postpart" O "depressió postnatal") I ("personalitat" [Termes MeSH] O "personalitat"). La cerca es va completar el desembre del 2020; es va tornar a executar just abans de les anàlisis finals i es van recuperar els estudis no identificats en cerques anteriors per a la seva inclusió.

A la *taula 5* es presenten les estratègies de cerca utilitzades en cada una de les bases de dades en el present estudi.

**Taula 5.** Estratègies de cerca segons la base de dades

<b>PUBMED</b>
("depression, postpartum"[MeSH Terms] OR ("depression"[Title/Abstract] AND "postpartum"[Title/Abstract]) OR "postpartum depression"[Title/Abstract] OR ("depression"[All Fields] AND "postpartum"[Title/Abstract]) OR "depression postpartum"[Title/Abstract]) AND ("personality"[MeSH Terms] OR "personality"[Title/Abstract] AND ("women"[MeSH Terms] OR "women"[All Fields]))
("depression, postpartum"[MeSH Terms] OR "postpartum depression" OR "postnatal depression") AND ("personality"[MeSH Terms] OR "personality")
<b>PSYCINFO</b>
((DE "Postpartum Depression") AND (DE "Personality" OR DE "Personality Traits"))
(postpartum OR postnatal) AND depression AND personality.
<b>COCHRANE</b>
(Depression AND postpartum AND Personality):ti,ab,kw
Depression AND (Postpartum OR Postnatal) AND Personality
<b>SCOPUS</b>
(postpartum OR postnatal) AND depression AND personality
<b>CINHAL</b>
AB "postpartum depression" AND AB personality OR AB "personality traits" AND AB women
Postnatal AND personality AND depression
Postpartum AND personality AND depression

### **Criteris per a la selecció d'estudis**

Per tal de seleccionar els articles que han format part de la mostra d'aquest estudi, es van seguir uns criteris d'inclusió i exclusió.

Els *criteris d'inclusió* que s'han utilitzat han estat els següents:

1. Que en l'article s'examinés quantitativament la relació entre la DPP i almenys un tret de personalitat.
2. Que l'avaluació dels trets de personalitat i del diagnòstic/simptomatologia depressiva es realitzés mitjançant instruments i mesures estàndard amb propietats psicomètriques publicades.
3. Que els dissenys dels estudis fossin transversals, de cohorts o de cas i control.
4. Que l'anàlisi estadístic de l'article inclogués anàlisis multivariants.
5. Que l'article estigués publicat en el període comprès entre gener de 1990 i desembre de 2020.
6. Que l'article estigués disponible en llengua anglesa.

Per altra banda, els *criteris d'exclusió* utilitzats han estat els següents:

1. Els articles que tenen per objecte d'estudi els trastorns de personalitat
2. Els estudis dels que no es disposava d'informació suficient per determinar si aquest complia els criteris d'inclusió, després de contactar amb l'autor/a i no obtenir resposta.
3. Els resums de conferències o abstracts
4. Els estudis que no van informar de la mida de l'efecte (OR).

### Selecció d'estudis

A continuació es descriu el procediment seguit per la selecció dels articles de la mostra del present estudi. S'ha utilitzat un software especialitzat en revisions sistemàtiques (Covidence; Melbourne, Austràlia) (Babineau, 2014) per treballar amb les referències seleccionades a partir de les cerques anteriorment presentades i eliminar automàticament els estudis duplicats.

Dues investigadores (MP i EG) van examinar la coherència de les estratègies de cerca i l'adequació d'estudis a partir dels criteris d'inclusió i exclusió, a partir de la lectura dels títols i els abstracts dels articles. A partir d'aquí, es van descarregar i llegir els textos complets de tots els articles que es consideraven rellevants. L'objectiu era determinar si complien els criteris d'inclusió i eliminar aquells estudis duplicats que es van escapar del cribratge automatitzat.

### Procés de recollida de dades i elements de dades

Per tal de poder fer un buidatge de la informació rellevant de l'estudi, es va dissenyar un full de càlcul Excel per part de les investigadores (*veure taula 6*). Es van revisar els estudis que complien tots els criteris d'inclusió, extraient l'any de publicació, mida de la mostra, característiques de la població, procediment, anàlisis estadístiques i troballes principals de cada article. Les discrepàncies en l'extracció de dades es van resoldre mitjançant la discussió.

**Taula 6.** Mostra de la base de dades utilitzada

Autor	Any	País	Títol	Disseny estudi	Tamany mostra	Objectiu estudi	Instruments avaluació Depressió/simptomatol.	Moment aval. depre.	Instrument aval perso	Moment aval perso	Tret perso	Anàlisi estadístics/resultats	Observacions
-------	-----	------	-------	----------------	---------------	-----------------	--	---------------------	-----------------------	-------------------	------------	-------------------------------	--------------

## **Avaluació de la qualitat de l'estudi i del risc de biaix**

Es va utilitzar l'escala d'avaluació de la qualitat anomenada Newcastle-Ottawa (NOS) per avaluar la qualitat metodològica dels estudis sobre la base de tres aspectes: selecció de grups d'estudi, comparabilitat dels grups d'estudi i constatació de l'exposició d'interès en estudis de casos i control interès pels estudis de cohorts (Wells, 2015).

En aquest estudi, hem utilitzat la NOS per codificar el risc de biaix en els resultats de cada un dels estudis en una escala de 10 punts (0-9), on les puntuacions s'interpreten segons el següent barem:

- Les puntuacions entre 0-5 indiquen un risc elevat de biaix
- Les puntuacions entre 6-9 indiquen un risc baix de biaix.

En aquest cas, es van excloure els estudis amb puntuacions inferiors a 5 pel risc de biaix que representaven (Adejuwon i cols., 2018; Denis & Luminet, 2016; Dudley i cols., 2001; Gourounti, 2015 i Vliegen i cols., 2006). La *taula 7* informa del nivell de qualitat de cada estudi inclòs en aquesta revisió sistemàtica.

## **Anàlisi de dades**

En aquest estudi, s'ha realitzat un anàlisi dels continguts dels articles des de dues perspectives.

En primer lloc, hem analitzat *qualitativament* els estudis inclosos a la revisió per determinar si hi havia prou dades disponibles per permetre una metaanàlisi sobre la magnitud de l'efecte entre qualsevol tret de personalitat i la DPP. Es va trobar que hi havia prou dades disponibles en relació al neuroticisme. En segon lloc, es va realitzar una *metaanàlisi* utilitzant un model d'efectes aleatoris per calcular la magnitud de l'efecte mitjà i el seu interval de confiança del 95%. En aquesta anàlisi es van incloure 13 estudis

que avaluaven el neuroticisme com a factor de risc per desenvolupar la DPP. És important destacar que alguns d'aquests 13 estudis informen de diverses probabilitats d'ocurrència (OR) perquè van avaluar la DPP en més d'un moment (mesures repetides). Per tant, en total es va disposar de 19 OR.

Per altra banda, cal destacar que els diferents estudis han analitzat el neuroticisme des de dues vessants, la categòrica i la contínua. Per tant, hem explorat la magnitud de l'efecte mitjà en subanàlisis separats tenint en compte si els estudis van analitzar el neuroticisme com a variables contínues o categòriques.

També s'ha estimat l'heterogeneïtat entre estudis a partir de la prova de DerSimonian i Laird, obtenint l'estadístic  $I^2$  i el seu valor  $p$ . Aquests resultats es van representar en un forest plot.

Per explorar quines característiques dels estudis van ser responsables de l'heterogeneïtat, vam realitzar una metaanàlisi estratificada a partir de diferents característiques (país, disseny de l'estudi, moment d'avaluació de la personalitat, moment d'avaluació de la depressió/simptomatologia depressiva, punt de tall de l'EPDS, aproximació diagnòstica de la DPP).

En aquest estudi també s'ha analitzat el biaix de publicació, a partir del test d'Egger i s'han representat els resultats en un gràfic *Funnel Plot*, en el que es representen les 19 magnituds de l'efecte (OR) contra els seus errors estàndard.

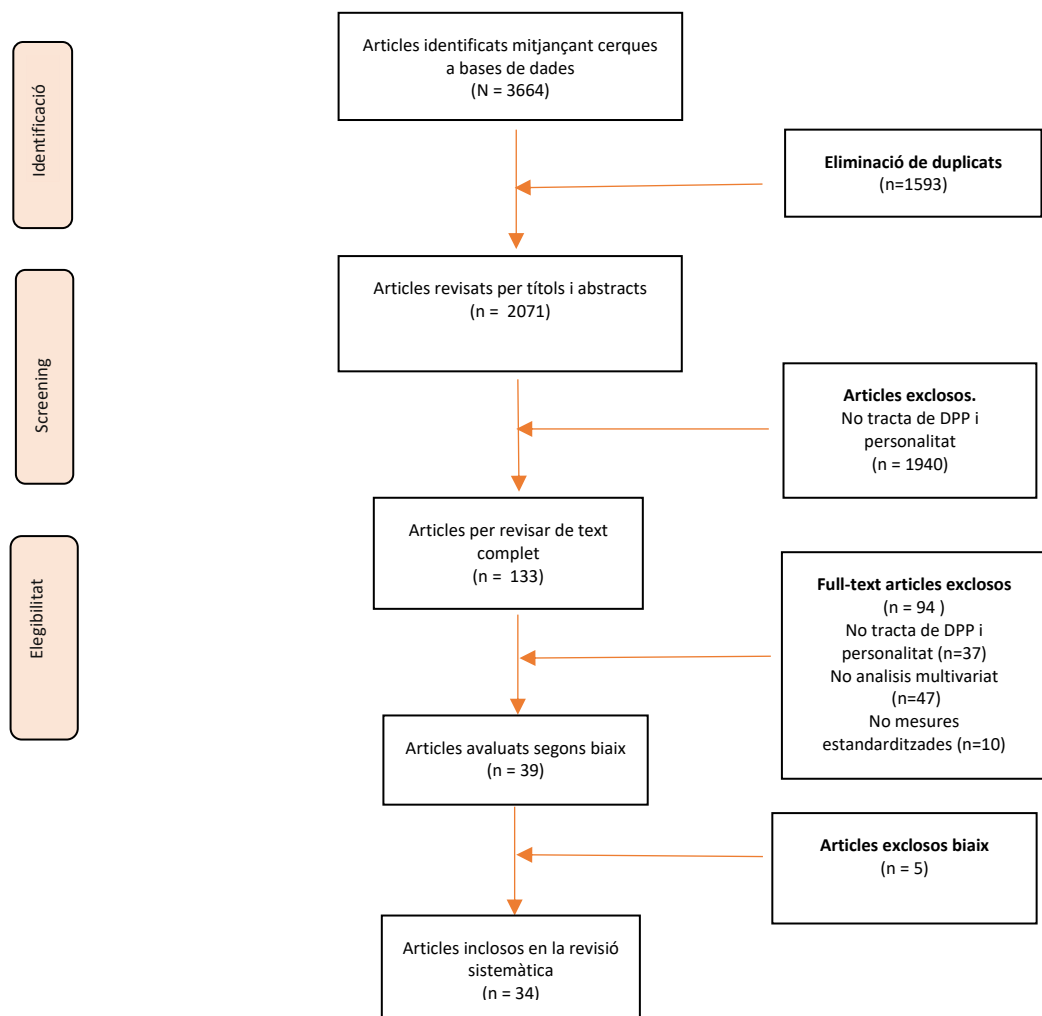
Per últim, hem realitzat una *anàlisi de sensibilitat*, repetint la metaanàlisi tantes vegades com estudis individuals, excloent-ne un.

Per tal de dur a terme totes aquestes anàlisis, s'ha utilitzat el programa estadístic Stata en la seva versió 16.1.

### 3.3.3 Resultats

El diagrama de flux PRISMA de la *figura 1* resumeix el procés de selecció dels articles de l'estudi. De les estratègies de cerca a les bases de dades nombrades anteriorment es va obtenir un total de 3664 articles. Després d'excloure els duplicats, es van examinar els títols i els abstracts de 2071 articles i van quedar 133 per examinar a partir de la lectura del text complet. D'aquests, se'n van excloure 99 i per tant, la mostra final va consistir en 34 estudis.

**Figura 1.** Diagrama de flux per a la selecció de l'estudi





### **Característiques dels estudis inclosos a la revisió**

A la *taula 7* es presenten les principals característiques dels estudis inclosos en aquesta revisió sistemàtica. Aquests es van dur a terme a 15 països diferents d'Europa, Amèrica del Nord, Àsia i Oceania, i la majoria van ser realitzats a Europa (n = 10).

El disseny d'estudi més comú van ser els estudis de cohorts (n= 24), seguits d'estudis transversals (n= 7) i estudis de casos i controls (n=3). S'ha pogut constatar molta disparitat pel que fa a la mostra, oscil·lant entre 73 i 4567 dones. La majoria dels estudis van reclutar dones en hospitals i clíniques de maternitat.

Tots els estudis inclosos en aquest treball van utilitzar eines de detecció o screening per detectar la DPP, principalment l'Escala de Depressió Postnatal d'Edimburg (EPDS) (Cox i cols., 1987), utilitzada en 27 estudis. Només 8 estudis també van utilitzar entrevistes clíniques per confirmar el diagnòstic de DPP segons criteris ICD-10 o DSM-IV.

Un altre aspecte en el que hi ha molta variabilitat entre els diferents estudis, són els moments temporals en què es va avaluar la DPP (embaràs, postpart immediat, 4 setmanes del postpart, etc..). També hi ha estudis que van avaluar només una vegada la DPP, però la majoria dels estudis (n = 22) van avaluar-la més d'una vegada.

Pel que fa als instruments utilitzats per avaluar la personalitat, el més utilitzat va ser Neo Five Factor Inventory (NEO-FFI) (Costa i Mc Crae, 1999) (n = 9). La majoria d'estudis van avaluar la personalitat només una vegada al llarg de l'estudi (n = 30), generalment entre el segon i el tercer trimestre de l'embaràs. No obstant això, els moments temporals en què es va avaluar la personalitat també van variar àmpliament. Per últim, destaca que els estudis van analitzar diferents trets de personalitat, però els més estudiats han estat el neurotisme (n = 18) i l'extraversió (n = 10).

**Taula 7.** Principals característiques dels estudis inclosos en la revisió sistemàtica

Autor	Any	País	Disseny	N	Mesura/es Depressió	Moment avaluació Depressió	Mesur/es Personalitat	Moment avaluació Personalitat	Risc biaix (NOS)
Axfors i cols.	2017	Suècia	Cohort	1618	EPDS $\geq 12$	Embaràs, 6 setmanes i 6 mesos PP	SSP, STAI-trait	Embaràs	7
Besser i cols.	2007	Israel	Cohort	209	CES-D $\geq 16$	Embaràs i 8 setmanes PP	DEQ	Embaràs	7
Besser i Priel	2003	Israel	Cohort	146	CES-D	Embaràs i 8 setmanes PP	DEQ	Embaràs	7
Boyce i cols.	2001	Austràlia	Cohort	717	EPDS $> 12$ , SCID-I	2 dies PP i 6, 12, 18 i 24 setmanes PP	VPSQ	2 dies PP	7
Boyce i Hickey	2005	Austràlia	Cohort	425	EPDS $> 12$ , SCID-I	2 dies PP i 6,12, 18 i 24 setmanes PP	VPSQ	2 dies PP	7
Boyce i cols.	1991	Austràlia	Cohort	140	EPDS $\geq 13$ , BDI $\geq 11$	Embaràs, 1, 3, 6 month PP	EPI, IPSM	Embaràs	7
Chang i cols.	2014	Taiwan	Transversal	213	CES-D	PP	MPI	PP	8
De Venter i cols.	2015	Bèlgica	Cohort	187	EPDS $\geq 13$	12 i 24 setmanes PP	DS-14	Embaràs	7
Dennis i cols.	2004	Canadà	Cohort	594	EPDS $> 9$	1 setmana PP	VPSQ	1 setmana PP	7
Fisher i cols.	2002	Austràlia	Transversal	109	EPDS, POMS	PP	VPSQ	PP	7
Gelabert i cols.	2011	Espanya	Cohort	309	EPDS $\geq 10$ , DIGS	8 i 32 setmanes PP	VPSQ, EPQ-RS, FMPS, TCI	2-3 dies PP	7
Gelabert i cols.	2012	Espanya	Transversal	237	EPDS $\geq 10$ , SCID-I	PP	FMPS, EPQ-RS	PP	8
Gonidakis i cols.	2008	Grècia	Cohort	402	EPDS $\geq 12$ , BQ, MADRS	First setmana PP i 1, 3, 6 mesos PP	STAI-Trait, SSPS, MOCI, WI	1 dia PP	7
Grant i cols.	2008	Austràlia	Cohort	100	EPDS: Antenatal $\geq 13$ , PP $\geq 10$ , MINI $> 12$ , DSC	Embaràs i 32 setmanes PP	STAI-Trait	Embaràs i 32 setmanes PP	7
Hipwell i cols.	2004	Regne Unit	Cohort	94	EPDS $\geq 12.5$ , BDI $> 12$ , DSC	7-10 dies PP i T3: 2 mesos PP	EPQ	Embaràs	7
Iliadis i cols.	2015	Suècia	Cohort	137	EPDS: Antenatal $\geq 13$ , PP $\geq 12$ , DSRs	Embaràs i 6 setmanes i 6 mesos PP	SSP	Embaràs i 6 mesos PP	7
Imsiragic i cols.	2014	Croàcia	Cohort	262	EPDS $\geq 9$	3-5 dies i 6-9 setmanes PP	NEO-FFI	3-5 dies i 6-9 setmanes PP	7
Johnstone i cols.	2001	Austràlia	Cohort	490	EPDS $> 12$	8 setmanes PP	VPSQS, SCID-II	1 setmana PP	7

*(continua següent pàgina)*

**Taula 7**  
(continuació)

Autor	Any	País	Disseny	N	Mesura/es Depressió	Moment avaluació Depressió	Mesur/es Personalitat	Moment avaluació Personalitat	Risc biaix (NOS)
Maia i cols.	2012	Portugal	Cohort	386	BDI-II, DIGS	Embaràs i 3 mesos PP	MPS	Embaràs	7
Maliszewska i cols.	2017 (a)	Polònia	Transversal	387	EPDS >12 or item 10+, PHQ-9	4-8 setmanes PP	NEO-FFI	PP	8
Maliszewska i cols.	2016 (a)	Polònia	Transversal	101	EPDS ≥13	First setmana PP	NEO-FFI	Primera setmana PP	8
Maliszewska i cols.	2017 (b)	Polònia	Transversal	548	EPDS ≥13, PHQ-9	First setmana i 3 months PP	NEO-FFI	Primera setmana PP	8
Maliszewska i cols.	2016 (b)	Polònia	Transversal	546	EPDS ≥13, PHQ-9	First setmana PP	NEO-FFI	Primera setmana PP	8
Marín-Morales i cols.	2014	Espanya	Cohort	116	EPDS, SCL-90-R	Embaràs i four months PP	NEO-FFI	Embaràs	7
Martín-Santos i cols.	2012	Espanya	Cohort	1804	EPDS>9, DIGS	2-3 dies, 8 i 32 setmanes PP	EPQ-RS	2-3 dies PP	7
Masih i cols.	2007	Austràlia	Cohort	76	EPDS ≥13, BDI	Embaràs i 8 setmanes PP.	PSI-II	Embaràs -i 8 setmanes PP	7
Meltzer-Brody i cols.	2013	Països Baixos	Cohort	682	EPDS retrospectivament ≥12, CIDI	4 anys seguiment	NEO-FFI	Línia base	7
Phillips i cols.	2010	Austràlia	Transversal	157	EPDS, SCID-I	PP <12 mesos	VPSQS	PP <12 mesos	8
Priel i Besser	1999	Israel	Cohort	73	CES-D	Embaràs i 8 setmanes PP	DEQ	Embaràs	7
Saisto i cols.	2001	Finlàndia	Cohort	211	BDI-II	Embaràs primerenc i Embaràs tardà i 2-3 mesos PP	NEO-PI	Embaràs	7
Tian i cols.	2012	Xina	Cas-control	4567	EPDS, CIDI	PP	EPQ, NEO-FFI	PP	8
Van Bussel i cols.	2009	Bèlgica	Cohort	403	EPDS, HADS-R	Embaràs i 8-12 setmanes i 20-25 setmanes PP	NEO-FFI	Embaràs	7
Verkerk i cols.	2005	Països Baixos	Cohort	277	EPDS >11, RDC	Embaràs i 3, 6, i 12 mesos PP	DPQ	Embaràs	7
Vliegen i Luyten	2009	Bèlgica	Cas-control	92	BDI	PP	DEQ	PP	8

EPDS, Edinburgh Postnatal Depression Scale; BDI, Beck Depression Inventory; DIGS, Diagnostic Interview for Genetic Studies; PHQ-9, Patient Health Questionnaire-9; POMS, Profile of Mood States Questionnaire; BQ, Kennerley's Blues Questionnaire; MADRS, Montgomery Asberg Depression rating scale; MINI, Mini International Neuropsychiatric Interview; DSRS, Depression Self-Rating Scale; SCL-90-R, Symptom Checklist-90 Revised CIDI, Composite International Diagnostic Interview; SCID-I, Structured Clinical Interview for DSM Axis I; CES-D, Radloff's Center for Epidemiological Studies – Depression scale; HADS-R, Hospital Anxiety i Depression Scale; RDC, Research Diagnostic Criteria; PP, postpartum; MPS, Multidimensional Personality Questionnaire; NEO-FFI, NEO Five-Factor Inventory ; EPQ, Eysenck Personality Questionnaire; PSI-II, The Personality Style Inventory-Revised; VPSQS, Vulnerable Personality Style; Questionnaire; DEQ, Depressive Experiences Questionnaire; NEO-PI, Neo Personality Inventory; DPQ, Dutch Personality Questionnaire; DEQ, The Depressive Experiences Questionnaire; SSP, Karolinska Scales of *Personality*; STAI-trait, State-Trait Anxiety Inventory; EPI, Eysenck *Personality* Inventory; IPSM, Interpersonal Sensitivity Measure; MPI, Maudsley Personality Inventory; DS-14, Stiard Assessment of Negative Affectivity, Social Inhibition, i Type D Personality; TCI, Temperament i *Character* Inventory; FMPS, Frost Multidimensional Perfectionism Scale; MOCI, Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory; SCID-II; Structured Clinical Interview for DSM Axis II; PP, postpartum.

### **Associació entre la personalitat i la depressió postpart**

La majoria d'estudis d'aquesta revisió (n = 31) van trobar associacions entre alguns trets de personalitat i la DPP, i per tant, van concloure que els trets associats s'haurien de considerar factors de risc. Per contra, altres estudis (n = 10) no van trobar cap associació entre certs trets de personalitat i la DPP, de manera que es va concloure que aquests trets no haurien de ser considerats factors de risc.

A la *taula 8* es resumeixen els principals resultats dels 10 estudis que no van trobar cap associació entre els trets de personalitat analitzats i la DPP. Com s'ha pogut analitzar anteriorment a la *taula 7* es pot veure que 7 d'aquests estudis eren estudis longitudinals (cohort) i 3 eren estudis transversals. En tots ells es va utilitzar una eina de cribatge, sent l'EPDS el més freqüent (n=9) amb punts de tall que oscil·laven entre 9 i 13. Un estudi (Masih i cols., 2007) també va utilitzar el BDI per avaluar els símptomes de PPD, i un altre (Maia i cols., 2012) va utilitzar el BDI però no l'EPDS. Els moments en els que es va avaluar la DPP van anar des del postpart immediat fins als quatre anys després del part.

Els trets que no es van considerar factors de risc de PPD en aquests estudis van ser l'extraversió (Imsiragic i cols., 2014; Maliszewska i cols., 2017a; Marín-Morales i cols., 2014; Meltzer-Brody i cols., 2013 i Van Bussel i cols., 2009), el neuroticisme (Imsiragic i cols., 2014 i Maliszewska i cols., 2016a) el perfeccionisme (Maia i cols., 2012) i la personalitat vulnerable (Phillips i cols., 2010).

Per altra banda, a la *taula 9* es resumeixen els principals resultats dels 31 estudis que van trobar una associació entre un o més trets de personalitat i la DPP. Destaca que 22 d'aquests eren estudis de cohorts (n = 22). Com s'ha vist anteriorment a la *taula 7*, en tots aquests estudis s'han utilitzat eines de cribatge o screening i novament, el més emprat es va ser l'EPDS (n=25). A més dels instruments de cribatge, en 8 estudis (Boyce i cols., 2001; Boyce i Hickey., 2005; Gelabert i cols., 2011; Gelabert i cols., 2012; Grant i cols., 2008; Martín-Santos i cols., 2012; Meltzer-Brody i cols., 2013; Tian i cols., 2012) es van

utilitzar entrevistes clíniques per confirmar el diagnòstic de DPP segons criteris ICD-10 o DSM-IV. Pel que fa a les característiques de la mostra, va haver-hi molta variabilitat en el seu tamany. La mida de la mostra va ser inferior a 400 dones en 18 estudis i destaca un estudi de caso i control de Tian i cols. (2012) que va incloure 4567 dones.

El tret més estudiat com a possible factor de risc per la DPP va ser el neurotisme, analitzat en 18 (53%) dels estudis; 17 (94%) d'aquests van trobar que el neurotisme era un factor de risc per a la DPP. Tanmateix, la magnitud del risc (OR) va variar àmpliament, oscil·lant entre 1,05 (95% CI: 1,02-1,07) en una cohort de conveniència (n = 1804) (Martin-Santos i cols., 2012) a 7,90 (95% CI: 3.1–20.0) en una cohort (n = 137) de dones seleccionades amb DPP (EPDS  $\geq$  12) a les 24 setmanes postpart (Iliadis i cols., 2014). L'estil de personalitat vulnerable es va analitzar en sis estudis, on les OR van des de 1,16 (95% CI: 1,07-1,26) (Gelabert i cols., 2011) fins a 2,82 (95% CI: 1,06-7,45) (Boyce i Hickey, 2005).

Finalment, la *taula 10* es pot observar un resum de tots els trets de personalitat estudiats en els articles d'aquesta revisió i si es poden considerar factors de risc o de protecció per a la DPP.

**Taula 8.** Resultats d'estudis que afirmen que certs trets de personalitat no són un factor de risc per a la DPP

Autor, any	Moment d'avaluació (després del part)	Tret de Personalitat	$\beta$	$p$	$R^2$	$p$	OR- Adjusted (95% CI)	$p$
1. De Venter i cols. (2015)	12 setmanes	Personalitat tipus D	-	-	-	-	2.22 (0.66-7.48)	ns
	24 setmanes	Personalitat tipus D	-	-	-	-	2.49 (0.73-8.50)	ns
2. Imsiragic i cols. (2014)	3-5 days	Extraversió	-	-	-	-	0.95 (0.88-1.03)	ns
	3-5 days	Amabilitat	-	-	-	-	1.04 (0.97-1.12)	ns
	3-5 days	Responsabilitat	-	-	-	-	0.97(0.90-1.04)	ns
	3-5 days	Apertura	-	-	-	-	0.98(0.93-1.04)	ns
	6-9 setmanes	Extraversió	-	-	-	-	1.05(0.95-1.15)	ns
	6-9 setmanes	Amabilitat	-	-	-	-	0.94(0.86-1.03)	ns
	6-9 setmanes	Responsabilitat	-	-	-	-	0.97(0.89-1.06)	ns
	6-9 setmanes	Neuroticisme	-	-	-	-	1.07(0.96-1.20)	ns
3. Maia i cols. (2012)	12 setmanes	Perfeccionisme- Auto-orientat	0.005	ns	-	-	1.005 (0.980-1.032)	ns
		Perfeccionisme-Altres	0.016	ns	-	-	1.016 (0.979-1.054)	ns
		Perfeccionisme- Acceptació condicional	0.003	ns	-	-	1.003 (0.947-1.063)	ns
4. Maliszewska i cols. (2017a)	4-8 setmanes	Extraversió	-	-	-	-	0.96 (0.75-1.22)	ns
		Apertura	-	-	-	-	0.86 (0.69-1.07)	ns
		Amabilitat	-	-	-	-	1.03 (0.84-1.26)	ns
		Responsabilitat	-	-	-	-	0.89 (0.72-1.10)	ns
5. Maliszewska i cols. (2016a)	Primera setmana	Neuroticisme	-	-	-	-	1.89 (0.94-3.81)	ns
6. Marín-Morales i cols. (2014)	16 setmanes	Extroversion	-0.104	ns	-	-	-	-
		Responsabilitat	-0.086	ns	-	-	-	-
7. Masih i cols. (2007)	8 setmanes	Personalitat d'Autonomia	0.20	-	0.321	ns	-	-
8. Meltzer-Brody i cols. (2013)	4 anys	Extraversió	-	-	-	ns	-	-
9. Phillips i cols. (2010)	<12 mesos	Estil personalitat vulnerable	0.10	ns	-	-	-	-
10. Van Bussel i cols. (2009)	20-25 setmanes	Amabilitat	-0.02	ns	-	-	-	-
	20-25 setmanes	Responsabilitat	0.17	ns	-	-	-	-
	20-25 setmanes	Extraversió	-0.09	ns	-	-	-	-

**Taula 9.** Els resultats dels estudis van afirmar que certs trets de personalitat són un factor de risc per a la DPP

Autor, any	Moment d'avaluació (després del part)	Tret de Personalitat	$\beta$	$p$	$R^2$	$p$	OR- Adjusted (95% CI)	$p$
1. Axfords i cols. (2017)	6 months	Neuroticisme	-	-	-	-	5.44 (2.77-10.69)	<.001
		Ansietat tret	-	-	-	-	3.42 (1.34-8.71)	<.001
2. Besser i cols. (2007)	8 setmanes	Dependència	-0.19	<0.05	0.37	<0.001	-	-
		Autocrítica	0.43	<0.001	0.37	<0.001	-	-
		Autocrítica	0.36	<0.001	0.39	<0.01	-	-
3. Besser i Priel (2003)	8 setmanes	Dependència	-0.22	<0.01	0.22	<0.001	-	-
		Autocrítica	0.20	<0.01	0.22	<0.001	-	-
4. Boyce i cols. (2001)	24 setmanes	Personalitat Vulnerable	-	-	-	-	1.18 (1.10-1.20)	<0.001
		Organitzat/sensible	-	-	-	-	0.792 (0.66-0.94)	<0.001
5. Boyce i Hickey (2005)	24 setmanes	Personalitat Vulnerable	-	-	-	-	2.82 (1.06-7.45)	<0.001
		Organitzat/sensible	-	-	-	-	3.69 (1.26-10.84)	<0.001
6. Boyce i cols. (1991)	24 setmanes	Sensibilitat Interpersonal	0.29	<0.01	0.24	<0.001	2.90	<0.05
		Extraversió	-0.11	<0.01	0.19	<0.001	2.24	<0.05
		Neuroticisme	0.10	<0.01	0.19	<0.001	0.69	<0.05
7. Chang i cols. (2014)	1 any	Neuroticisme	-	-	-	-	1.25 (1.17-1.34)	<0.001
8. Dennis i cols. (2004)	1 setmana	Personalitat Vulnerable	0.20	-	-	-	1.21 (1.13-1.31)	<0.001
9. Fisher i cols. (2002)	Postpart	Personalitat Vulnerable	-	-	-	-	1.2 (1.02-1.39)	<0.02
10. Gelabert i cols. (2011)	32 setmanes	Personalitat Vulnerable	-	-	-	-	1.16 (1.07-1.26)	<0.001
11. Gelabert i cols. (2012)	Postpart	Perfeccionisme	1.092	<0.05	-	-	2.98 (1.23-7.21)	<0.05
		Neuroticisme	1.421	<0.01	-	-	4.14 (1.72-9.94)	<0.05
12. Goniadakis i cols. (2008)	Primera setmana, 1, 3, 6 mesos	Obsessió (neteja)	0.3	<0.05	-	-	-	-
13. Grant i cols. (2008)	32 setmanes	Ansietat tret	1.81	<0.05	-	-	6.12 (1.37-27.41)	<0.05
14. Hipwell i cols. (2004)	8 setmanes	Neuroticisme	0.25	<0.05	0.17	<0.001	-	-

(continuació)

Taula 9. Continuació

Autor, any	Moment d'avaluació (després del part)	Tret de Personalitat	$\beta$	$p$	$R^2$	$p$	OR- Adjusted (95% CI)	$p$
15. Iliadis i cols. (2015)	6 setmanes	Neuroticisme	-	-	-	-	5.0 (2.2-11.5)	<0.05
	24 setmanes	Neuroticisme	-	-	-	-	7.9 (3.1-20.0)	<0.05
16. Imsiragic i cols. (2014)	3-5 dies	Neuroticisme	-	-	-	-	1.16 (1.07-1.25)	<0.05
	6-9 setmanes	Apertura	-	-	-	-	0.92 (0.86-0.99)	<0.05
17. Johnstone i cols. (2001)	8 setmanes	Personalitat Vulnerable	-	-	-	-	7.54	<0.05
18. Maliszewska i cols. (2017a)	4-8 setmanes	Neuroticisme	-	-	-	-	1.50 (1.17-1.92)	0.001
19. Maliszewska i cols. (2016a)	Primera setmana	Extraversió	-	-	-	-	0.51(0.27-0.95)	0.04
20. Maliszewska i cols. (2017b)	Primera setmana -3 mesos	Neuroticisme	-	-	-	-	1.37 (1.05-1.77)	0.02
21. Maliszewska i cols. (2016b)	Primera setmana	Neuroticisme	-	-	-	-	1.65 (1.32-2.06)	<0.001
		Extraversió	-	-	-	-	0.77 (0.62-0.97)	<0.05
22. Marín-Morales i cols. (2014)	16 setmana	Neuroticisme	0.42	-	0.247	<0.001	-	-
23. Martín-Santos i cols. (2012)	8 setmanes	Neuroticisme	0.047	<0.001	-	-	1.05(1.02-1.07)	<0.05
	32 setmanes	Neuroticisme	0.040	0.021	-	-	1.04 (1.02-1.08)	<0.05
	32 setmanes	Neuroticisme	0.048	<0.001	-	-	1.05(1.02-1.08)	<0.05
24. Masih i cols. (2007)	8 setmanes	Personalitat Sociotròpica	0.25	-	0.42	<0.05	-	-
25. Meltzer-Brody i cols. (2013)	4 anys	Neuroticisme	-	-	-	-	-	<0.05
26. Priel i Besser (1999)	8 setmanes	Dependència	-0.24	<0.01	0.14	<0.01	-	-
		Autocrítica	0.41	<0.001	0.14	<0.01	-	-
27. Saisto i cols. (2001)	8-12 setmanes	Neuroticisme	-	-	-	-	3.37 (1.04-10.86)	<0.05
28. Tian i cols. (2012)	postpart	Neuroticisme	-	-	-	-	1.12 (1.09-1.21)	<0.05
29. Van Bussel i cols. (2009)	12 setmanes	Neuroticisme	0.27	<0.001	0.12	<0.001	-	-
	20-25 setmanes	Neuroticisme	0.39	<0.001	0.23	<0.001	-	-
	20-25 setmanes	Apertura	0.28	<0.01	0.23	<0.001	-	-
30. Verkerk i cols. (2005)	12 setmanes	Neuroticisme, Introversió	-	-	-	-	3.08 (1.10-8.63)	<0.05
	24 setmanes	Neuroticisme, Introversió	-	-	-	-	4.64 (1.65-13.16)	<0.01
	1 any	Neuroticisme, Introversió	-	-	-	-	6.83 (1.97-23.74)	<0.01
31. Vliegen i Luyten (2009)	postpart	Dependència	-0.11	-	0.09	<0.001	-	-



**Taula 10.** Resum de tots els trets de personalitat estudiats en els articles d'aquesta revisió

Tret de personalitat	Associació/Factor de risc	Estudis
<b>Neuroticisme</b>	<b>Positiu</b>	Axfors i cols. (2017); Boyce i cols. (1991a); Chang i cols. (2014); Gelabert i cols. (2012); Hipwell i cols. (2004); Iliadis i cols. (2014); Imsiragic i cols. (2014); Maliszewska i cols. (2017a); Maliszewska i cols. (2017b); Maliszewska i cols. (2016b); Marín-Morales i cols. (2014); Meltzer-Brody i cols. (2013); Saisto i cols. (2001); Tian i cols. (2012); Van Bussel i cols. (2009); Verkerk i cols. (2005), Martín-Santos i cols. (2012)
	<b>No</b>	Imsiragic i cols. (2014); Maliszewska i cols. (2016a)
	<b>Negatiu</b>	
<b>Responsabilitat</b>	<b>Positiu</b>	
	<b>No</b>	Maliszewska i cols. (2017a); Marín-Morales i cols. (2014); Imsiragic i cols. (2014); Van Bussel i cols. (2009)
	<b>Negatiu</b>	
<b>Amabilitat</b>	<b>Positiu</b>	
	<b>No</b>	Maliszewska i cols. (2017a); Imsiragic i cols. (2014); Van Bussel i cols. (2009)
	<b>Negatiu</b>	
<b>Apertura</b>	<b>Positiu</b>	Van Bussel i cols. (2009, T5)
	<b>No</b>	Maliszewska i cols. (2017a); Van Bussel i cols. (2009); Imsiragic i cols. (2014)
	<b>Negatiu</b>	Imsiragic i cols. (2014)
<b>Extraversió</b>	<b>Positiu</b>	
	<b>No</b>	Maliszewska i cols. (2017a); Marín-Morales i cols. (2014); Meltzer-Brody i cols. (2013); Imsiragic i cols. (2014); Van Bussel i cols. (2009)
	<b>Negatiu</b>	Maliszewska i cols. (2016a); Maliszewska i cols. (2016b); Verkerk i cols. (2005); Boyce i cols. (1991)
<b>Ansietat tret</b>	<b>Positiu</b>	Axfors i cols. (2017); Grant i cols. (2008); Vliegen i cols. (2006)
	<b>No</b>	
	<b>Negatiu</b>	
<b>Dependència</b>	<b>Positiu</b>	
	<b>No</b>	
	<b>Negatiu</b>	Besser i Priel (2003); Priel i cols. (1999); Vliegen i cols. (2009)

Taula 10. Continuació

Tret de personalitat	Associació/Factor de risc	Estudis
Autocrítica	Positiu	Besser i Priel (2003); Priel and Besser (1999); Vliegen i Luyten (2009)
	No	
	Negatiu	
Estil Personalitat Vulnerable	Positiu	Boyce i cols. (2001); Boyce i Hickey (2005); Dennis i cols. (2004); Fisher i cols. (2002); Johnstone i cols. (2001); Gelabert i cols. (2011)
	No	Phillips i cols. (2010)
	Negatiu	
Organitzat/sensible	Positiu	Boyce i Hickey (2005)
	No	
	Negatiu	Boyce i cols. (2001)
Sensibilitat Interpersonal	Positiu	Boyce i cols. (1991)
	No	
	Negatiu	
Personalitat tipus D	Positiu	
	No	De Venter i cols. (2015)
	Negatiu	
Perfeccionisme	Positiu	Gelabert i cols. (2012)
	No	Maia i cols. (2012)
	Negatiu	
Obsessió (neteja)	Positiu	Goniadakis i cols. (2008)
	No	
	Negatiu	
Personalitat Sociotròpica	Positiu	Masih i cols. (2007)
	No	
	Negatiu	
Personalitat d'autonomia	Positiu	
	No	Masih i cols. (2007)
	Negatiu	

## **Metaanàlisi dels estudis que van analitzar el neuroticisme com a factor de risc per la DPP**

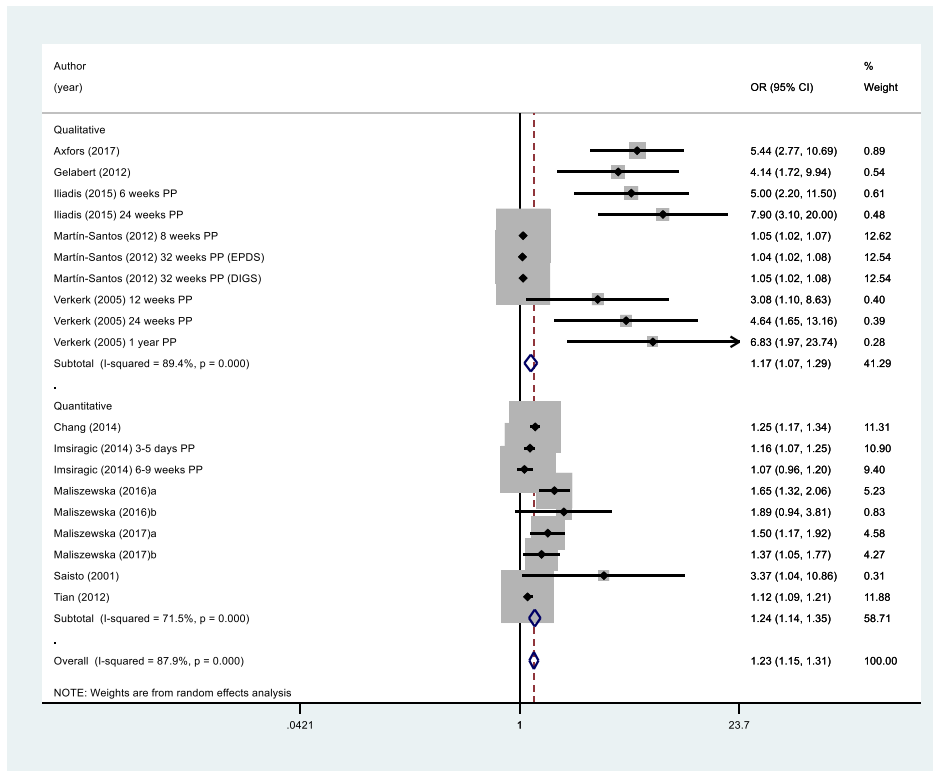
Un dels resultats més importants d'aquesta revisió és que el neuroticisme ha estat el tret més freqüentment associat a la DPP, i per aquest motiu es va decidir realitzar una metaanàlisi per estudiar la magnitud de l'efecte d'aquesta associació.

El resultat de la metaanàlisi dels estudis va indicar que la magnitud global va ser (OR: 1.23; IC del 95%: 1.15-1.31;  $p < 0.001$ ) corroborant que el neuroticisme és un factor de risc per la DPP. No obstant això, donada la gran heterogeneïtat entre els estudis ( $I^2 = 87.9\%$ ;  $p < 0.001$ ), eren necessàries anàlisis addicionals per aclarir aquests resultats (*Figura 2*).

Entre els estudis que analitzen el neuroticisme com una *variable categòrica*, aquest tret va resultar ser un factor de risc pel desenvolupament de la DPP (OR: 1,17; IC del 95%:1,07-1,29;  $p < 0,001$ ) i l'heterogeneïtat entre aquests estudis va ser de  $I^2 = 89,4\%$  ( $p < 0,001$ ) (*Figura 2*).

Entre els estudis que analitzen el neuroticisme com a *variable contínua*, aquest tret també va resultar ser un factor de risc per a la DPP (OR: 1,24; IC del 95%: 1,14-1,35;  $p < 0,001$ ) i l'heterogeneïtat entre aquests estudis va ser de  $I^2 = 71,5\%$  ( $p < 0,001$ ) (*Figura 2*). Per tant, donada la gran variabilitat en la magnitud de l'efecte entre els estudis que van utilitzar cada enfocament, vam analitzar les característiques dels estudis per intentar determinar la font d'aquesta variabilitat.

**Figura 2.** Forest plot del metanàlisi d'efectes aleatoris de l'efecte del neuroticisme com a factor de risc per desenvolupar depressió postpart.



Entre els estudis que analitzen el neuroticisme com una *variable categòrica*, es van trobar importants fonts d'heterogeneïtat, entre elles: el país on es va dur a terme l'estudi, el moment de l'avaluació del neuroticisme i l'enfocament utilitzat per diagnosticar la DPP (veure taula 11). Analitzant amb detall, l'heterogeneïtat va ser menor entre els estudis fets als països nòrdics que entre els estudis fets a la resta d'Europa (0,0% als països nòrdics vs. 69,2% a Europa). A més a més, aquesta heterogeneïtat també va ser menor entre els estudis que van avaluar el neuroticisme durant l'embaràs que entre aquells que ho van fer en el postpart (0,0% durant l'embaràs vs. 85,6% postpart),. De la mateixa manera, l'heterogeneïtat també va ser menor entre aquells estudis que només utilitzava eines de cribatge per detectar la DPP que entre aquells que també utilitzaven entrevistes clíniques per confirmar la DPP (0,0% simptomatologia vs. 69,2% diagnòstic).

**Taula 11.** Fonts d'heterogeneïtat entre estudis que van utilitzar el *neurotisme* com a *variable categòrica*

Característiques dels estudis	Heterogeneïtat (I <sup>2</sup> )	p
<b>Disseny</b>		
Cohort o cas-control	89.4%	<0.001
<b>País</b>		
Països Nòrdics (Europa)	0.0%	<b>0.847</b>
Europa <sup>1</sup>	69.2%	<0.05
<b>Moment d'avaluació personalitat</b>		
Embaràs	0.0%	<b>0.885</b>
Postpart	85.6%	<0.001
<b>Punt de tall de l'EPDS</b>		
< 12	80.4%	<0.001
≥ 12	0.0%	<b>0.748</b>
<b>Aproximació diagnòstica</b>		
Simptomatologia	0.0%	<b>0.847</b>
Diagnòstic	69.2%	<0.05
<b>Moment d'avaluació depressió</b>		
1 setmana després part	-	-
6-8 setmanes després part	88.8%	<0.001
24 setmanes o 1 any després part	91.3%	<0.001
<b>Total</b>	<b>89.4%</b>	<b>&lt;0.001</b>

EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale

<sup>1</sup> No s'inclouen Països Nòrdics

Entre els estudis que analitzen el neurotisme com a *variable contínua*, les fonts d'heterogeneïtat més importants van ser el disseny de l'estudi, el país on es va dur a terme l'estudi i el tall de l'EPDS (*taula 12*). L'heterogeneïtat va ser menor entre els estudis que van utilitzar un disseny de cohorts o casos-control que entre els estudis transversals (37% en estudis de cohorts o casos-control vs. 51,4% en estudis transversals), entre estudis fets a països nòrdics que entre els fets a la resta d'Europa o fora d'Europa (0,0% a països nòrdics vs. 26,2% a la resta d'Europa vs. 84,2% fora d'Europa), i entre els estudis que utilitzaven un límit EPDS ≥ 12 que entre els que utilitzaven un límit <12 (0% per al tall EPDS ≥ 12 vs. 26,2% per al límit < 12).

**Taula 12.** Fonts d'heterogeneïtat entre estudis que van utilitzar el *neurotisme* com a *variable contínua*

Característiques dels estudis	Heterogeneïtat (I <sup>2</sup> )	p
<b>Disseny</b>		
Transversal	51.4%	<b>0.084</b>
Cohort o cas-control	37.0%	<b>0.190</b>
<b>País</b>		
Països Nòrdics (Europa)	0.0%	<b>0.522</b>
Europa <sup>1</sup>	26.2%	<b>0.244</b>
Fora d'Europe	84.2%	<0.05
<b>Moment d'avaluació personalitat</b>		
Embaràs	-	-
Postpart	72.0%	<0.001
<b>Punt de tall de l'EPDS</b>		
< 12	26.2%	<b>0.244</b>
≥ 12	0.0%	<b>0.681</b>
<b>Aproximació diagnòstica</b>		
Simptomatologia	68.6%	<0.01
Diagnòstic	-	-
<b>Moment d'avaluació depressió</b>		
1 setmana després part	72.9%	<0.01
6-8 setmanes després part	78.3%	<0.01
24 setmanes o 1 any després part	-	-
<b>Total</b>	<b>71.5%</b>	<b>&lt;0.001</b>

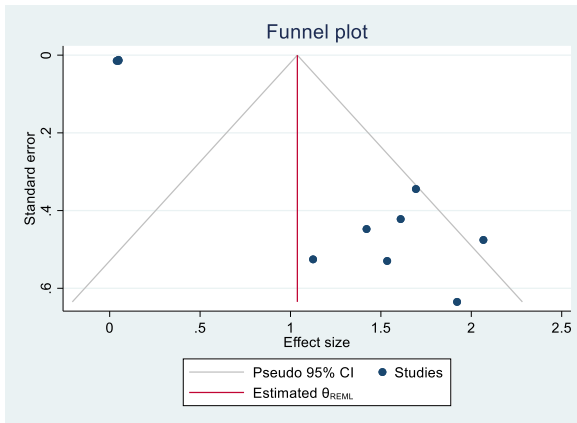
EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale

<sup>1</sup>No s'inclouen Països Nòrdics

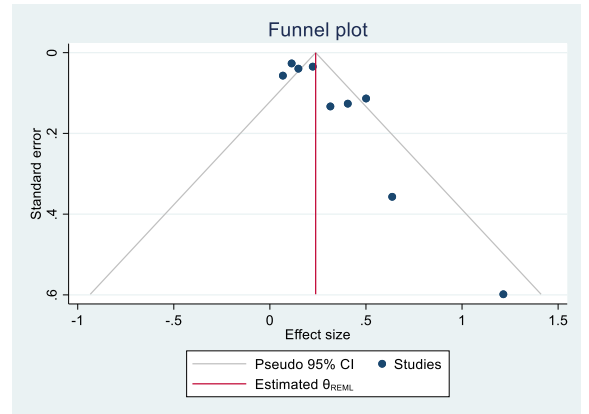
A la *figura 3* es troben representades les 19 magnituds de l'efecte (OR) dels 13 estudis contra els seus errors estàndard. Aquest gràfics mostren una assimetria en les magnituds dels efectes que també es va confirmar a partir de la prova d'Egger ( $p < 0,001$ ). Per tant, no es pot descartar un biaix de publicació. Tot i això, un biaix de publicació no afectaria la fiabilitat dels resultats.

A l'anàlisi de sensibilitat, la mida mitjana de l'efecte va oscil·lar entre 1,20 i 1,30 i l'heterogeneïtat va del 86,6% al 88,6%, demostrant així la robustesa dels resultats.

**Figura 3.** Funnel plot que mostra les Odds Ratios dels 13 estudis inclosos en la metaanàlisi de l'efecte del neuroticisme com a factor de risc per a la DPP.



*variable categòrica (neuroticisme)*



*variable contínua (neuroticisme)*

### 3.3.4 Discussió

En aquest treball vam analitzar sistemàticament els estudis publicats en les tres darreres dècades que tenien per objecte investigar la relació entre determinats trets de personalitat i la DPP. Es van incloure un total de 34 estudis amb importants diferències metodològiques entre ells. A nivell general, podem dir que en 31 d'aquest estudis es va concloure que un o més trets de personalitat augmentaven el risc per la DPP. Per contra, en 10 d'ells van reportar que certs trets no estaven associats amb el risc per la DPP.

A partir de l'anàlisi feta podem suggerir que les discrepàncies entre els estudis probablement es deuen a diferències en moments en què es van avaluar els trets de personalitat i la DPP, l'enfocament diagnòstic utilitzat per diagnosticar la DPP i el tret de personalitat que s'ha estudiat.

#### **Temps d'avaluació**

Els moments en què es va avaluar la DPP i la personalitat van variar àmpliament entre els diferents estudis que formen part d'aquest treball. Aquestes mesures, en conjunt, reflecteixen la progressió dels símptomes depressius durant el postpart. No obstant això, el fet l'avaluació de la DPP hagi estat en diferents moments de temps fa que sigui difícil comparar els estudis i limita la generalització dels nostres resultats.

En 14 estudis, els autors van avaluar els símptomes depressius durant l'embaràs (basal) i després del part. D'aquests, 9 van avaluar els símptomes depressius en un sol punt de temps en el període postpart i 5 els van avaluar en dos o tres punts de temps, permeten analitzar l'evolució de la simptomatologia depressiva.

En 20 estudis, els símptomes depressius només es van avaluar en el postpart, sense poder per tant, analitzar l'inici de la simptomatologia. En 3 d'aquests, aquesta avaluació va tenir lloc pocs dies després del part (postpart immediat). Els resultats d'aquests estudis s'han de prendre amb precaució, ja que els símptomes depressius en aquest moment del



postpart podrien explicar-se millor pel postpartum blues o disfòria postpart (O'Hara i Wisner, 2014). Hi ha altres dades que són rellevants a l'hora d'interpretar els resultats. La depressió és més freqüent en el tercer trimestre de l'embaràs, quan sovint s'associa a pensaments delirants i ideació suïcida. L'aparició de la depressió durant l'embaràs triplica el risc de depressió postpart (Robertson i cols., 2004).

Pel que fa a la personalitat, en 17 estudis d'aquest treball, els trets de personalitat només es van avaluar en el període del postpart. El fet d'avaluar la personalitat en el postpart, pot fer que aquesta estigui distorsionada per la símptomatologia depressiva, independentment de si aquesta ha començat durant l'embaràs o el postpart. Hi ha evidència que recolza aquesta idea. En aquest sentit, un episodi depressiu i els efectes residuals que comporta poden afectar els trets de personalitat i a més a més, els estats depressius poden modificar les puntuacions d'alguns trets de personalitat com ara el neurotisme i l'extraversió (Griens i cols., 2002). Molts dels estudis inclosos en aquesta revisió no van tenir en compte aquesta qüestió i no van contemplar el fet que les característiques de la personalitat poden resultar estat-dependent, de manera que els seus resultats s'han de prendre amb precaució.

### **Enfocament diagnòstic: proves de detecció o screening o entrevistes clíniques**

Un altre aspecte a tenir en compte, és l'eina o instrument utilitzat per diagnosticar la DPP. En la totalitat dels 34 estudis inclosos en la revisió van avaluar la DPP mitjançant instruments que detecten símptomes depressius, especialment l'EPDS, però només 8 d'aquests estudis (Boyce i cols., 2001; Boyce i Hickey, 2005; Gelabert i cols., 2011; Gelabert i cols., 2012; Grant i cols., 2008; Maia i cols., 2012; Meltzer-Brody i cols., 2013; i Phillips i cols., 2010) també van utilitzar entrevistes clíniques (DSM, ICD) per avaluar les mateixes dones, augmentant així la validesa de resultats i confirmant el diagnòstic de DPP.

Les proves de detecció o screening no són proves diagnòstiques i per tant, poden sobreestimar la prevalença de DPP.

### **Trets de personalitat estudiats**

L'estudi actual tenia com a objectiu revisar sistemàticament l'evidència aportada sobre certs trets de personalitat com a factor de risc per a la DPP. A partir del treball realitzat, vam descobrir que s'havien explorat una gran varietat de trets.

Hi ha alguns trets que no han despertat gaire l'interès dels investigadors/es per analitzar la seva relació amb la DPP. Entre aquests trets poc estudiats tenim, la *personalitat sociotròpica-autonòmica*, estudiada només per Masih i cols. (2007), i la *personalitat tipus D*, estudiada només per De Venter i cols. (2015). De la mateixa manera, només un estudi va examinar la relació entre la *obsessivitat* i la PPD. Goniadakis i cols. (2008) van concloure que les dones amb obsessió per la neteja que senten que el seu bebè plora excessivament i que van experimentar esdeveniments vitals estressants durant l'embaràs i un postpartum blues perllongat després del part, tenien un major risc de desenvolupar DPP durant els primers 6 mesos després del part. Aquestes troballes coincideixen amb les informades en la revisió sistemàtica de Russell i cols (2013), que mostrava que el trastorn obsessiu-compulsiu sovint debutava o s'agreuja durant l'embaràs.

L'*autocrítica* i la *dependència* es van explorar en tres estudis. L'autocrítica es refereix a una preocupació excessiva per l'autodefinició, el control i la perfecció; la dependència es refereix principalment a les pors sobre l'abandonament i la pèrdua. El dos primers estudis realitzats a Israel (Priel i Besser, 1999; Besser i Priel, 2003) van trobar que l'autocrítica avaluada durant el tercer trimestre de l'embaràs predia els símptomes depressius a les 8 setmanes del postpart en mares primíparas. Per contra, la dependència es va associar negativament amb símptomes de DPP, cosa que suggereix que aquest tret de personalitat podria ser un factor protector de la DPP. A més, les mares amb depressió clínica

presentaven nivells d'autocrítica més elevats que les mares no deprimides (Priel i Besser, 1999; Besser i Priel, 2003). En un altre estudi (Vliegen i Luyten, 2009) va trobar que les mares deprimides acostumaven a mostrar nivells de dependència elevats, però aquesta tendència no va assolir resultar estadísticament significativa.

Boyce i Parker (1989) van desenvolupar l'Interpersonal Sensitivity Measure (IPSM) com una mesura d'autoinforme per avaluar el constructe de la *sensibilitat interpersonal*. Aquest constructe va ser definit com la "consciència i sensibilitat excessives davant del comportament i dels sentiments dels altres". Aquest constructe també s'ha descrit com una sensibilitat general cap al feedback social, un estat de vigilància respecte a les reaccions dels altres, una major preocupació pel comportament i les afirmacions dels altres i por a la percepció o la crítica real per part d'altres (Boyce i cols., 1993). Un estudi prospectiu inclòs en aquesta revisió (Boyce i cols., 1991) va trobar un augment significatiu del risc per la DPP en dones amb alta sensibilitat interpersonal, demostrant la capacitat de l'IPSM per predir el desenvolupament dels episodis depressius inicials, la recurrència de la depressió sis mesos després part i la no remissió dels símptomes depressius en pacients hospitalitzades amb depressió.

Un altre constructe molt freqüentment analitzat en els estudis sobre la DPP és *l'estil de personalitat vulnerable*. Boyce i cols. (2001) van desenvolupar el Vulnerable Personality Style Questionnaire (VPSQ), utilitzat en nombrosos estudis prospectius sobre la DPP, per mesurar un constructe que inclou trets associats a la vulnerabilitat, com l'ansietat, la preocupació, la sensibilitat, la manca d'assertivitat, la inseguretat i certa obsessivitat. Diversos estudis (Johnstone i cols., 2001; Fisher i cols., 2002; Dennis i cols., 2004; Boyce i Hichey, 2005; Gelabert i cols., 2011) van concloure que la personalitat vulnerable era un factor de risc per a la DPP. A més, Boyce i Hichey (2005) van informar que les puntuacions elevades en VPSQ es van associar a un major risc de depressió major en els sis mesos posteriors al naixement, fins i tot després de controlar per altres variables.

En aquesta revisió, vam trobar diversos estudis (Vliegen i cols., 2006; Grant i cols., 2008; Gourounti i cols., 2015; Axfors, i cols., 2017) que van concloure que *l'ansietat tret* era un factor de risc per a la DPP, i que a més a més, aquest tret contribueix significativament a explicar la gravetat de la DPP en tots els estudis d'aquesta revisió. Les avaluacions del vincle en persones adultes i l'ansietat tret del final de l'embaràs poden ajudar a identificar les dones amb un risc elevat de desenvolupar DPP (Axfors, i cols., 2017).

L'ansietat tret també pot predir l'ansietat postnatal i els trastorns de l'estat d'ànim. En aquest sentit, Grant i cols. (2008) van trobar que les dones amb nivells elevats d'ansietat tret eren significativament més propenses a complir els criteris diagnòstics d'un trastorn d'ansietat o estat d'ànim durant els set mesos posteriors al part.

Un altre tret que es va examinar en diversos estudis és el *perfeccionisme*. El perfeccionisme és un factor de risc per a molts trastorns psicopatològics (Limburg i cols., 2017) i diferents estudis han trobat associacions entre el perfeccionisme i la depressió (Enns i cols., 2005; Huprich i cols., 2008). Tot i que un dels estudis inclosos en aquesta revisió (Maia i cols., 2012) va concloure que el perfeccionisme no era un factor de risc per a la DPP, altres van confirmar que aquest tret és un factor de risc per aquest trastorn (Gelabert i cols., 2012). Mitjançant mesures d'avaluació unidimensional, Egan i cols. (2017) van demostrar que el perfeccionisme era un predictor de símptomes depressius en el postpart. Per altra banda, utilitzant la construcció del perfeccionisme multidimensional de Hewitt i Flett (HMPS, 1991), Hewitt i Flett (1991) van trobar que el perfeccionisme auto-orientat i el perfeccionisme socialment prescrit s'associen a símptomes depressius durant l'embaràs, però només la dimensió del perfeccionisme socialment prescrit va predir símptomes depressius en el postpart. Aquest resultat posa de manifest la importància de la dimensió interpersonal i la motivació extrínseca en el perfeccionisme maladaptatiu.

Quatre dels estudis d'aquesta revisió (Maliszewska i cols., 2017a; Marín-Morales i cols., 2014; Imsiragic i cols., 2014 i Van Bussel i cols., 2009) van avaluar els trets de personalitat del Model "Big Five" de McCrae i Costa (1999): *apertura a l'experiència*, *responsabilitat*, *amabilitat*, *extraversió* i *neuroticisme*, com a factors de risc per a la DPP. Tots ells van concloure que l'amabilitat i la responsabilitat no eren factors de risc per a la DPP, però difereixen pel que fa al paper de l'apertura a l'experiència. Mentre que Maliszewska i cols. (2017a) van trobar que aquest tret no estava relacionat amb la DPP, Van Bussel i cols. (2009) van concloure que augmentava el risc de depressió 25 setmanes després del part i Imsiragic i cols. (2014) van trobar que disminuïa el risc de desenvolupar depressió entre les 6 i les 9 setmanes després del part.

Un altre dels trets més àmpliament estudiats ha estat *l'extraversió*. Nou estudis d'aquesta revisió (Maliszewska i cols., 2016a, 2016b; Verkerk i cols., 2005; Boyce i cols., 1991) van avaluar la relació entre l'extraversió/introversió i la DPP. L'extraversió està relacionada amb emocions positives com la felicitat, l'optimisme i l'entusiasme, així com amb la seguretat, l'activació i l'interès per la interacció social (Watson i Clark, 1997; Yang i Ha, 2019). Aquest tret s'associa amb una disminució de la vulnerabilitat reduïda pels trastorns afectius (Kotov i cols., 2010), un major suport social (Swickert, 2012) i un ajustament adaptatiu als estressors vinculats amb el part (Johnston i Brown, 2013). Per contra, la introversió es podria associar amb l'aparició de trastorns emocionals i un mal ajustament o adaptació durant el període perinatal (Peñacoba-Puente, 2016).

Quatre estudis d'aquesta revisió (Maliszewska i cols., 2016a, 2016b; Verkerk i cols., 2005; Boyce i cols., 1991) van trobar que les dones amb extraversió baixa/alta introversió tenien un risc més elevat per la DPP. Per contra, cinc estudis d'aquesta revisió (Maliszewska i cols., 2017a; Marín-Morales i cols., 2014; Meltzer-Brody i cols., 2013; Imsiragic i cols., 2014; Van Bussel i cols., 2009) no van trobar cap relació entre aquest tret de personalitat

i la DPP, corroborant altres resultats d'estudis prospectius que van reportar que l'extraversió/introversió no prediu la vulnerabilitat a la depressió (Hirschfeld i cols., 1989). Finalment, el tret explorat en el major nombre d'estudis inclosos en aquesta revisió va ser el *neurotisme*. Definit originalment per Eysenck (1967), el neuroticisme es considera sovint com un endofenotip de la predisposició genètica pels trastorns afectius (Lahey, 2009), ja que els factors genètics que influeixen en la variabilitat individual del neuroticisme es solapen substancialment amb aquells que influeixen en les manifestacions d'altres trastorns internalitzadors (Hettema i cols., 2006). En aquesta revisió, 17 estudis donen suport a la hipòtesi que el neurotisme és un factor de risc per a la DPP (Axfors i cols., 2017; Boyce i cols., 1991; Chang i cols., 2014; Gelabert i cols., 2012; Hipwell i cols., 2004; Iliadis i cols., 2014; Imsiragic i cols., 2014; Maliszewska i cols., 2017a; Maliszewska i cols., 2017b; Maliszewska i cols., 2016b; Marín-Morales i cols., 2014; Meltzer-Brody i cols., 2013; Saisto i cols., 2001; Tian i cols., 2012; Van Bussel i cols., 2009; Verkerk i cols., 2005; Martín-Santos i cols., 2012). Les persones neuròtiques tendeixen a experimentar emocions negatives intenses en resposta a situacions d'estrès i l'embaràs i el part poden ser considerats esdeveniments estressants. Les persones neuròtiques sovint es perceben a si mateixes com a ineficaços per fer front als reptes vitals i es adopten estratègies com la preocupació, la rumiació o l'evitació emocional. L'interès per l'estudi del neuroticisme ha augmentat en els darrers anys (Barlow, 2014) i diversos autors han conclòs que el neuroticisme és un dels factors predictius més importants per a la depressió, tant en l'embaràs com en el postpart (Dennis i Boyce, 2004; Podolska i cols., 2010). A més, el neurotisme s'ha associat amb altres factors de mal pronòstic com un baix suport social percebut (Swickert, 2019) i una mala adaptació als estressors vinculats al part (Johnston, 2013).

No obstant això, no tots els estudis d'aquesta revisió recolzen plenament la hipòtesi que el neurotisme pot ser predictor de la DPP. Hi ha dos estudis en aquesta revisió (Imsiragic

i cols., 2014; Maliszewska i cols., 2016a) que van concloure que el neurotisme no és un factor de risc per aquest trastorn. Tanmateix, Maliszewska i cols. (2016a) van centrar el seu treball en els símptomes depressius que reportaven les mares al llarg de la primera setmana del postpart. En aquest cas, possiblement s'estiguin confonent dos conceptes com el blues postpartum i la DPP. Contràriament, Imsiragic i cols. (2014) va trobar que el neuroticisme va predir la puntuació obtinguda en l'EPDS als 3-5 dies postpart, però no va predir les puntuacions a les 6-9 setmanes del postpart.

En els darrers anys, el creixent interès per l'estudi de la DPP, ha generat iniciatives que pretenen anar més enllà de la simple identificació de la DPP un cop desenvolupada, sinó per identificar les dones amb risc de patir depressió durant l'embaràs o en el postpart (Gelabert i cols., 2021). Amb aquest objectiu, la Societat Marcé Internacional en el seu posicionament sobre la Salut Mental Perinatal de 2013 recomana avaluar els trets de personalitat, entre altres factors de risc durant l'avaluació psicològica per la detecció de la depressió durant el període perinatal (Austin, 2014).

### **Metaanàlisi**

Com ja s'ha comentat amb anterioritat, una de les grans troballes d'aquesta revisió va ser la constatació que el neurotisme era el tret més freqüentment associat a la DPP. Es va considerar interessant realitzar una metaanàlisi per calcular la magnitud de l'efecte de l'associació entre el neurotisme i la DPP. A partir d'aquest càlcul, s'ha evidenciat una gran heterogeneïtat entre els 12 estudis inclosos en la metaanàlisi. Les conclusions obtingudes a partir de la metaanàlisi semblen confirmar les obtingudes a través de l'anàlisi qualitativa de la revisió.

S'ha explorat l'efecte mitjà del *neurotisme* com a factor de risc per a la DPP, en funció de si l'estudi va utilitzar un enfocament categòric o continuu en el tractament del tret de

personalitat. Les anàlisis separades que es van realitzar per aquests subgrups van confirmar que el neuroticisme augmentava el risc per a la DPP i van demostrar que l'heterogeneïtat en els resultats es deu principalment al disseny de l'estudi, al país on es va realitzar l'estudi, al punt de tall utilitzat en l'EPDS i al moment temporal en el què es va avaluar el neuroticisme. Per acabar, es pot concloure que l'heterogeneïtat va ser menor entre els estudis que van analitzar el neuroticisme com a variable contínua respecte els que el van analitzar com a variable categòrica.

### **Fortaleses i limitacions**

Segons el nostre coneixement, aquest estudi és la primera revisió sistemàtica que té per objecte l'anàlisi d'alguns trets de personalitat com a possibles factors de risc per a la DPP i la primera metaanàlisi per mesurar l'efecte del neuroticisme com a factor de risc per aquest trastorn. Pel que fa a les estratègies cerca, cal assenyalar que es van seleccionar acuradament per obtenir tots els estudis possibles a les cinc bases de dades indexades que es van consultar. La participació de dues investigadores va ajudar a garantir la validesa dels nostres resultats.

Tot i això, cal tenir en compte diverses limitacions. En aquest estudi només es van incloure els estudis publicats en anglès; tanmateix, els articles inclouen estudis que s'han realitzat en molts diversos països, inclosos aquells en què la llengua dominant no és l'anglesa.

Les nostres anàlisis van estar limitades per diferències metodològiques en els diferents estudis. La personalitat es pot avaluar mitjançant diversos mètodes, inclosos inventaris, autoinformes, entrevistes semiestructurades, i observacions en entorns naturalistes i al laboratori. Mentre que alguns estudis utilitzaven entrevistes clíniques per diagnosticar la depressió, la majoria només utilitzaven eines de detecció o screening basades en autoinformes per detectar símptomatologia depressiva. A més, en els diferents estudis



també s'utilitzen diferents punts de tall de les eines de cribatge per diagnosticar la DPP, dificultant així la comparació dels resultats entre si. Les proves d'autoinforme per l'avaluació de la personalitat poden estar influïdes per l'estat d'ànim, la capacitat d'introspecció i pels estils de resposta de les persones participants en els estudis. A més a més, pot resultar difícil distingir a través d'aquests proves, els trets dels efectes dels contextos ambientals estables (Chmielewski i Watson, 2009). Cal afegir també que el temperament i la personalitat no són un conjunt fix de característiques estàtiques, sinó que són construccions dinàmiques que es desenvolupen al llarg de la vida i canvien en resposta a la maduració personal i les circumstàncies de la vida. Per exemple, els esdeveniments vitals estressants i els canvis importants en els rols i les relacions socials poden contribuir als canvis en la personalitat (Fraley i Roberts 2005, Kiler i cols. 2010). Una altra qüestió metodològica a tenir en compte són les diferències en els moments temporals en els que es van avaluar els trets de personalitat (embaràs o postpart) i la DPP (embaràs i diversos moments del postpart), aquest també dificulten la comparació dels resultats entre els diferents estudis. Finalment, recordar que els estudis d'aquesta revisió van utilitzar anàlisis multivariants per respondre les seves hipòtesis i que els models es van ajustar per diferents variables. Això pot comportar novament que els resultats dels diferents estudis poden no ser comparables.

### 3.3.5 Bibliografia

- Adejuwon, G.A., Adekunle, I. F., i Ojeniran, M. (2018). Social support i personality traits as predictors of psychological wellbeing of postpartum nursing mothers in Oyo state, Nigeria. *International Journal of Caring Sciences.*, 11(2), 704
- Akiskal, H.S., Hirschfeld, R.M., i Yerevanian, B.I. (1983). The Relationship of Personality to Affective Disorders: A Critical Review. *Archives of General Psychiatry*, 40(7), 801-810. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790060099013>
- Allsopp, M., i Williams, T. (1991). Self-report measures of obsessionality, depression i social anxiety in a school population of adolescents. *Journal of Adolescence*, 14(2), 149-156. [https://doi.org/10.1016/0140-1971\(91\)90027-0](https://doi.org/10.1016/0140-1971(91)90027-0)
- Ambrosini, A., Donzelli, G., i Stanghellini, G. (2012). Early perinatal diagnosis of mothers at risk of developing post-partum depression a concise guide for obstetricians, midwives, neonatologists and paediatricians. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 25(7), 1096-1101. <https://doi.org/10.3109/14767058.2011.622011>
- Axfors, C., Sylvén, S., Ramklint, M., i Skalkidou, A. (2017). Adult attachment's unique contribution in the prediction of postpartum depressive symptoms, beyond personality traits. *Journal of Affective Disorders*, 222(June), 177-184. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.005>
- Barlow, D.H., Ellard, K.K., Sauer-Zavala, S., Bullis, J.R., i Carl, J.R. (2014). The Origins of Neuroticism. *Perspectives on Psychological Science*, 9(5), 481-496. <https://doi.org/10.1177/1745691614544528>
- Beck, AT. (1983). Cognitive therapy of depression: new approaches. In: Clayton, P.; Barrett, J., editors. *Treatment of Depression: Old i New Approaches*. New York: Raven.
- Besser, A., i Priel, B. (2003). Trait vulnerability and coping strategies in the transition to motherhood. *Current Psychology*, 22(1), 57-72. <https://doi.org/10.1007/s12144-003-1013-7>
- Birtchnell, J. (1984). Dependence and its relationship to depression. *The British Journal of Medical Psychology*, 57(3), 215-225. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1984.tb02581.x>
- Boyce, P., i Mason, C. (1996). An overview of depression-prone personality traits and the role of interpersonal sensitivity. *Australian and New Zeali Journal of Psychiatry*, 30(1), 90-103. <https://doi.org/10.3109/00048679609076076>
- Boyce, P., Hickey, A., Gilchrist, J., i Talley, N.J. (2001). The development of a brief personality scale to measure vulnerability to postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 3(4), 147-153. <https://doi.org/10.1007/s007370170012>

- Boyce, P., Parker, G., Barnett, B., Cooney, M., i Smith, F. (1991). Personality as a vulnerability factor to depression. *British Journal of Psychiatry*, 159(JUL), 106-114. <https://doi.org/10.1192/bjp.159.1.106>
- Boyce, P., i Parker, G. (1989). Development of a scale to measure interpersonal sensitivity. *Australian and New Zeali Journal of Psychiatry*, 23(3), 341-351
- Boyce, P., i Hickey, A. (2005). Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(8), 605-612. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0931-0>
- Boyce, P., Hickie, I., Parker, G., Mitchell, P., Wilhelm, K., i Brodaty, H. (1993). Specificity of interpersonal sensitivity to non-melancholic depression. *Journal of Affective Disorders*, 27(2), 101-105. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(93\)90082-U](https://doi.org/10.1016/0165-0327(93)90082-U)
- Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *Lancet*. Jan 24;363(9405):303-10. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)15390-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15390-1).
- Brown, T.A., i Barlow, D.H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment i treatment. *Psychological assessment*, 21(3), 256–271. <https://doi.org/10.1037/a0016608>
- Canli, T. (2008). Toward a neurogenetic theory of neuroticism. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1129, 153–174. <https://doi.org/10.1196/annals.1417.022>
- Chang, H.P., Chen, J.Y., Huang, Y.H., Tyan, J.Y., Yeh, C.J., Su, P.H., i Chin-Hung Chen, V. (2014). Prevalence and factors associated with depressive symptoms in mothers with infants or toddlers. *Pediatrics and Neonatology*, 55(6), 470-479. <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2013.12.009>
- Chmielewski, M., i Watson, D. (2009). What Is Being Assessed and Why It Matters: The Impact of Transient Error on Trait Research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(1), 186-202. <https://doi.org/10.1037/a0015618>
- Compas, B.E., Connor-Smith, J., i Jaser, S.S. (2004). Temperament, stress reactivity, and coping: implications for depression in childhood i adolescence. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 33(1), 21–31. [https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301\\_3](https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301_3)
- Coppen, A., i Metcalfe, M. (1965). Effect of a Depressive Illness on M.P.I. Scores. *British Journal of Psychiatry*, 111(472), 236-239. <https://doi.org/10.1192/bjp.111.472.236>
- Cox, J.L. Holden, J.M., i Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- De Venter, M., Smets, J., Raes, F., Wouters, K., Franck, E., Hanssens, M., Jacquemyn, Y., Sabbe, B.G.C., i Van Den Eede, F. (2016). Impact of childhood trauma on postpartum

- depression: a prospective study. *Archives of Women's Mental Health*, 19(2), 337-342. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0550-z>
- Denis, A., i Luminet, O. (2018). Cognitive factors and post-partum depression: What is the influence of general personality traits, rumination, maternal self-esteem, and alexithymia? *Clinical Psychology i Psychotherapy*, 25(2), 359-367. <https://doi.org/10.1002/cpp.2168>
- Dennis, C.L., i Boyce, P. (2004). Further psychometric testing of a brief personality scale to measure vulnerability to postpartum depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics i Gynecology*, 25(3-4), 305-311. <https://doi.org/10.1080/01674820400017962>
- Dennis, C.L.E., Janssen, P. A., i Singer, J. (2004). Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(5), 338-346. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00337.x>
- Duberstein, P.R., Pálsson, S.P., Waern, M., i Skoog, I. (2008). Personality and risk for depression in a birth cohort of 70-year-olds followed for 15 years. *Psychological Medicine*, 38(5), 663-671. <https://doi.org/10.1017/S0033291707002620>
- Dudley, M., Roy, K., Kelk, N., i Bernard, D. (2001). Psychological correlates of depression in fathers and mothers in the first postnatal year. *Journal of Reproductive i Infant Psychology*, 19(3), 187-202. <https://doi.org/10.1080/02646830124397>
- Egan, S.J., Wade, T.D., i Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. En *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203-212. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
- Enns, M.W., Cox, B.J., i Clara, I. (2005). Perfectionism i Neuroticism: A Longitudinal Study of Specific Vulnerability and Diathesis-Stress Models. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 463-478. doi:10.1007/s10608-005-2843-04
- Eysenck, H.J. (1963). biological basis of personality. *Nature*, 199, 1031-1034. <https://doi.org/10.1038/1991031a0>
- Falana, S.D., i Carrington, J.M. (2019). Postpartum Depression: Are You Listening? *Nursing Clinics of North America*, 54(4), 561-567. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2019.07.006>
- Fisher, J.R.W., Feekery, C. J., i Rowe-Murray, H.J. (2002). Nature, severity and correlates of psychological distress in women admitted to a private mother-baby unit. *Journal of Paediatrics i Child Health*, 38(2), 140-145. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1754.2002.00723.x>
- Gelabert, E., Subirà, S., García-Esteve, L., Navarro, P., Plaza, A., Cuyàs, E., Navinés, R., Gratacòs, M., Valdés, M., i Martín-Santos, R. (2012). Perfectionism dimensions in major postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 136(1-2), 17-25. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.030>

- Gelabert, E., Subirà, S., Plaza, A., Torres, A., Navarro, P., Ímaz, M.L., Valdés, M., García-Esteve, L., i Martín-Santos, R. (2011). The Vulnerable Personality Style Questionnaire: Psychometric properties in Spanish postpartum women. *Archives of Women's Mental Health*, 14(2), 115-124. <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0186-y>
- Gelabert, E., Subirà, S., i Navinés R. (2021). Personality and perinatal depression. In M. Serati (Ed). Perinatal depression. Milan, Italy: Nova Science Publishers
- Gonidakis, F., Rabavilas, A.D., Varsou, E., Kreatsas, G., i Christodoulou, G.N. (2008). A 6-month study of postpartum depression and related factors in Athens Greece. *Comprehensive Psychiatry*, 49(3), 275-282. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.05.018>
- Gourounti, K. (2015). Psychosocial risk factors of depression in pregnancy: A survey study. *Health Science Journal*, 9(1), 1-6.
- Grant, K.A., McMahon, C., i Austin, M.P. (2008). Maternal anxiety during the transition to parenthood: A prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108(1-2), 101-111. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.002>
- Griens, A.M., Jonker, K., Spinhoven, P., i Blom, M.B. (2002). The influence of depressive state features on trait measurement. *Journal of Affective Disorders*, 70(1), 95-99. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00371-2](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00371-2)
- Hankin, B.L., i Abela, J.R.Z. (2005). Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective. *Development of Psychopathology: A Vulnerability-Stress Perspective*, 1-510. <https://doi.org/10.4135/9781452231655>
- Hettema, J.M., An, S.S., Neale, M.C., Bukszar, J., van den Oord, E.J., Kendler, K.S., i Chen, X. (2006). Association between glutamic acid decarboxylase genes and anxiety disorders, major depression, and neuroticism. *Molecular Psychiatry*, 11(8), 752-762. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001845>
- Hewitt, P.L., i Flett, G.L. (1991). Dimensions of Perfectionism in Unipolar Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(1), 98. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.100.1.98>
- Hipwell, A. E., Reynolds, S., i Crick, E. P. (2004). Cognitive vulnerability to postnatal depressive symptomatology. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22(3), 211-227. <https://doi.org/10.1080/02646830410001723797>
- Hirschfeld, R. M., Klerman, G.L., Lavori, P., Keller, M.B., Griffith, P., i Coryell, W. (1989). Premorbid personality assessments of first onset of major depression. *Archives of General Psychiatry*, 46(4), 345-350. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810040051008>
- Hirschfeld, R.M., Klerman, G.L., Clayton, P.J., i Keller, M.B. (1983). Personality and depression: Empirical findings. *Archives of General Psychiatry* 40, 993-998. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790080075010>

- Hirschfeld, R.M., (1999). Personality disorders and depression: comorbidity. *Depression and Anxiety*, 10, 142-146. <https://doi.org/10.1002/>
- Huprich, S. K., Porcerelli, J., Keaschuk, R., Binienda, J., i Engle, B. (2008). Depressive personality disorder, dysthymia, and their relationship to perfectionism. *Depression*, 25(3), 207. <https://doi.org/10.1002/da.20290>
- Iliadis, S.I., Koulouris, P., Gingnell, M., Sylvén, S.M., Sundström-Poromaa, I., Ekselius, L., Papadopoulos, F.C., i Skalkidou, A. (2015). Personality and risk for postpartum depressive symptoms. *Archives of Women's Mental Health*, 18(3), 539-546. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0478-8>
- Imširagić, A.S., Begić, D., Vuković, I.S., Šimićević, L., i Javorina, T. (2014). Multivariate analysis of predictors of depression symptomatology after childbirth. *Psychiatria Danubina*, 26, 416-421.
- Johnston, R.G., OstMed, D.O., i Brown, A.E. (2013). Maternal trait personality i childbirth: The role of extraversion and neuroticism. *Midwifery*, 29(11), 1244-1250. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.08.005>
- Johnstone, S.J., Boyce, P.M., Hickey, A.R., Morris-Yates, A.D., i Harris, M.G. (2001). Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Australian and New Zeali Journal of Psychiatry*, 35(1), 69-74. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2001.00862.x>
- Kawamura, K.Y., Hunt, S.L., Frost, R.O., i DiBartolo, P.M. (2001). Perfectionism, anxiety, and depression: Are the relationships independent? *Cognitive Therapy and Research*, 25(3), 291–301. <https://doi.org/10.1023/A:1010736529013>
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., i Watson, D. (2010). Linking "big" personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 136(5), 768–821. <https://doi.org/10.1037/a0020327>
- Kotov, R., Watson, D., Robles, J., i Schmidt, N.B. (2007). Personality traits and anxiety symptoms: the multilevel trait predictor model. *Behaviour research and therapy*, 45(7), 1485–1503. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.11.011>
- Kovacs, M., i Lopez-Duran, N. (2010). Prodromal symptoms and atypical affectivity as predictors of major depression in juveniles: implications for prevention. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 51(4), 472–496. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02230.x>
- Lahey B.B. (2009). Public health significance of neuroticism. *The American psychologist*, 64(4), 241–256. <https://doi.org/10.1037/a0015309>
- Lamers, F., Rhebergen, D., Merikangas, K.R., De Jonge, P., Beekman, A.T., i Penninx, B.W. (2012). Stability and transitions of depressive subtypes over a 2-year follow-up. *Psychological Medicine*, 42(10), 2083-2093. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000141>

- Liberati, A., Altman, D.G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P.C., Ioannidis, J.P., Clarke, M., Devereaux, P.J., Kleijnen, J., i Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Journal of clinical epidemiology*, 62(10), e1-e34. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.06.006>
- Limburg, K., Watson, H.J., Hagger, M.S., i Egan, S.J. (2017). The Relationship Between Perfectionism and Psychopathology: A Meta-Analysis. *Journal of clinical psychology*, 73(10), 1301–1326. <https://doi.org/10.1002/jclp.22435>
- Ingram, R.E., i Luxton, D.D. (2005). *Vulnerability-Stress Models*. In B.L. Hankin i J.R.Z. Abela (Eds.), *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective* (p. 32–46). Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781452231655.n2>
- Maia, B.R., Pereira, A.T., Marques, M., Bos, S., Soares, M.J., Valente, J., Gomes, A.A., Azevedo, M.H., i Macedo, A. (2012). The role of perfectionism in postpartum depression and symptomatology. *Archives of Women's Mental Health*, 15(6), 459-468. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0310-2>
- Maliszewska, K., Bidzan, M., Świątkowska-Freund, M., i Krzysztof, P. (2017). Screening for maternal postpartum depression, i associations with personality traits i social support. A Polish follow-up study 4 setmanes i 3 months after delivery. *Psychiatria Polska*, 51(5), 889-898. <https://doi.org/10.12740/pp/68628>
- Maliszewska, K., Bidzan, M., Świątkowska-Freund, M., i Preis, K. (2017). Medical and psychosocial determinants of risk of postpartum depression: A cross-sectional study. *Acta Neuropsychiatrica*, 29(6), 347-355. <https://doi.org/10.1017/neu.2017.4>
- Maliszewska, K., Bidzan, M., Świątkowska-Freund, M., i Preis, K. (2016). Personality type, social support and other correlates of risk for affective disorders in early puerperium. *Ginekologia Polska*, 87(12), 814-819. <https://doi.org/10.5603/GP.2016.0094>
- Maliszewska, K., Świątkowska-Freund, M., Bidzan, M., i Preis, K. (2016). Relationship, social support, and personality as psychosocial determinants of the risk for postpartum blues. *Ginekologia Polska*, 87(6), 442-447. <https://doi.org/10.5603/GP.2016.0023>
- Marín-Morales, D., Carmona-Monge, F.J., i Peñacoba-Puente, C. (2014). Personality, depressive symptoms during pregnancy and their influence on postnatal depression in Spanish pregnant Spanish women. [Personalidad, síntomas depresivos en el embarazo y su influencia en la depresión postparto en gestantes españolas]. *Anales de Psicología*, 30(3), 908-915. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.153101>
- Martín-Santos, R., Gelabert, E., Subirà, S., Gutierrez-Zotes, A., Langorh, K., Jover, M., Torrens, M., Guillamat, R., Mayoral, F., Canellas, F., Iborra, J. L., Gratacos, M., Costas, J., Gornemann, I., Navinés, R., Guitart, M., Roca, M., De Frutos, R., Vilella, E., ... Sanjuan, J. (2012). Research Letter: Is neuroticism a risk factor for postpartum depression? *Psychological Medicine*, 42(7), 1559-1565. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000712>

- Masih, S., Spence, S.H., i Oei, T.P.S. (2007). Sociotropic i autonomous personality and stressful life events as predictors of depressive symptoms in the postpartum period. *Cognitive Therapy and Research*, 31(4), 483-502. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9071-4>
- Meltzer-Brody, S., Boschloo, L., Jones, I., Sullivan, P.F., i Penninx, B.W. (2013). The EPDS-Lifetime: Assessment of lifetime prevalence and risk factors for perinatal depression in a large cohort of depressed women. *Archives of Women's Mental Health*, 16(6), 465-473. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0372-9>
- Mulder R. T. (2002). Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review. *The American journal of psychiatry*, 159(3), 359–371. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.3.359>
- O'Hara, M.W i Swain, A.M. (1996). Rates and risk of postpartum depression--a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37-54. <http://doi.org//10.3109/09540269609037816>
- O'Hara, M.W., i Mc Cabe, J.E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379-407. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
- O'Hara, M.W., i Wisner, K.L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description i aetiology. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 28(1), 3-12. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002>
- Peñacoba-Puente, C., Marín-Morales, D., Carmona-Monge, F.J., i Velasco Furlong, L. (2016). Post-Partum Depression, Personality, and Cognitive-Emotional Factors: A Longitudinal Study on Spanish Pregnant Women. *Health care for women international*, 37(1), 97–117. <https://doi.org/10.1080/07399332.2015.1066788>
- Phillips, J., Sharpe, L., Matthey, S., i Charles, M. (2010). Subtypes of postnatal depression? A comparison of women with recurrent and de novo postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 120(1-3), 67-75. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.04.011>
- Podolska, M.Z., Bidzan, M., Majkovicz, M., Podolski, J., Sipak-Szmigiel, O., i Ronin-Walknowska, E. (2010). Personality traits assessed by the NEO five-factor inventory (NEO-FFI) as part of the perinatal depression screening program. *Case Reports i Clinical Practice Review*, 16(9), 77-81.
- Priel, B., i Besser, A. (1999). Vulnerability to postpartum depressive symptomatology: Dependency, self-criticism i the moderating role of antenatal attachment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18(2), 240-253. <https://doi.org/10.1521/jscp.1999.18.2.240>
- Quilty, L.C., De Fruyt, F., Rolland, J.P., Kennedy, S.H., Rouillon, P.F., i Bagby, R.M. (2008). Dimensional personality traits and treatment outcome in patients with major depressive disorder. *Journal of affective disorders*, 108(3), 241–250. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.022>



- Russell, E.J., Fawcett, J.M., i Mazmanian, D. (2013). Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(4), 377–385. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r07917>
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J.E., i Halmesmäki, E. (2001). Psychosocial predictors of disappointment with delivery i puerperal depression: A longitudinal study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Sciiavica*, 80(1), 39-45. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2001.800108.x>
- Stocky, A., i Lynch, J. (2000). Acute psychiatric disturbance in pregnancy i the puerperium. *Bailliere's Best Practice and Research in Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 14(1), 73-87. <https://doi.org/10.1053/beog.1999.0064>
- Swickert, R., Hittner, J. i Foster, A. (2010). Big Five traits interact to predict perceived social support. *Personality and Individual Differences*, 48(6), 736-741. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.01.018>
- Swickert, R., Hittner, J. i Foster, A. (2012). A Proposed Mediated Path between Gender and Posttraumatic Growth: The Roles of Empathy and Social Support in a Mixed-Age Sample. *Psychology*, 3, 1142-1147. <https://doi.org/10.4236/psych.2012.312A168>
- Tian, T., Li, Y., Xie, D., Shen, Y., Ren, J., Wu, W., Guan, C., Zhang, Z., Zhang, D., Gao, C., Zhang, X., Wu, J., Deng, H., Wang, G., Zhang, Y., Shao, Y., Rong, H., Gan, Z., Sun, Y., ... Tian, H. (2012). Clinical features and risk factors for post-partum depression in a large cohort of Chinese women with recurrent major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 983-987. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.06.047>
- Van Bussel, J.C.H., Spitz, B., i Demyttenaere, K. (2009). Depressive symptomatology in pregnant i postpartum women. An exploratory study of the role of maternal antenatal orientations. *Archives of Women's Mental Health*, 12(3), 155-166. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0061-x>
- Verkerk, G.J., Denollet, J., Van Heck, G.L., Van Son, M.J., i Pop, V.J. (2005). Personality factors as determinants of depression in postpartum women: A prospective 1-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 67(4), 632-637. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000170832.14718.98>
- Vliegen, N., i Luyten, P. (2009). Dependency and self-criticism in post-partum depression and anxiety: A case control study. *Clinical Psychology i Psychotherapy*, 16(1), 22-32. <https://doi.org/10.1002/cpp.597>
- Vliegen, N., Luyten, P., Meurs, P., i Cluckers, G. (2006). Adaptive and maladaptive dimensions of relatedness and self-definition: Relationship with postpartum depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 41(3), 395-406. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.029>
- Watson, D., i Clark, L.A. (1997). Extraversion and Its Positive Emotional Core. En *Handbook of Personality Psychology* (p. 767-793). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/b978-012134645-4/50030-5>

- Watson D. (2009). Differentiating the mood and anxiety disorders: a quadripartite model. *Annual review of clinical psychology*, 5, 221–247. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153510>
- Wei, Y., Ullah, G., i Schiff, S.J. (2014). Unification of neuronal spikes, seizures, and spreading depression. *Journal of Neuroscience*, 34(35), 11733-11743. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0516-14.2014>
- Yang, S.K., i Ha, Y. (2019). Predicting posttraumatic growth among firefighters: The role of deliberate rumination and problem-focused coping. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(20). <https://doi.org/10.3390/ijerph16203879>
- Zinbarg, R.E., Uliaszek, A.A., i Adler, J.M. (2008). The role of personality in psychotherapy for anxiety and depression. *Journal of personality*, 76(6), 1649–1688. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00534.x>

**Temperament i caràcter en la depressió postpart i la seva relació amb variables clíniques**

### 3.4.1. Resum Estudi 2

La DPP es defineix sovint com un trastorn depressiu major (però, de vegades, també s'inclou la depressió menor) que es produeix en el període postpart. Les estimacions de prevalença per a la DPP varien àmpliament i es situen al voltant del 10-15%.

Des de fa unes dècades hi ha hagut un interès creixent per l'estudi dels factors de risc associats a la DPP. Com és sabut, la personalitat és un dels principals factors associats a la depressió tant en el període perinatal com fora d'aquest període (Akiskal i cols., 1983; Hirschfeld i cols., 1983; Jylhä i Isometsä, 2006), malgrat que l'estudi de la relació entre personalitat i depressió és complexa. Diversos estudis han informat que els pacients amb depressió major reporten nivells més elevats *d'evitació del dany* i nivells *d'autodirecció* més baixos que els controls sans (Celikel i cols., 2009; Matsudaira i Kitamura, 2006; Svrakic, Przybeck i Cloninger, 1992; Celikel i cols., 2009; Kronström i cols., 2011). Hi ha pocs estudis que haguin avaluat la relació entre el temperament i el caràcter i la depressió perinatal.

Els objectius del present treball són: 1) Avaluar les dimensions de temperament i caràcter en un grup de dones diagnosticades i recuperades d'un episodi depressiu en el postpart (criteris DSM).

2) Investigar la relació entre el temperament i el caràcter en un grup de dones diagnosticades d'un episodi depressiu en el postpart (criteris DSM) i variables clíniques, en particular la gravetat dels símptomes depressius.

La mostra d'aquest estudi forma part d'un projecte més ampli que estudiava el curs clínic de la DPP en els 24 mesos posteriors al part (Torres i cols., 2019) i va estar formada per 108 dones diagnosticades d'un episodi depressiu major (criteri DSM-IV) que van ser reclutades dins d'un Programa de Psiquiatria Perinatal d'un hospital universitari. Totes les dones van realitzar una entrevista clínica semiestructurada per obtenir dades sociodemogràfiques (país de naixement, edat, educació, problemes financers), obstètriques (part, planificació de l'embaràs, lactància materna), característiques clíniques de l'episodi índex (aparició i subtipus de MPDE) i els antecedents psiquiàtrics personal i familiar. La intensitat de la simptomatologia depressiva es va avaluar a través del Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS); l'ansietat i els símptomes d'ansietat es van avaluar mitjançant l'inventari State Trait Anxiety Inventory (STAI); la ideació suïcida es va avaluar amb l'ítem 3 de l'escala Hamilton Depression Rating Scale (HDRS); el temperament i el caràcter van ser avaluats amb el Temperament and Character Inventory (TCI).

Els principals resultats de l'estudi van mostrar que les dones deprimides en el postpart, un cop la simptomatologia havia remès, van puntuar més alt en *evitació del dany* i més baix en *autotrascendència*. *L'evitació del dany* ha estat associada a diverses variables clíniques implicades en la gravetat de l'episodi depressiu: intensitat de la simptomatologia ansiosa i depressiva, comorbiditat, antecedents personals de DPP, episodi depressiu recurrent i ideació suïcida. Finalment, s'ha vist que la simptomatologia ansiosa, la ideació suïcida, la dependència a la recompensa i l'evitació del dany han resultat ser factors predictors de la gravetat de la simptomatologia depressiva en el postpart.

### 3.4.1 Introducció

La depressió postpart (DPP) és una de les complicacions que pot passar desapercebuda durant la maternitat i, com a tal, representa un important problema de salut pública que afecta les dones i les seves famílies. La DPP es defineix sovint com un trastorn depressiu major (però, de vegades, també s'inclou la depressió menor) que es produeix en el període postpart. L'estudi sobre el curs evolutiu del trastorn ha portat a un plantejament més ampli, considerant la depressió perinatal com un quadre depressiu que abarca des de l'embaràs fins a un any després del part (Gavin i cols., 2005, Van Niel i Payne, 2020).

Les estimacions de prevalença per a la DPP varien àmpliament a causa de diversos criteris implicats en l'estudi d'aquest trastorn, com ara període de temps considerat per les avaluacions, l'aproximació diagnòstica i els instruments utilitzats per la seva detecció (simptomatologia o criteris diagnòstics) i les poblacions investigades, entre d'altres. En una interessant revisió sistemàtica, Gavin i cols. (2005) van incloure només aquells estudis que van utilitzar l'avaluació basada en entrevistes que van confirmar el diagnòstic de DPP. La troballa més significativa del seu estudi va ser la constatació d'una prevalença del 19.2% per a depressió major i menor (concretament, el 7.2% va ser per depressió major) en els primers tres mesos del postpart. En una metaanàlisi més recent (Shorey i cols., 2018), els autors van estudiar la prevalença de la depressió postpart en 37 294 mares sanes sense antecedents de depressió, inclosa la DPP i que van donar a llum a nadons sans a terme. En els resultats els autors apuntaven a una prevalença global del 17% (IC del 95%: 12 – 20).

Hi ha hagut un interès per estudiar els factors de risc per la DPP en el període perinatal. Disposem de diversos metaanàlisis (Beck, 2001, Hutchens i Kearney, 2020; O'Hara i Swain, 1996, Robertson i cols., 2004; Zhao i Zhang, 2020) mostrant l'existència d'alguns factors de risc amb associacions de moderades a fortes, entre els que destacarien els antecedents

de depressió, depressió i ansietat durant l'embaràs, violència i abús, determinats trets de personalitat, baixa autoestima, postpartum blues, esdeveniments vitals estressants (inclosos els estressors relacionats amb la cura dels infants), mala relació de parella i manca de suport social.

La personalitat és un dels principals factors associats a la depressió (Akiskal i cols., 1983; Hirschfeld i cols., 1983; Jylhä i Isometsä, 2006) malgrat que l'estudi de la relació entre personalitat i depressió és complexa. Es disposa d'una gran varietat de models que intenten explicar la relació entre la personalitat i l'estat d'ànim (Akiskal i cols., 1983; Klein i cols., 1993; Krueger i Tackett, 2003) i que describim a continuació:

1. La personalitat és un precursor dels trastorns depressius.
2. La personalitat predisposa a desenvolupar trastorns depressius.
3. La personalitat té efectes patoplàstics sobre la depressió.
4. Les característiques de la personalitat són concomitants dels episodis depressius.
5. Algunes característiques de la personalitat poden modificar-se com a conseqüència d'un episodi depressiu.

Un dels models de personalitat existents adreçat a l'estudi del temperament i el caràcter és el proposat per Cloninger. Cloninger i cols. (1993) van proposar un model psicobiològic que contemplava set dimensions per explicar la personalitat. Quatre d'elles corresponen al temperament i tres al caràcter. Segons la seva teoria, el temperament està determinat genèticament, es manifesta de forma independent des de les primeres etapes de la vida i determina les respostes automàtiques del comportament. Aquest consta de quatre dimensions: *l'evitació del dany*, *la búsqueda de novetats*, *la dependència de la recompensa* i *la persistència*. Per altra banda, el caràcter es refereix al conjunt de característiques de personalitat que s'estructuren a partir del desenvolupament per mecanismes d'aprenentatge sociocultural i que tendeixen a modificar-se al llarg de la vida de la

persona. El caràcter consta de tres dimensions: *autodirecció*, *cooperació* i *autotrascendència*. Per tal de realitzar les avaluacions d'aquestes dimensions, Cloninger va desenvolupar el Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ, Cloninger, Przybeck i Svrakic, 1991) i el Temperament and Character Inventory (TCI, Cloninger, Svrakic i Przybeck, 1993; Cloninger i cols., 1994; Cloninger i cols., 1999; Gutiérrez-Zotes i cols., 2004).

Els treballs que s'han dut a terme per estudiar el temperament i el caràcter en la depressió apunten que *l'evitació del dany* s'associa conceptualment i empíricament amb el sistema d'inhibició conductual, mentre que la *búsqueda de novetats* i la *persistència* s'associen amb el sistema d'activació conductual. De la mateixa manera, *l'evitació del dany* es correlaciona positivament amb el neuroticisme/emocionalitat negativa i negativament amb l'extraversió/emocionalitat positiva; *l'autodirecció* es correlaciona negativament amb el neuroticisme/emocionalitat negativa i la *búsqueda de novetats* s'associa amb l'extraversió/emocionalitat positiva (Fruyt i cols., 2000). Diversos estudis han informat que els pacients amb depressió major reporten nivells més elevats *d'evitació del dany* i nivells *d'autodirecció* més baixos que els controls sans (Celikel i cols., 2009; Matsudaira i Kitamura, 2006; Svrakic, Przybeck i Cloninger, 1992; Celikel i cols., 2009; Kronström i cols., 2011).

La investigació apunta diferents associacions entre les dimensions de temperament i caràcter i algunes variables clíniques. Diversos estudis van demostrar que *l'evitació del dany*, que reflecteix la propensió individual a evitar situacions potencialment perilloses, està correlacionada positivament amb l'estat d'ànim depressiu (Celikel i cols., 2010; Cloninger i cols., 2006; Farmer i Seeley, 2009; Furumura i cols., 2012; Jylhä i Isometsä, 2006; Matsudaira i Kitamura, 2006; Spittlehouse i cols., 2010). S'ha proposat que les diferències individuals en *l'evitació del dany* són conseqüències de la variabilitat en la regulació de l'excitació, que pot indicar més susceptibilitat a trastorns afectius (Hariri i

cols., 2005; Zuckerman i Kuhlman, 2000). També s'ha demostrat que *l'evitació del dany* modifica l'efecte del tractament dels antidepressius sobre la depressió major (Quilty i cols., 2010). Finalment, hi ha diversos estudis s'ha informat que hi ha una relació positiva i significativa entre *l'evitació del dany* i la gravetat de la depressió (Arkar, 2010; Chen i cols., 2015; Jylhä i Isometsä, 2006).

La majoria de les dimensions del sistema de Cloninger estan influenciades per l'estat d'ànim de la persona avaluada (Farmer i cols., 2003); tanmateix, s'han reportat nivells fora de la normalitat en *evitació del dany* i *autodirecció* fins i tot després de la remissió de la simptomatologia depressiva (Smith i cols., 2005). Tot i així, les puntuacions elevades en *evitació del dany* i menors en *autodirecció* també són característiques de la majoria dels trastorns d'ansietat, indicant que aquests efectes no són específics d'un únic trastorn (Öngür i cols., 2005).

Malgrat que la personalitat té un paper important per apuntar aquelles dones que poden tenir un major risc de deprimir-se, hi ha pocs estudis que hagin avaluat la relació entre el temperament i el caràcter i la depressió perinatal. Dos d'ells, estan centrats en el període de l'embaràs. Els autors conclouen que la severitat de la depressió durant l'embaràs era predita per una alta *evitació del dany* i una baixa *autodirecció* (Andriola i cols., 2011; Minatani i cols., 2013).

Kubota i cols. (2019) van conduir un estudi prospectiu i apunten que la intensitat de la simptomatologia depressiva i de *l'evitació del dany* durant l'embaràs prediuen la simptomatologia depressiva en el postpart.

Fins on sabem, només hi ha dos estudis que estan centrats específicament en el postpart (Furumura i cols., 2012; Josefsson i cols., 2007). Josefsson i cols. (2007) van investigar si les dones diagnosticades de DPP presentaven un perfil de personalitat diferent respecte a tres altres grups: dones puèrperes sanes, dones diagnosticades de depressió major fora del postpart i dones sanes de la població general (grup control). Entre els resultats més



rellevants destaquen que les dones deprimides en el postpart tenen puntuacions més elevades en *evitació del dany i autotrascendència* i inferiors a *autodirecció i cooperació* respecte les dones puèrperes sanes. Per últim, van veure que el perfil de temperament i caràcter de les dones amb DPP era similar al de les dones diagnosticades de depressió major. Aquests resultats podrien afegir-se a les dades que apunten que un episodi depressiu en el postpart no difereix significativament d'un episodi depressiu que té lloc fora del període perinatal.

Finalment, Furumura i cols (2012) van mostrar que no hi havia diferències pel que fa a la intensitat de *l'evitació del dany* durant l'embaràs entre les dones que es van deprimir i les que no en el postpart. Entre les dones no deprimides, la intensitat de la simptomatologia depressiva i de *l'evitació del dany* no van variar significativament entre l'embaràs i el postpart. Per contra, en el grup de dones deprimides aquestes dues puntuacions van augmentar significativament en el postpart. Aquests resultats suggereixen que la intensitat de *l'evitació del dany* durant l'embaràs no pot ser considerat un factor de risc pel desenvolupament de la DPP i un estat-dependència de *l'evitació del dany* i l'estat d'anímic de les dones.

Entendre l'associació entre el temperament i el caràcter i la depressió pot ajudar en l'abordatge d'aquest trastorn i aportar diverses consideracions importants de cara a la investigació i la pràctica clínica. En primer lloc, els trets de personalitat estan associats a l'experiència emocional, tant pel que fa a l'expressió, com a la regulació i això pot suposar un fenotip intermedi que proporcionï dianes genètiques molt útils per la investigació neurobiològica (Canli, 2008). En segon lloc, la personalitat pot ser útil per identificar subgrups més homogenis de persones afectades pels trastorns depressius que difereixen en trajectòries de desenvolupament i influències etiològiques (Beck, 1983). Tercer, estudiar i determinar els camins existents entre la personalitat i els trastorns depressius pot ajudar a entendre els processos implicats en el desenvolupament de trastorns de

l'estat d'ànim (Compas i cols., 2004, Klein i cols., 2008, Lahey, 2009). En quart lloc, tenir en compte la personalitat de les pacients pot ser útil per personalitzar i adaptar el tractament (Zinbarg i cols., 2008), així com predir la resposta al mateix (Quilty i cols., 2008a). Cinquè, el temperament i la personalitat poden suposar un mitjà per identificar les persones de risc a desenvolupar un trastorn depressiu i que podrien beneficiar-se dels esforços de prevenció i d'una intervenció precoç (Kovacs i Lopez-Duran, 2010). Finalment, és coneguda l'existència d'una comorbilitat important entre els trastorns depressius i altres trastorns psicopatològics. Alguns trets de personalitat, com el neuroticisme, s'associen a múltiples malalties psiquiàtriques. Per tant, la personalitat podria ajudar a explicar els patrons de comorbilitat i donaria informació interessant per dissenyar sistemes de classificació etiològicament més rellevants (Brown i Barlow, 2009; Kotov i cols., 2007; Watson, 2009).

Un cop feta la revisió de la literatura i constatat que no es disposen de gaire estudis adreçats a l'anàlisi de les dimensions de temperament i caràcter de Cloninger en DPP i encara menys que hagin contrastat el diagnòstic amb criteris DSM, decidim impulsar aquest estudi amb la finalitat de:

- 1) Avaluar les dimensions de temperament i caràcter en un grup de dones diagnosticades i recuperades d'un episodi depressiu en el postpart (criteris DSM).
- 2) Investigar la relació entre el temperament i el caràcter en un grup de dones diagnosticades d'un episodi depressiu en el postpart (criteris DSM) i variables clíniques, en particular la gravetat de la simptomatologia depressiva i ansiosa, la ideació suïcida, la comorbilitat, entre d'altres.

### 3.4.2 Mètode

#### Disseny de l'estudi i participants

Les dones participants en aquest estudi van ser reclutades dins d'un Programa de Psiquiatria Perinatal d'un hospital universitari. La mostra forma part d'un projecte més ampli que estudiava el curs clínic de la DPP durant els 24 mesos del postpart (Torres i cols., 2019) i va estar formada per 108 dones que van ser derivades a un programa especialitzat de psiquiatria perinatal per confirmar el diagnòstic i rebre tractament.

Els criteris *d'inclusió* per formar part de l'estudi van ser:

- Que les mares tinguessin un episodi depressiu major durant el postpart, confirmat per criteris DSM-IV.
- Que l'episodi depressiu tingués lloc dins dels 6 mesos del postpart.
- Què acceptessin rebre atenció en el Programa de Psiquiatria Perinatal.

Els criteris *d'exclusió* van ser els següents:

- Diagnòstics previs de trastorn mental orgànic, trastorn bipolar o trastorn psicòtic en l'inici de l'estudi segons criteris DSM-IV.
- Què no parlessin llengua castellana.
- Analfabetisme
- Mort perinatal
- Canvi de residència previst en els següents 2 anys

Totes les mares van ser avaluades (línia base) per dues investigadores per determinar l'elegibilitat per l'estudi. La confirmació del diagnòstic d'episodi depressiu major (criteri DSM-IV) es va fer mitjançant l'ús de l'Entrevista Clínica Estructurada (SCID-I/P) (First i cols., 1995), concretament a través del mòdul per la depressió.

Pel que fa al seguiment, aquest es va dur a terme per entrevistadors independents als 2, 6, 12, 18 i 24 mesos mitjançant l'ús del *Longitudinal Interval Follow-up Evaluation* (LIFE; Keller i cols., 1987). A través d'aquest seguiment, es va poder determinar el moment en què la simptomatologia depressiva havia remès i les dones participants estaven recuperades de l'episodi depressiu major.

Abans d'entrar en l'estudi, totes les dones van signar un consentiment informat. L'estudi va ser aprovat pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica de la Institució.

### **Instruments**

Totes les dones que van formar part de l'estudi van ser avaluades mitjançant una entrevista clínica semiestructurada amb la finalitat de recollir informació sobre: dades sociodemogràfiques, obstètriques, característiques clíniques de l'episodi índex (aparició i subtipus de l'episodi depressiu major i història psiquiàtrica personal i familiar.

### *Depressió*

La confirmació del diagnòstic d'episodi depressiu major (criteri DSM-IV) es va fer mitjançant l'ús de l'Entrevista Clínica Estructurada (SCID-I/P) (First i cols., 1995), concretament a través del mòdul per la depressió.

Per altra banda, també es va avaluar la intensitat de la simptomatologia depressiva a través de l'Escala de depressió postnatal d'Edimburg (EPDS; Cox i cols., 1987; Garcia-Esteve i cols., 2003). L'EPDS és una escala autoinformada de 10 ítems amb quatre opcions de resposta i una puntuació total que oscil·la entre 0 i 30, que s'utilitza per avaluar els símptomes depressius en el postpart experimentats al llarg de la setmana anterior a la realització de la prova. En aquest estudi es va utilitzar la versió espanyola validada de l'EPDS (Garcia-Esteve i cols., 2003).

### *Curs clínic de l'episodi depressiu major*

*Longitudinal Interval Follow-up Evaluation* (LIFE; Keller i cols., 1987). Es tracta d'una entrevista semiestructurada que s'utilitza per avaluar el curs clínic de pacients amb un episodi depressiu major.

És una entrevista semiestructurada que permet recollir i codificar de forma longitudinal el curs clínic, el funcionament, el tractament i altres dades clíniques, mitjançant un sistema de classificació setmanal retrospectiu. El LIFE valora la psicopatologia mitjançant una qualificació de 6 punts (PSR). Obtenir una puntuació PSR de 6 implica complir tots els criteris DSM-IV per un episodi depressiu major amb símptomes psicòtics o amb un important deteriorament funcional. Les diferents puntuacions corresponen a graduacions en la gravetat del quadre depressiu. Una puntuació PSR de 2 indica la presència d'1 o 2 símptomes depressius ocasionals lleus. La manca de símptomes es correspon amb una puntuació PSR d'1. La recuperació d'un episodi depressiu o la remissió completa requereix 8 setmanes consecutives amb una puntuació PSR de 2 o menys (cap símptoma o simptomatologia mínims) (Keller i cols., 1992).

### *Ideació suïcida*

La ideació suïcida va ser avaluada amb l'ítem 3 de l'escala de valoració de la depressió de Hamilton (HDRS; Hamilton i cols., 1960). Aquest ítem avalua el risc de suïcida, que es classifica segons la següent escala:

- Absent (0 punts)
- Li sembla que la vida no val la pena ser viscuda (1 punt)
- Desitjaria estar mort o té pensaments sobre la possibilitat de morir-se (2 punts)
- Idees de suïcida o amenaces (3 punts)
- Intents de suïcida (4 punts)

En aquest estudi, qualsevol resposta diferent de 0 es va considerar la presència d'ideació suïcida.

### *Ansietat*

L'ansietat tret i els símptomes d'ansietat es van avaluar mitjançant el *State Trait Anxiety Inventory* (STAI; Spielberger i cols., 2002) validat en població espanyola. El STAI és un qüestionari autoinformat que està dissenyat específicament per mesurar l'ansietat. Té dues escales d'autoavaluació per mesurar dos conceptes independents de l'ansietat: l'ansietat-estat i l'ansietat-tret. Els autors, defineixen l'ansietat-estat com una condició emocional transitòria de l'organisme, caracteritzada per sentiments subjectius de tensió i aprensió. L'ansietat-tret està definida com una propensió ansiosa estable que fa percebre a les persones i les situacions com amenaçadores, elevant així l'ansietat. Les dues l'escales tenen 20 ítems cadascuna, que es puntuen en una escala tipus Likert amb quatre opcions de resposta (de 0 a 3).

### *Temperament i caràcter*

Per avaluar les dimensions de temperament i caràcter es va utilitzar el *Temperament and Character Inventory* (TCI, Cloninger i cols., 1994). Aquest instrument està fonamentat en el model de Cloninger, que és un model dimensional i psicobiològic de la personalitat que integra el paper de variables temperamentals i caracterials en la determinació de la conducta (Cloninger i cols., 1993; Cloninger i cols., 1994).

El TCI és un instrument de 240 ítems que mesura les quatre dimensions del temperament:

- La *búsqueda de novetat* (NS, Novelty Seeking)
- *L'evitació del dany* (HA, Harm Avoidance)
- La *dependència de la recompensa* (RD, Reward Dependence)
- La *persistència* (P, Persistence)

i les tres dimensions del caràcter:

- *L'autodirecció* (SD, Self-Directedness),
- La *cooperació* (C, Cooperativeness),
- *L'autotrascendència* (ST, Self-Trascendence).

Per evitar qualsevol efecte de l'estat afectiu en les avaluacions del temperament i caràcter, es va administrar el TCI (TCI, Cloninger i cols., 1994; versió espanyola, Gutiérrez i cols., 2001) després d'una remissió completa de la simptomatologia depressiva (puntuació PSR = 2 o menys).

A partir de la correcció del qüestionari, es van obtenir les puntuacions T i també es va utilitzar una classificació categòrica del temperament i el caràcter de la següent forma:

- Les puntuacions T superiors a 60 es van definir com puntuacions “altes” en la dimensió del temperament o caràcter.
- Les puntuacions T entre 40-60 es van definir com puntuacions “mitges” en la dimensió del temperament o caràcter.
- Les puntuacions T menys de 40 es van definir com puntuacions “baixes” en la dimensió del temperament.

### **Anàlisi estadístic**

En l'anàlisi descriptiva es van utilitzar les freqüències absolutes i relatives en el cas de les variables categòriques i el càlcul de mitjanes i desviacions estàndards per a les variables contínues. En l'anàlisi univariada es van usar el test de contingència chi-quadrat ( $\chi^2$ ) i la prova T de Student per a les variables categòriques i contínues, respectivament.

Es va utilitzar una anàlisi de correlacions de Pearson per explorar si les dimensions de temperament i caràcter estaven associades a la simptomatologia depressiva i ansiosa.

A nivell multivariat, es va realitzar una anàlisi de regressió lineal seguint el mètode Backward Stepwise, en el que es van introduir totes les variables a l'equació i després es

van anar eliminant una a una. Es va utilitzar la intensitat de la simptomatologia depressiva com variable dependent. Les variables independents introduïdes van ser les que van resultar significatives en l'anàlisi bivariada. Es va verificar el supòsit de no-colinealitat per descartar que les variables predictores estiguessin correlacionades entre elles i per tant, assegurat la fiabilitat del model predictiu.

La significació estadística de totes les proves es va establir en  $p < 0,05$ .

Per últim explicar que totes les anàlisis es van realitzar amb el programa informàtic SPSS (versió 26.0).

### 3.4.4 Resultats

#### Característiques de la mostra

A la *taula 13* es pot veure un resum de les principals característiques de la mostra. En aquest estudi van participar un total de 108 dones diagnosticades d'un episodi depressiu major en el postpart, segons criteris DSM-IV. L'edat mitjana de les mares va ser de 32.8 anys (DE = 5.21; rang: 22-42) i la majoria de d'elles eren de nacionalitat espanyola (87.5%). Aproximadament, el 70% de les mares van declarar haver completat un nivell d'educació secundària o superior i en el moment de l'estudi, estaven actives laboralment. El 14.6% de la mostra va informar que patia problemes econòmics. Al voltant del 59.4% eren primíparaes, el 69.8% va informar que l'embaràs estava planificat i el 57.3% va obtenir per l'al·letament matern en el moment de la valoració. El 63 % tenen antecedents personals de depressió i el 15% havien tingut un episodi depressiu previ en el postpart.

El 7.4% de les dones van declarar antecedents personals d'intents de suïcidi i el 31.7% va reportar antecedents psiquiàtrics en familiars de primer grau (42.7% antecedents familiars de trastorns afectius). Un total de 45 dones (41.7%) van reportar ideació suïcida.



En la majoria dels casos, l'aparició de l'episodi afectiu actual es va produir després del part (73.7%) i el 37% d'aquests van complir criteris DSM-IV per a la melancolia.

Pel que fa a les variables clíniques, la mitjana de l'EPDS va ser de 19.8 (DE = 4.15, rang = 10-29), en el STAI-tret va ser de 34.91 (DE = 11.38, rang = 3-55, percentil 74) i en el STAI-estat va ser de 37.26 (DE = 11.34, rang= 6-57, percentil 80).

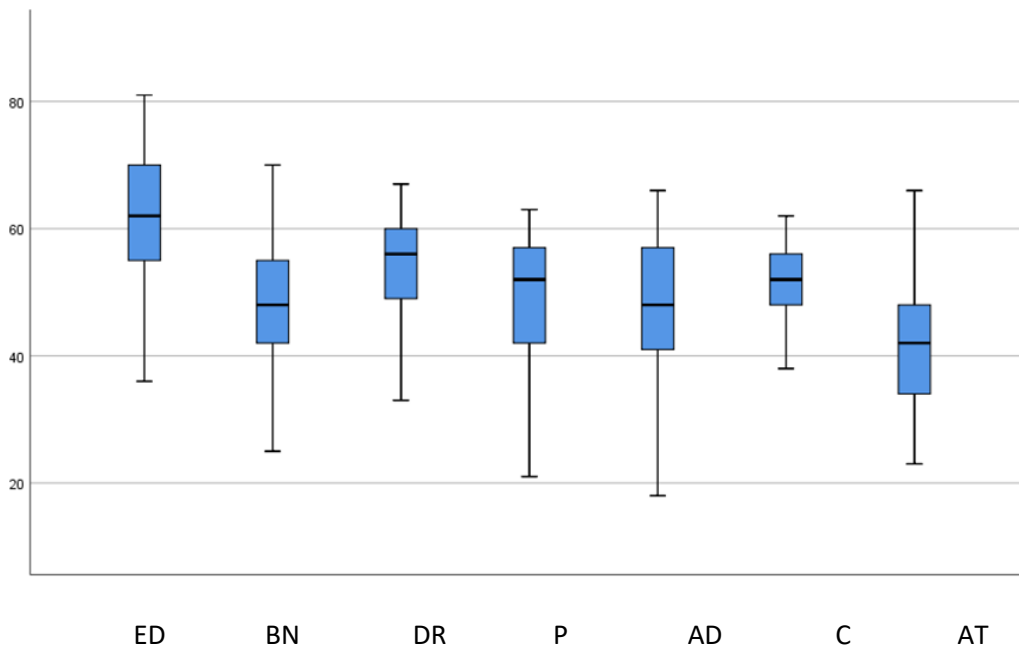
**Taula 13.** Característiques descriptives de la mostra

		n	%
<b>País de naixement</b>	Espanya	84	87.5%
	Altres	12	12.5%
<b>Nivell d'estudis</b>	Sense estudis	3	3.1%
	Primaris	25	26%
	Secundaris	32	33.3%
	Superiors	36	37.5%
<b>Situació socioeconòmica</b>	Sense problemes econòmics	45	46.9%
	Problemes econòmics ocasionals	32	33.3%
	Problemes econòmics	14	14.6%
	Problemes econòmics greus	5	5.2%
<b>Nº de fills/es</b>	1	57	59.4%
	2	31	32.3%
	3	6	6.3%
	4	2	2.1%
<b>Actives laboralment durant embaràs</b>	Si	66	68.75%
	No	30	31.25%
<b>Planificació de l'embaràs</b>	Si	67	69.8%
	No, però acceptat	22	22.9%
	No, va ser un accident	7	7.3%
<b>Relació de parella</b>	Afectuosa	27	28.1%
	Bona, desacords puntuals	39	40.6%
	Distant, certes tensions	13	13.5%
	Plantejament de ruptura	17	17.7%
<b>Alletament matern</b>	Si	55	57.3%
	No	41	42.7%
<b>Nº ingressos psiquiàtrics previs</b>	0	79	97.5%
	1	1	1.2%
	2	1	1.2%
<b>Antecedents personals d'intents de suïcidi</b>	Si	6	7.4%
	No	75	92.6%
<b>Episodis depressius en el postpart previs</b>	Primípara	53	59.6%
	Si	13	14.6%
	No	23	25.8%
<b>Diagnòstics afectius previs</b>	Si	54	62.8%
	No	32	37.2%
<b>Antecedents familiars de primer grau de malaltia psiquiàtrica</b>	Si	26	31.7%
	No	56	68.3%
<b>Antecedents familiars de primer grau de trastorn</b>	Si	35	42.7%
	No	47	57.3%
<b>Antecedents familiars de primer grau de suïcidi</b>	Si	5	6.1%
	No	77	93.9%
<b>Inici de l'episodi actual</b>	Abans de l'embaràs	7	7.4%
	Durant l'embaràs	18	18.9%
	Després de l'embaràs	70	73.7%
<b>Subtipus de l'episodi depressiu major</b>	Melancolia	30	37%
	Depressió atípica	14	17.3%
	Depressió psicòtica	2	2.5%
	No especificat	35	43.2%

### Les dimensions de temperament i caràcter de Cloninger

A la *figura 4* es presenten les puntuacions T de temperament i caràcter obtingudes en la mostra de dones deprimides un cop la simptomatologia havia remès i en la *taula 14* es mostren les puntuacions T obtingudes TCI en les subescales de temperament i caràcter. Aquests resultats mostren que les dones deprimides i recuperades van puntuar més alt en *evitació del dany*, concretament una desviació estàndard per sobre de la mitjana, destacant especialment les subescales de *preocupació i pessimisme, por a la incertesa i fatigabilitat*. A més, destaca també que les dones d'aquest estudi van puntuar més baix en *autotrascendència*, en concret, gairebé una desviació estàndard per sota de la mitjana, destacant especialment la subescala *d'acceptació espiritual*.

**Figura 4.** Perfil de personalitat de les dones deprimides i recuperades segons l'inventari Temperament and Character Inventory (TCI)



ED, puntuació total Evitació del Dany; BN, puntuació total Búsqueda de novetat; DR, puntuació total Dependència a la recompensa; P, puntuació total Persistència; AD, puntuació total Autodirecció; C, puntuació total Cooperació; AT, puntuació total Autotrascendència

**Taula 14.** Mitjanes de les puntuacions T de les dimensions i subescales de l'inventari de TCI de la mostra de dones diagnosticades d'episodi depressiu en el postpart

Dones deprimides		
Puntuacions T Mitjana (DE)	Dimensió	Subescala
<b>61.21 (10.8)</b>	<b>HA</b>	<b>Evitació del dany</b>
59.0 (12.3)	HA1	Preocupació i pessimisme
58.6 (10.2)	HA2	Por a la incertesa
54.8 (10.2)	HA3	Timidesa social
61.1 (11.4)	HA4	Fatigabilitat
<b>47.9 (9.5)</b>	<b>NS</b>	<b>Búsqueda de novetat</b>
47.6 (10.1)	NS1	Excitabilitat exploratòria
52.0 (10.4)	NS2	Impulsivitat
47.8 (9.0)	NS3	Extravagància
46.4 (9.8)	NS4	Desordre
<b>54.7 (8.2)</b>	<b>RD</b>	<b>Dependència a la recompensa</b>
54.4 (7.6)	RD1	Sentimentalitat
53.0 (10.0)	RD3	Aferrament o vincle
52.6 (9.2)	RD4	Dependència
<b>48.4 (10.6)</b>	<b>P</b>	<b>Persistència</b>
<b>47.5 (11.2)</b>	<b>SD</b>	<b>Autodirecció</b>
48.4 (10.8)	SD1	Responsibilitat
46.6 (11.9)	SD2	Determinació
41.2 (11.9)	SD3	Autoeficàcia
53.2 (9.3)	SD4	Autoacceptació
46.7 (11.1)	SD5	Hàbits congruents
<b>51.3 (6.9)</b>	<b>C</b>	<b>Cooperació</b>
50.9 (8.7)	C1	Acceptació social
50.2 (9.2)	C2	Empatia
47.6 (9.2)	C3	Ajuda als altres
52.2 (6.7)	C4	Compassió
52.7 (6.7)	C5	Principis
<b>42.0 (10.4)</b>	<b>ST</b>	<b>Autotrascendència</b>
48.5 (9.7)	ST1	Abstracció
44.7 (9.2)	ST2	Identificació transpersonal
38.4 (11.2)	ST3	Acceptació espiritual

**Temperament i caràcter i la seva relació amb variables clíniques**

La gravetat de la simptomatologia depressiva avaluada amb EPDS es va correlacionar significativament amb la *l'evitació del dany* ( $r=0.266$ ;  $p < 0.01$ ) i negativament amb la *dependència a la recompensa* ( $r= -0.278$ ;  $p < 0.01$ ). La intensitat de la simptomatologia ansiosa avaluada amb el STAI es va correlacionar significativament amb *l'evitació del dany* ( $r=0.294$ ;  $p < 0.01$ ). *L'ansietat-tret* avaluada amb el STAI es va correlacionar significativament amb *l'evitació del dany* ( $r=0.239$ ;  $p < 0.05$ ) i *l'autotrascendència* ( $r=0.292$ ;  $p < 0.01$ ) i negativament amb *l'autodirecció* ( $r=-0.286$ ;  $p < 0.01$ ). A la *taula 15* es poden veure la resta de les correlacions.

**Taula 15.** Correlacions entre dimensions de temperament i caràcter (TCI) i altres variables clíniques

	Evitació dany	Bus.nov	Dep.rec	Persis.	Autodir.	Coop.	Autotra.	EPDS	STAI-estat	STAI-tret
Evitació dany	1									
Búsqueda novetat	-.351**	1								
Dependència.recompensa	-.101	.029	1							
Persistència	.050	-.299**	.107	1						
Autodirecció	-.574**	.013	.248**	.066	1					
Cooperació	-.221**	-.140	.513**	.227*	.337**	1				
Autotrascendència	.047	-.065	.023	.077	-.196*	.113	1			
EPDS	.266**	-.096	-.278**	-.050	-.125	-.082	.148	1		
STAI-estat	.294**	-.061	-.152	.018	-.093	-.034	.124	.465**	1	
STAI-tret	.239*	-.008	-.155	.004	-.286**	.000	.292**	.035	.293**	1

ED, puntuació total Evitació del Dany; BN, puntuació total Búsqueda de novetat; DR, puntuació total Dependència a la recompensa; P, puntuació total Persistència; AD, puntuació total Autodirecció; C, puntuació total Cooperació; AT, puntuació total Autotrascendència; EPDS, Edingburg postnatal depressive scale, STAI, questionari d'ansietat estat i ansietat tret de Spielberg.

A la *taula 16* es mostren només aquelles variables clíniques en les que s'ha trobat diferències significatives a nivell de les dimensions de temperament i caràcter. En aquestes anàlisis es va utilitzar una classificació categòrica de les mateixes.

El percentatge de dones amb una "alta" *evitació del dany* (69.8% vs. 43.4%;  $p = 0.02$ ) i "baixa" *autodirecció* (32.6% vs. 9.4%;  $p = 0.007$ ) va ser superior entre el grup d'episodi depressiu recurrent respecte el grup d'episodi depressiu únic. Per contra, el percentatge de dones amb una "baixa" *autotrascendència* (30.3% vs. 59.9%;  $p = 0.007$ ) va ser inferior en entre el grup de dones que van reportar episodi depressiu recurrent respecte el grup que va reportar episodi depressiu únic.

El percentatge de dones amb "alta" *evitació del dany* (74% vs. 46%;  $p = 0.047$ ) i "baixa" *autodirecció* (13% vs. 16%;  $p=0.029$ ) va ser superior en el grup de dones que tenien comorbilitat respecte a les que no tenien comorbilitat.

Pel que fa als antecedents de DPP, el percentatge de dones amb "alta" *evitació del dany* (75% vs. 61%;  $p=0.000$ ) va ser superior en el grup de dones que tenien antecedents de DPP respecte les que no.

Finalment, el percentatge de dones amb "alta" *evitació del dany* (69% vs. 46%;  $p = 0.039$ ) va ser superior en el grup de dones que van reportat ideació suïcida respecte les que no tenien ideació suïcida.

La resta de variables estudiades (tipus d'episodi depressiu, planificació de l'embaràs, moment de l'inici de l'episodi depressiu actual) no van resultar ser significatives.

**Taula 16.** Diferències entre temperament i caràcter (TCI) i variables clíniques

		Episodi depressiu únic	Episodi depressiu recurrent	X <sup>2</sup>	p
<b>Evitació dany</b>	Baix	3 (5.7%)	0 (0%)	7.868	0.02
	Mig	27 (50.9%)	13 (30.2%)		
	Alt	23 (43.4%)	30 (69.8%)		
<b>Auto-direcció</b>	Baix	5 (9.4%)	14 (32.6%)	9.820	0.007
	Mig	37 (69.8%)	26 (60.5%)		
	Alt	11 (20.8%)	3 (7%)		
<b>Auto-trascendència</b>	Baix	27 (50.9%)	13 (30.2%)	7.868	0.02
	Mig	23 (43.4%)	30 (55.2%)		
	Alt	3 (5.7%)	0 (0%)		
		No comorbilitat	Comorbilitat	X <sup>2</sup>	p
<b>Evitació dany</b>	Baix	1 (1.5%)	1 (4.3%)	6.104	0.047
	Mig	34 (50.7%)	5 (21.7%)		
	Alt	32 (47.8%)	17 (73.9%)		
<b>Auto-direcció</b>	Baix	9 (13.4%)	9 (39.1%)	7.103	0.029
	Mig	47 (70.1%)	11 (47.8%)		
	Alt	11 (16.4%)	3 (13%)		
		No ideació suïcida	Ideació suïcida	X <sup>2</sup>	p
<b>Evitació dany</b>	Baix	3 (4.8%)	0 (0%)	6.674	0.039
	Mig	31 (49.2%)	14 (31.1%)		
	Alt	29 (46.0%)	31 (68.9%)		
		Antecedents de DPP	No antecedents de DPP	X <sup>2</sup>	p
<b>Evitació dany</b>	Baix	0 (0%)	0 (0%)	91.106	0.000
	Mig	3 (25%)	9 (39.1%)		
	Alt	9 (75%)	14 (60.9%)		

Finalment, en l'anàlisi multivariada es va realitzar una regressió lineal múltiple per predir la gravetat dels símptomes depressius avaluats amb l'EPDS (*veure taula 17*). Les variables predictorres que es van introduir van ser l'ansietat-estat, la ideació suïcida i 2 dimensions del temperament *l'evitació del dany* i *la dependència a la recompensa*. Aquest model va explicar el 33.5% de la variància total,  $F = 11.476$ ,  $p = 0.000$ .



**Taula 17.** Anàlisi de regressió lineal múltiple per predir la gravetat dels símptomes depressius (EPDS)

Model	Variable predictora	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustada	Error Estandard	R2 canvi	F canvi	<i>p</i>	$\beta$	<i>p</i>
		0.579	0.335	0.306	3.453	0.335	11.476	0.000		
	Simpt. ansiosa								0.149	0.000
	Evitació del dany								0.042	0.227
	Depend. recompensa								-0.098	0.026
	Ideació suïcida								1.350	0.075

### 3.4.5 Discussió

En aquest estudi s'han presentat uns resultats interessants sobre el perfil de temperament i caràcter avaluat amb el TCI de Cloninger d'un grup de dones diagnosticades d'un episodi depressiu major en el postpart segons criteris DSM-IV. En primer lloc, hem descrit el temperament i el caràcter d'aquest grup de les dones un cop es van recuperar de la DPP. En segon lloc, en el nostre estudi vam estudiar la relació entre els trets de temperament i caràcter i algunes variables clíniques, incloent la gravetat dels símptomes depressius, la ideació suïcida, la comorbiditat i els antecedents psiquiàtrics personal, entre d'altres.

Si ens centrem en el perfil de temperament i caràcter de les participants en el nostre estudi, la dada més rellevant és que les dones amb DPP van obtenir puntuacions més altes en *evitació del dany* i més baixes en *autotrascendència* respecte a la població normativa. Analitzant les subescales d'aquesta dimensió de temperament, podem afirmar que les dones amb DPP d'aquest estudi tenen més preocupacions anticipatòries, més por a la incertesa i més fatigabilitat; i menys imaginatives, convencionals i més materialistes. Aquesta troballa concorda amb els resultats obtinguts en estudis previs sobre temperament i caràcter de pacients amb depressió (Farmer i cols., 2003; Richter i cols.,

2000; Smith i cols., 2005; Zaninotto i cols., 2015). De fet, la majoria d'estudis, han demostrat que les persones amb trastorn depressiu puntuen més alt, com ja s'ha dit, en *evitació del dany*, però també més baix en *autodirecció* i *cooperació* (Celikel i cols., 2009; Cloninger i cols., 2006; Furumura i cols., 2012; Jylhä i Isometsä, 2006; Matsudarira i Kitamura, 2006; Nery i cols., 2009; Tanaka i cols., 1997). Per altra banda, Cloninger i cols. (2000) van trobar que els pacients psiquiàtrics ingressats puntuaven més baix en *autotrascendència* que un grup de persones adultes de la població general.

També ens ha semblat interessant poder comparar els nostres resultats amb els obtinguts en altres estudis centrats en el període perinatal. Josefsson i cols. (2006) van observar que les dones amb DPP puntuaven més alt en *evitació del dany* i més baix en *autodirecció* que les dones control sanes. Aquestes dades aportades per Josefsson es confirmen parcialment en el nostre estudi, indicant que les puntuacions elevades en *evitació del dany* poden ser vistes com un factor de vulnerabilitat pel desenvolupament de la DPP.

En un altre estudi, Furumura i cols. (2012) van examinar si *l'evitació del dany* podia ser o no un factor de risc pel desenvolupament de la DPP mesurada amb l'Escala de depressió postnatal d'Edimburg (EPDS) i també l'estat-dependència d'aquest tret amb la depressió. Contràriament als nostres resultats, van concloure que *l'evitació del dany* no es podia considerar un factor de risc per la DPP i confirmaven l'estat-dependència. Una explicació podria ser que l'experiència d'un episodi depressiu afecti negativament l'autoconcepte de la persona i que això influeixi en l'avaluació de la personalitat comportant un augment de la puntuació de *l'evitació del dany* (Celikel i cols., 2009). Aquest ha estat un tema que s'ha tingut en compte en el nostre treball, doncs sabem que els resultats de l'avaluació autoinformada del temperament i el caràcter poden estar influenciats per l'estat d'ànim de les persones participants. Hi ha estudis que van trobar que les persones amb depressió major reporten nivells més alts de neuroticisme/emocionalitat negativa quan estan

deprimides que quan no ho estan (Hirschfeld i cols., 1983, Kendler i cols., 1993; Ormel i cols., 2004).

El segon objectiu del present treball va ser estudiar la relació entre els trets de temperament i caràcter i algunes variables clíniques, com ara la gravetat dels símptomes depressius, la simptomatologia ansiosa, la ideació suïcida, la comorbilitat, els antecedents de DPP, i els antecedents psiquiàtrics personals, entre d'altres, que també poden estar relacionades amb un pitjor pronòstic del trastorn depressiu. La nostra hipòtesi de treball era que esperàvem que *l'evitació del dany i l'autotrascendència* influenciessin en alguns resultats adversos sovint associats a l'estat d'ànim depressiu. En el nostre estudi la intensitat de *l'autotrascendència* està relacionada positivament amb l'ansietat tret i també s'ha pogut constatar que les dones amb una *autotrascendència baixa* tendeixen a reportar amb major freqüència episodis depressius únics. S'ha identificat *l'autotrascendència* com un concepte rellevant en la salut mental, incloses les malalties depressives i el benestar emocional (Reed, 2014). Els estudis apunten que la depressió està associada amb puntuacions més baixes en *autotrascendència*. Les puntuacions baixes en aquesta dimensió del caràcter en els pacients amb depressió, planteja l'existència d'una sèrie de creences que poden modificar la conducta dels pacients i concebre la seva existència com aliena al seu entorn. Això podria explicar la presència de pensaments i conductes orientades cap a l'autodestrucció, com la ideació suïcida, símptoma freqüentment observat en els pacients amb depressió major (Minaya i cols., 2009).

En el nostre estudi, les dones amb puntuacions més altes en *l'evitació del dany* també van presentar major gravetat en la simptomatologia depressiva i la simptomatologia ansiosa. Se sap que *l'evitació de dany* té un paper important en l'aparició de símptomes depressius i en la gravetat de la depressió (Arkar, 2010; Chen, i cols., 2015; Hansenne i cols., 1999; Jylhä i Isometsä, 2006) i també en el període perinatal (Minatani i cols., 2013). Per altra banda, en el nostre estudi també podem observar que la simptomatologia depressiva

correlaciona amb la intensitat de la simptomatologia ansiosa, apuntant així l'alta comorbilitat entre els trastorns depressius i els trastorns de l'estat d'ànim.

Kubota i cols. (2019) van conduir un estudi prospectiu on van informar que les dones embarassades amb antecedents de trastorn depressiu major presentaven una intensitat significativament superior *d'evitació del dany* i símptomes depressius més greus tant en el període prenatal com en el postnatal en comparació amb aquelles sense antecedents de trastorn depressiu major. Aquestes dades van en la mateixa direcció que els resultats obtinguts en el nostre estudi, reforçant la importància del temperament i el caràcter en la gravetat de l'episodi depressiu en el postpart.

Com esperàvem, una altra troballa interessant que hem fet és que *l'evitació del dany* s'ha correlacionat amb l'ansietat tret. Aquests resultats confirmen les dades d'altres estudis que van reportar resultats similars (Brown i cols., 1992; Öngür i cols., 2005). De fet, Nery i cols. (2009) van afirmar que l'ansietat tret contribuïa a augmentar *l'evitació del dany* en pacients amb trastorn depressiu major.

Segons els nostres resultats, podem afirmar que *l'evitació del dany* està relacionada amb algunes variables clíniques que suggereixen un episodi depressiu més sever. Les dones amb episodis depressius recurrents, comorbilitat i ideació suïcides tenen puntuacions més altes en *l'evitació del dany* i aquestes dades repliquen els resultats publicats en altres estudis (Ballestri i cols., 2019; Kapman i Poutanen, 2011; Kronström i cols., 2011). En la revisió sistemàtica realitzada per Kapman i Poutanen (2011), els autors afirmen que existeix una associació indiscutible entre *l'evitació del dany* i la gravetat del simptomatologia depressiva i la recuperació de la depressió major. Els autors també apunten que hi ha evidències que suggereixen que l'alta *l'evitació del dany* indica susceptibilitat a depressió, però que calen més estudis longitudinals per confirmar-ho.

Com és sabut, la ideació suïcida és una de les conseqüències més greus de la DPP. De fet, les dades del nostre estudi demostren la presència de correlacions positives entre la

ideació suïcida i la simptomatologia ansiosa i l'ansietat tret, reforçant la hipotesi plantejada per Takegata i cols. (2019). Aquests autors van estudiar la ideació suïcida en una mostra de dones en el període perinatal i van trobar que les dones amb ideació suïcida tendien a expressar una *l'evitació del dany* més alta que les dones que no la presentaven. Tenint en compte que l'ansietat i la depressió són els principals factors de risc de la ideació suïcida, aquest tret del temperament podria implicar una vulnerabilitat individual al ser considerat un factor predisposant que connecta la depressió i la ideació suïcida.

En el nostre estudi, s'ha vist que la simptomatologia ansiosa, la ideació suïcida, la *dependència a la recompensa* i *l'evitació del dany* han resultat ser factors predictors de la gravetat de la simptomatologia depressiva en el postpart. En el nostre treball, *l'evitació del dany* no es mostra com un factor independent dins del model i probablement aquest tret del temperament està connectant la depressió i la ideació suïcida a través d'una vulnerabilitat individual que predisposa a les dones a deprimir-se i a tenir ideació suïcida. En aquest treball, la simptomatologia ansiosa i la ideació suïcida s'han postulat com dos factors independents en la predicció de la gravetat dels símptomes depressius en el postpart i la *dependència a la recompensa*, apareix com un factor protector d'aquest trastorn anímic en l'etapa perinatal.

Tot i així, els resultats s'han d'analitzar amb precaució. Cal posar de manifest algunes limitacions que presenta aquest estudi. En primer lloc, el moment escollit per l'avaluació de la personalitat. Malgrat que nosaltres vam avaluar la personalitat quan l'episodi depressiu havia remès, seria desitjable plantejar un disseny d'estudi que permetés realitzar aquesta avaluació abans de l'aparició de la simptomatologia. En segon lloc, el disseny transversal del present estudi no ens permet obtenir una conclusió específica i determinant sobre si la personalitat de les dones s'ha pogut veure afectada per la presència del diagnòstic de depressió o bé, si aquest trastorn ha pogut influir en la manifestació de les dimensions de temperament i caràcter. En un futur caldran més

estudis longitudinals per esclarir aquesta qüestió; estudis que s'analitzin els trets de temperament i caràcter en dones embarassades sanes, abans i després de l'aparició de la DPP. En tercer lloc, els resultats només es poden generalitzar per a les mares amb PPD. En quart lloc, la manca d'un grup control en aquest estudi, no ens permet saber el pes o aportació específica de *l'evitació del dany* a la propensió de les dones deprimir-se en el postpart.

Per concloure, en conjunt, les nostres troballes suggereixen que el perfil de temperament i caràcter de les dones deprimides en el postpart està caracteritzat per puntuacions més elevades en *evitació del dany* i inferiors en *autotrascendència*. Per tant, les dades apunten a què la puntuació elevada en *l'evitació del dany* podria considerar-se, en part, un marcador de tret associat a la vulnerabilitat per a la DPP. El nostre estudi també confirma el que s'ha trobat en altres estudis, que la intensitat de *l'evitació del dany* podria predir la intensitat de la simptomatologia depressiva en el postpart i que aquesta dimensió del temperament estaria relacionada amb algunes variables clíniques que apunten a un episodi depressiu més sever (comorbiditat, ideació suïcida i recurrència del trastorn)

Tenint en compte les limitacions, el present estudi suggereix que l'alta *evitació del dany* en dones sanes es pot veure com un factor de vulnerabilitat per desenvolupar DPP i aquest domini del temperament també explicaria la gravetat de l'episodi depressiu postpart. Aquestes dades, estarien recolzant el *model de vulnerabilitat*, que suggereix que algunes variables, entre elles la personalitat, predisposen a les persones a desenvolupar depressió. Per tant, certs constructes de personalitat augmentarien la probabilitat de desenvolupar un trastorn depressiu i, per tant, actuarien com a factors de risc d'aquest trastorn (Ormel et al, 2013; Watson et al, 2006) juntament amb el paper necessari d'un desencadenant ambiental, com podria ser el part.

Un aspecte interessant que resulta de relacionar aquests resultats amb la pràctica clínica i l'abordatge terapèutic és la consideració que una intervenció psicològica eficaç requerirà

l'abordatge de certs trets de temperament i caràcter en dones vulnerables i dones deprimides. Hi ha estudis que apunten que el *neuroticisme*, el *perfeccionisme* i l'*evitació del dany* estan associats a una baixa resposta al tractament farmacològic i psicoterapèutic. Per tant, per minimitzar l'impacte de la DPP en la dona i la seva descendència és important detectar de forma precoç les mares vulnerables i iniciar un abordatge integral que tingui en compte aspectes del temperament i el caràcter, posant especial atenció en l'*evitació del dany*.

### 3.4.6 Bibliografia

- Akiskal, H. S. (1983). The Relationship of Personality to Affective Disorders: A Critical Review. *Archives of General Psychiatry*, 40(7), 801. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790060099013>
- Almeida, K. M., Nery, F.G., Moreno, R.A. i Gorenstein, C. (2011). Personality traits in bipolar disorder type I: a sib-pair analysis. *Bipolar Disorders*, 13(7/8), 662. <https://doi: 10.1111/j.1399-5618.2011.00965.x>
- Andriola, E., Di Trani, M., Grimaldi, A. i Donfrancesco, R. (2011). The Relationship between Personality and Depression in Expectant Parents. *Depression Research*, 1. <https://doi.org/10.1155/2011/356428>
- Bayon, C., Hill, K., Svrakic, D.M., Przybeck, T.R. i Cloninger, C.R. (1996). Dimensional assessment of personality in an out-patient sample: Relations of the systems of Millon and Cloninger. *Journal of Psychiatric Research*, 30(5), 341. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(96\)00024-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(96)00024-6)
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, 50(5), 275. <https://doi.org/10.1097/00006199-200109000-00004>
- Celikel, F. C., Kose, S., Erkorkmaz, U., Sayar, K., Cumurcu, B.E. i Cloninger, C.R. (2010). Alexithymia and temperament and character model of personality in patients with major depressive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51(1), 64. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.02.004>
- Celikel, F. C., Kose, S., Cumurcu, B. E., Erkorkmaz, U., Sayar, K., Borckardt, J. J., i Cloninger, C. R. (2009). Cloninger's temperament and character dimensions of personality in patients with major depressive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 50(6), 556–561. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.11.012>
- Cloninger, C.R. (1999). *The Temperament and Character Inventory–Revised*. St. Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality, Washington University.
- Cloninger, C.R., Svrakic, D.M. i Przybeck, T.R. (1993) A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240059008>
- Cloninger, C.R., Przybeck, T.R., Svraki, D.M. i Wetzell, R.D. (1994). *The temperament and character inventory (TCI): A guide to its development and use*. St. Louis: Washington University Center for Psychobiology of Personality
- Cloninger, C. R., Svrakic, D.M. i Przybeck, T.R. (2006). Can personality assessment predict future depression? A twelve-month follow-up of 631 subjects. *Journal of Affective Disorders*, 92(1), 35. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.12.034>
- Cox, J. L., Holden, J. M., i Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(JUNE), 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>



- Evans J., Heron, J., Lewis, G., Araya, R. i Wolke, D. (2005). Negative self-schemas and the onset of depression in women: longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 302. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.4.302>
- Farmer, A., Mahmood, A., Redman, K., Harris, T., Sadler, S. i McGuffin, P. (2003). A Sib-Pair Study of the Temperament and Character Inventory Scales in Major Depression. *Archives of General Psychiatry*, 60(5), 490. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.5.490>
- Farmer, R. F. i Seeley, J.R. (2009). Temperament and character predictors of depressed mood over a 4-year interval. *Depression and Anxiety*, 26(4), 371. <https://doi.org/10.1002/da.20459>
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M. i Williams, J. (1997) Structured clinical interview for DSM-IV Axis I disorders. Research Version, Patient Edition (SCID-I/P). New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research, New York.
- Furumura, K., Koide, T., Okada, T., Murase, S., Aleksic, B., Hayakawa, N., Shiino, T., Nakamura, Y., Tamaji, A., Ishikawa, N., Ohoka, H., Usui, H., Banno, N., Morita, T., Goto, S., Kanai, A., Masuda, T. i Ozaki, N. (2012). Prospective study on the association between harm avoidance and postpartum depressive state in a maternal cohort of Japanese women. *PLoS ONE*, 7(4), e34725. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0034725>
- Garcia-Esteve, L., Ascaso, C., Ojuel, J., i Navarro, P. (2003). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of Affective Disorders*, 75(1), 71–76. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00020-4](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00020-4)
- Gavin, N. I., Gaynes, B.N., Lohr, K.N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G. i Swinson T (2005). Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and Gynecology*, 106(5), 1071.
- Grucza, R. A., Przybeck, T.R. Spitznagel, E.L. i Cloninger, C.R. (2003). Personality and depressive symptoms: A multi-dimensional analysis. *Journal of Affective Disorders*, 74(2), 123. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00303-8](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00303-8)
- Gutiérrez, F., Torrens, N., Boget, T., Martín-Santos, R., Sangorrín, J., Pérez, G. i Salamero, M. (2001). Psychometric properties of the Temperament and Character Inventory (TCI) questionnaire in a Spanish psychiatric population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(2), 143. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00183.x>
- Gutiérrez-Zotes, J. A., Bayón, C., Montserrat, C., Valero, J., Labad, A., Cloninger, C. R., i Fernández-Aranda, F. (2004). Inventario del Temperamento y el Carácter-Revisado (TCI-R). Baremación y datos normativos en una muestra de población general. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 32(1), 8–15.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56–62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>
- Hansenne, M. i Ansseau, M. (1999). Harm avoidance and serotonin. *Biological Psychology*, 51(1), 77. [https://doi.org/10.1016/S0301-0511\(99\)00018-6](https://doi.org/10.1016/S0301-0511(99)00018-6)

- Hansenne, M. (2005). Psychometric Properties of the Temperament and Character Inventory–Revised (TCI–R) in a Belgian Sample. *Journal of Personality Assessment*, 85(1), 40. [https://doi.org/doi:10.1207/s15327752jpa8501\\_04](https://doi.org/doi:10.1207/s15327752jpa8501_04)
- Hansenne, M., Reggers, J., Pinto, E., Kjiri, K., Ajamier, A., i Ansseau, M. (1999). Temperament and character inventory (TCI) and depression. *Journal of Psychiatric Research*, 33(1), 31–36. [https://doi.org/10.1016/S0022-3956\(98\)00036-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3956(98)00036-3)
- Hutchens, B. F., i Kearney, J. (2020). Risk Factors for Postpartum Depression: An Umbrella Review. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 65(1), 96–108. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13067>
- Hirschfeld, R.M.A., Klerman, G.L., Clayton, P.J., Keller, M.B., McDonald-Scott, P. i Larkin B.H. (1983) Assessing personality: effects of the depressive state on trait measurement. *The American Journal of Psychiatry*. 140:695-699. <https://doi.org/10.1176/ajp.140.6.695>
- Josefsson, A., Larsson, C., Sydsjö, G. i Nylander, P.O. (2007) Temperament and character in women with postpartum depression. *Archives of Womens Mental Health* 10:3-7. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0159-3>
- Jylhä, P., Mantere, O., Melartin, T., Suominen, K., Vuorilehto, M., Arvilommi, P., Holma, I., Holma, M., Leppämäki, S., Valtonen, H., Rytälä, H., & Isometsä, E. (2011). Differences in temperament and character dimensions in patients with bipolar I or II or major depressive disorder and general population subjects. *Psychological Medicine*, 41(8), 1579–1591. <https://doi.org/10.1017/S0033291710002606>
- Jylhä, P. i Isometsä, E. (2006) The relationship of neuroticism and extraversion to symptoms of anxiety and depression in the general population. *Depress*. 23: 281-289. <https://doi.org/10.1002/da.20167>
- Kampman, O. i Poutanen, O. (2011). Can onset and recovery in depression be predicted by temperament? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 135(1–3), 20. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.12.021>
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Friedman, B., Nielsen, E., Endicott, J., McDonald Scott, P., i Andreasen, N. C. (1987). The Longitudinal Interval Follow-up Evaluation: A Comprehensive Method for Assessing Outcome in Prospective Longitudinal Studies. *Archives of General Psychiatry*, 44(6), 540–548. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800180050009>
- Klein, D.N., Kotov, R. i Bufferd, S.J. (2011) Personality and depression: explanatory models and review of the evidence. *The Annual Review of Clinical Psychology*. 7:269-295. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104540>
- Kubota, C., Inada, T., Shiino, T., Ando, M., Aleksic, B., Yamauchi, A., Sato, M., Ohara, M., Murase, S., Morikawa, M., Nakamura, Y., Okada, T., Goto, S., Kanai, A., i Ozaki, N. (2019). Relation Between Perinatal Depressive Symptoms, Harm Avoidance, and a History of Major Depressive Disorder: A Cohort Study of Pregnant Women in Japan. *Frontiers in Psychiatry*, 10(July), 1–7. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00515>

- Locke, H. J. i Wallace, K. M. (1959). Short Marital-Adjustment and Prediction Tests: Their Reliability and Validity. *Marriage and Family Living*, 21(3), 251. <https://doi.org/10.2307/348022>
- Elovainio, M., Kivimäki, M., Puttonen, S., Heponiemi, T., Pulkki, L. i Keltikangas-Järvinen, L. (2004). Temperament and depressive symptoms: a population-based longitudinal study on Cloninger's psychobiological temperament model. *Journal of Affective Disorders*, 83(2–3), 227. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.06.005>
- Matsudaira, T. i Kitamura, T. (2006). Personality traits as risk factors of depression and anxiety among Japanese students. *Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 97. <https://doi.org/10.1002/jclp.20215>
- Minatani, M., Kita, S., Ohashi, Y., Kitamura, T., Haruna, M., Sakanashi, K. i Tanaka, T. (2013). Temperament Character and Depressive Symptoms during Pregnancy: A Study of a Japanese Population. *Depression Research*, 1. <https://doi.org/10.1155/2013/140169>
- Minaya-Hernández, O., Fresán, A. i Loyzaga, C. (2009). Dimensiones de temperamento y carácter en pacientes con primer episodio de depresión mayor : Temperament and character dimensions in first-episode depressed patients. *Salud Mental*, 32(4), 309
- O'Hara, M. W. i Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression--a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37. <https://doi.org/10.3109/09540269609037816>
- Peirson, A. i Heuchert, J.W. (2001). The relationship between personality and mood: comparison of the BDI and the TCI. *Personality and Individual Differences*, 30(3), 391. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00031-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00031-3)
- Reed, P.G. (2014). Theory of self-transcendence. En M.J. Smith i P.R. Liehr (Eds.), *Middle range theory for nursing* (3rd ed., pp. 109–139). New York, NY: Springer
- Richter, J., Eisemann, M. i Richter, G. (2000). Temperament and character during the course of unipolar depression among inpatients. *European Archives of Psychiatry*, 250(1), 40. <https://doi.org/10.1007/PL00007538>
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. i Stewart, D.E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26(4), 289. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2004.02.006>
- Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Chan, Y. H., Tam, W. W. S., i Chong, Y. S. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 104(7), 235–248. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>
- Smith, D. J., Duffy, L., Stewart, M.E., Muir, W.J. i Blackwood, D.H.R. (2005). High harm avoidance and low self-directedness in euthymic young adults with recurrent, early-

- onset depression. *Journal of Affective Disorders*, 87(1), 83.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.03.014>
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. i Lushene, R.E. (2002) STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. TEA, Madrid, pp. 6th ed.
- Spittlehouse, J. K., Pearson, J.F., Luty, S.E., Mulder, R.T., Carter, J.D., McKenzie, J.M. i Joyce P.R. (2010). Measures of temperament and character are differentially impacted on by depression severity. *Journal of Affective Disorders*, 126(1), 140.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.03.010>
- Takegata, M., Takeda, S., Sakanashi, K., Tanaka, T. i Kitamura, T. (2019). Perinatal self-report of thoughts of self-harm, depressive symptoms, and personality traits: Prospective study of Japanese community women. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73(11), 707–712. <https://doi.org/10.1111/pcn.12917>
- Torres, A., Gelabert, E., Roca, A., Navarro, P., Plaza, A., Subirà, S., Martin-Santos, R., Ascaso, C. i Garcia-Esteve, L. (2019). Course of a major postpartum depressive episode: A prospective 2 years naturalistic follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 245(November 2018), 965–970.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.062>
- Zaninotto, L., Souery, D., Calati, R., Di Nicola, M., Montgomery, S., Kasper, S., Zohar, J., Mendlewicz, J., Robert Cloninger, C., Serretti, A. i Janiri, L. (2015). Temperament and character profiles in bipolar I, bipolar II and major depressive disorder: Impact over illness course, comorbidity pattern and psychopathological features of depression. *Journal of Affective Disorders*, 184, 51–59.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.036>
- Zhao, X. hu, i Zhang, Z. hua. (2020). Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian Journal of Psychiatry*, 53(July). <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102353>

**El paper de les dimensions de la personalitat, els símptomes depressius i altres variables psicosocials en la predicció de la ideació suïcida postpart: un estudi de cohort**

### 3.5.1 Resum Estudi 3

La ideació suïcida s'ha associat amb el neurotisme i el psicoticisme, però no s'ha analitzat el seu paper durant el període perinatal. En aquest estudi s'ha explorat l'associació entre les dimensions de la personalitat, els símptomes depressius i altres variables psicosocials relacionades amb la ideació suïcida en el postpart. Amb aquesta finalitat es va avaluar la ideació suïcida (EPDS-Item10) en una cohort de 1795 dones espanyoles sanes de la població general a l'inici del postpart, a les 8 i les 32 setmanes del postpart. En la valuació inicial es va recollir informació sobre les variables sociodemogràfiques, obstètriques i reproductives, la història psiquiàtrica, el suport social, els esdeveniments estressants de la vida durant l'embaràs, els símptomes depressius (EPDS) i les dimensions de la personalitat d'Eysenck (EPQ-RS). Es va confirmar la presència d'un episodi depressiu major (DSM-IV) en aquelles dones que van obtenir una puntuació en l'EPDS > 10 al llarg de les avaluacions de seguiment. A nivell estadístic, es van realitzar anàlisis descriptives, bivariants i multivariants. Pel que fa a l'anàlisi multivariat, es va realitzar un regressió logística ajustada i es van presentar les odds ratio (ORs) amb intervals de confiança (IC) del 95%. El 7% de les mares presentaven ideació suïcida durant els 8 primers mesos del postpart. El 62% de les dones amb ideació suïcida van tenir un episodi depressiu major a les 8 setmanes i el 70% a les 32 setmanes del part. El neurotisme i el psicoticisme van resultar predictors de la ideació suïcida durant les dues primeres setmanes del postpart (OR=1.03; IC del 95% (1.01-1.06)); i OR=1.03; IC del 95% (1.01-1.05)), respectivament. També van demostrar tenir un valor predictiu de la ideació suïcida en el postpart, els símptomes depressius primerencs en el postpart (OR=1.2; IC del 95% (1.11-1.26)), els antecedents psiquiàtrics personals (OR= 2.1; IC del 95% (1.33-3.27)) i els esdeveniments vitals estressants durant l'embaràs (OR=1.88; IC del 95% (1.12-3.16)). Els resultats d'aquest estudi apunten que l'avaluació de la ideació suïcida de les dones en el postpart no només hauria d'incloure símptomes psiquiàtrics, sinó també l'avaluació de factors psicosocials (és a dir, cobrir antecedents psiquiàtrics, esdeveniments estressants o vulnerabilitats a nivell de personalitat) per tal d'identificar aquelles dones que necessiten atenció psicosocial o psiquiàtrica precoç.

### 3.5.1 Introducció

El comportament suïcida és un problema de salut pública molt greu que té conseqüències molt greus per a les persones, les famílies i la societat. Dades recents de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) mostren que la taxa de mortalitat per suïcidi es situa al voltant del 10.6 per 100 000 habitants per ambdós sexes i si ens fixem concretament en dones, la taxa és del 7.7 per 100 000 (OMS 2019). El comportament suïcida engloba un àmpli espectre que inclou el suïcidi consumat, l'intent de suïcidi i la ideació suïcida. El suïcidi suposa la mort autoinfligida intencionalment. El intent de suïcidi es caracteritza per lesions, independentment de quina sigui la gravetat de les mateixes, autoprovocades amb la intenció de causar el pròpia defunció. La ideació suïcida són pensaments sobre el desig de finalitzar la pròpia vida. Entre aquestes categories hi ha un ampli rang de manifestacions.

Tanmateix, el suïcidi durant l'embaràs i el postpart no sempre es reflecteix en els registres de certificats de defunció, ni en la informació sanitària administrativa i això pot conduir a subestimar la informació existent (Horon i Chen, 2011; Schuitemaker i cols., 1997). El fenomen suïcida s'ha identificat com una de les principals causes de mort perinatal en dones provinents de països amb ingressos alts (Oates, 2003; Knight i cols., 2017; Grigoriadis i cols., 2017).

La ideació suïcida (pensaments de mort o autolesió) és un dels predictors més forts dels intents de suïcidi i dels suïcidis consumats (Nock i cols., 2008). També s'ha associat amb conseqüències perinatals adverses i amb problemes d'interacció mare-nadó (Paris i cols., 2009; Gelaye i cols., 2016). La identificació de la ideació suïcida precoç i de les dones d'alt risc (és a dir, adolescents joves que han experimentat esdeveniments vitals negatius i amb baix suport social) representa un pas inicial important en el disseny d'intervencions preventives (Lindahl i cols., 2005 ; Serafini i cols., 2015).

La prevalença informada de la ideació suïcida perinatal varia significativament entre els estudis, a causa de diferències metodològiques com ara les característiques de la mostra, els mètodes d'avaluació o el moment de l'avaluació. Els resultats d'una revisió sistemàtica recent indiquen que les dones embarassades són més propenses a presentar ideació suïcida que en la població general, amb taxes de prevalença entre el 3 i el 33% (Gelaye i cols., 2016). Els estudis basats en la població general han informat de taxes de prevalença d'ideació suïcida en el postpart d'entre el 2 i el 15.4% (Lindahl i cols., 2005; Paris i cols., 2009; Bodnar-Deren i cols., 2016; Giallo i cols., 2018), i estudis en mostres clíniques (Pope i cols., 2013; Sit i cols., 2015) han registrat taxes més altes (17-21%). S'ha associat la ideació suïcida perinatal, principalment a la depressió major i altres trastorns de l'estat d'ànim, però també a trastorns d'ansietat, trastorns del son i trastorns per consum de substàncies (Orsolini i cols., 2016; Guillard i Gressier, 2017). La depressió perinatal no és un trastorn inusual, ja que afecta al voltant del 12% de les mares (Woody i cols., 2017). El risc de suïcidi és més elevat entre les dones deprimides en el període perinatal (Lindahl i cols., 2005), i per altra banda, la depressió en les primeres etapes del postpart es correlaciona amb la ideació suïcida posterior (Bodnar-Deren i cols., 2016).

Malgrat l'associació entre depressió i ideació suïcida, al voltant del 50% de les dones que van reportar ideació suïcida no presentaven símptomes depressius significatius durant el període perinatal (Gavin i cols., 2011; Zhong i cols., 2014; Onah i cols., 2017). Aquestes troballes suggereixen que la ideació suïcida no es pot explicar completament per l'aparició de trastorns depressius. En aquest sentit, també s'ha destacat la relació entre el suport socioeconòmic, sociocultural, els esdeveniments vitals estressants i la ideació i el comportament suïcida (Gavin i cols., 2011; Gelaye i cols., 2016; Onah i cols., 2017).

La majoria dels estudis centrats en el comportament suïcida s'han centrat en els factors precipitants o estressants. Com s'ha vist abans, la presència d'un trastorn mental és un factor indubtable en la conducta suïcida. No obstant això, és clar que no tots els i les



pacients amb trastorns mentals intenten o cometen suïcidi. Els models de diàtesi-estrès han demostrat que certs trets de personalitat juguen un paper destacat en la predisposició al suïcidi; de fet, és la interacció entre aquests trets i els estressors aguts la que pot desencadenar les conductes suïcides (Mann i cols., 1999). El *neurotisme*, el *psicoticisme*, la *introversió* i el *perfeccionisme* s'han associat tant amb la ideació com amb els intents suïcides, i el neurotisme s'ha mostrat com un dels trets de personalitat més rellevants en el cribratge del risc de suïcidi en mostres fora de l'etapa de criança (Brezo i cols. 2006), especialment en dones (Mandelli i cols., 2015).

Sembla que el *neuroticisme* augmenta el risc tant d'ideació suïcida com de depressió major (Rappaport i cols., 2017) i pot explicar l'augment de la prevalença de depressió entre les dones (Goodwin i Gotlib, 2004). El *neurotisme* també pot augmentar el risc de patir esdeveniments vitals estressants o de percebre els esdeveniments de la vida com a estressants (Pickles i cols., 2010). Malgrat tot, estudis on es controlen els diagnòstics comòrbids (Farmer i cols., 2001; Vrshek-Schallhorn i cols., 2011) i esdeveniments vitals estressants (Bi i cols., 2012) confirmen l'associació entre la ideació suïcida i el *neurotisme* alt. El *neurotisme* també s'ha associat amb el risc de depressió després del part (Martín-Santos i cols., 2012). No obstant això, pel que sabem, fins ara no s'ha estudiat el paper de les dimensions de la personalitat en la predicció de la ideació suïcida en el període perinatal.

En aquest context, els objectius del present estudi van ser:

1. Analitzar la prevalença de la ideació suïcida en el postpart en una gran cohort de dones espanyoles sanes de la població general dins de les 32 setmanes posteriors al part
2. estudiar el paper de les dimensions de la personalitat d'Eysenck (*neurotisme*, *psicoticisme* i *extraversió*) com a factors de risc per la ideació suïcida en el

postpart, tenint en compte la depressió i altres variables (per exemple, antecedents psiquiàtrics, suport social i esdeveniment vitals estressants).

### 3.5.2 Mètode

#### ***Participants***

Durant un període d'un any, es van reclutar dones que acabaven de donar a llum i que per tant, es trobaven en el postpart immediat (2-3 dies després del part). Aquestes dones es trobaven ingressades en set hospitals universitaris hospitalaris del territori espanyol i van ser convidades a participar en un estudi de seguiment de la depressió postpart durant 32 setmanes (Sanjuan i cols., 2008).

Els criteris d'inclusió per poder participar en l'estudi van ser:

1. Que fossin dones espanyoles d'ètnia caucàsica,
2. Que les dones fossin majors d'edat (>18 anys).

Per altra banda, els criteris d'exclusió per poder formar part de la mostra de l'estudi van ser:

3. Que les dones rebessin atenció psiquiàtrica durant l'embaràs,
4. Que el nadó morís durant el part o en el postpart,
5. Que les dones no poguessin llegir i/o escriure en llengua castellana.

Aquest estudi va passar el Comitè de Recerca Ètica de cada una de les Institucions i va obtenir la seva aprovació. Per altra banda, totes les dones que van participar en l'estudi van donar el seu consentiment informat per escrit abans de la participació.

### ***Instrumentes de mesura***

*Variables sociodemogràfiques, obstètriques i reproductives i història psiquiàtrica.* Es va dur a terme una entrevista semiestructurada amb l'objectiu de poder recollir la informació sociodemogràfica (edat, nivell d'estudis, situació econòmica, ocupació durant l'embaràs), variables obstètriques i reproductives (planificació de l'embaràs, tipus de part, lactància materna) i antecedents psiquiàtrics personals i familiars. En aquest sentit, es va considerar presència d'antecedents qualsevol trastorn psiquiàtric que precisés tractament farmacològic o psicològic.

*Escala de depressió postnatal d'Edimburg (EPDS).* L'EPDS (Cox i cols., 1987). Aquesta escala va sorgir a partir de la idea que els canvis propis que tenen lloc en el postpart, com la modificació del patró de son o alguns canvis fisiològics que podien influir en els autoinformes destinats a avaluar l'alteració de l'estat d'ànim en població normal. Es va plantejar el poder elaborar un qüestionari per les mares que fos simple i de fàcil acceptació entre les dones que no se senten psicològicament afectades, que pogués ser emprada de manera fàcil pels professionals no experts en salut mental i amb una validesa adequada. L'EPDS és una escala autoinformada de 10 ítems amb quatre opcions de resposta i una puntuació total que oscil·la entre 0 i 30, que s'utilitza per avaluar els símptomes depressius en el postpart experimentats al llarg de la setmana anterior a la realització de la prova.

En aquest estudi es va utilitzar la versió espanyola validada de l'EPDS (Garcia-Esteve i cols., 2003). Seguint les recomanacions de les autores i autors, es van definir com a casos probables de DPP, totes les dones que van obtenir una puntuació a l'EPDS  $\geq 10$  a les 8 i 32 setmanes després del part (Garcia-Esteve i cols., 2003; Navarro i cols., 2007). L'últim ítem de l'EPDS (EPDS-10) avalua la ideació suïcida: "He pensado en hacerme daño". Les opcions de resposta inclouen "sí, bastante a menudo", "a veces", "casi nunca" o "no nunca". En aquest estudi, qualsevol resposta que no fos "nunca" es va considerar afirmativa.

*Entrevista diagnòstica per a estudis de genètica (DIGS)*. La DIGS (Nurnberger i cols., 1994) és una entrevista diagnòstica semiestructurada desenvolupada per avaluar els principals trastorns psíquics i de l'estat d'ànim i el seu espectre en estudis genètics. Les seccions de la DIGS es caracteritzen per la presentació inicial d'un conjunt de preguntes classificatòries, a partir de les quals l'avaluador estableix si cal aplicar la secció completa. La construcció de l'entrevista semi-estructurada, utilitza diagrames de flux o algorismes i això fa més àgil la seva execució sin disminuir la capacitat per aportar informació precisa i detallada. La DIGS, pel seu caràcter semiestructurat, fa que el judici clínic sempre sigui necessari per la seva aplicació.

Tots els casos en què les dones poguessin patir una probable depressió postpart (EPDS  $\geq$  10 a les 8 i 32 setmanes del postpart) es van avaluar mitjançant la versió espanyola de la DIGS (Roca i cols., 2007) adaptada per a la depressió postpart per confirmar un episodi depressiu major segons criteris DSM IV. Totes les entrevistes van ser realitzades per psicòlegs/psicòlogues clínics/ques prèviament entrenats/des en l'ús d'aquesta adaptació de la DIGS. Els i les entrevistadors/es tenien un alt nivell de fiabilitat entre avaluadors ( $\kappa > 0,8$ ; Sanjuán i cols., 2008).

*Eysenck Personality Questionnaire-Revised Short Scale (EPQ-RS)*. L'EPQ-RS (Eysenck, 1985) consta de 48 ítems seleccionats de l'EPQ-R originals que està format de 100 ítems i s'utilitza per mesurar tres dimensions de la personalitat: *neurotisme*, *extraversió* i *psicoticisme*. En el present estudi, hem utilitzat les puntuacions T segons les dades estandarditzades de la població espanyola (Eysenck i Eysenck, 2001).

*Qüestionari de suport social funcional Duke-UNC (Duke-UNC)*. El Duke-UNC (Broadhead i cols., 1988) és un qüestionari autoadministrat d'11 ítems dissenyat per avaluar el suport social funcional percebut. El qüestionari de suport social funcional de Duke-UNC va ser dissenyat amb l'objectiu de mesurar "suport social funcional percebut". Té l'avantatge de ser multidimensional i destaca per la seva senzillesa i brevetat. avalua el "Suport

confidencial" (possibilitat de comptar amb persones per comunicar-se) i el "suport afectiu" (demostracions d'amor, afecte i empatia).

Les opcions de resposta de cada ítem varien en una escala de cinc punts des de l'1 ("molt menys del que voldria") fins al 5 ("tant com voldria"). Les puntuacions més altes reflecteixen un suport social percebut més alt. Vam administrar la versió espanyola validada (Bellón i cols., 1996), afegint l'ítem "Tengo un familiar que me acompaña al médico".

*St. Paul Ramsey Life Experience Scale (St. Paul Ramsey)*. El St. Paul Ramsey (Paykel, 1983) valora l'impacte dels esdeveniments vitals estressants mitjançant una escala de gravetat de set punts en sis categories d'esdeveniments: suport primari, entorn social, habitatge, treball, salut i economia. Es va utilitzar la versió espanyola de l'escala (Baca-Garcia i cols., 2007) per avaluar els esdeveniments vitals durant l'embaràs. La variable de resultat va ser dicotòmica: absència o presència (amb una puntuació de gravetat mínima de 2 punts en una o més categories).

## **Procediment**

Cada una de les dones participant va ser avaluada individual i personalment en tres ocasions. La primera avaluació va tenir lloc en el postpart immediat (dos o tres dies després del part), a la Unitat d'Obstetrícia del seu hospital. Primerament, se li va explicar detalladament els objectius i el procediment de l'estudi i en aquells casos en que les dones van acceptar participar-hi, es va obtenir el consentiment informat per escrit. En un primer moment, totes les dones van realitzar una entrevista semiestructurada per tal d'obtenir informació sociodemogràfica, obstètrica i reproductiva i la història psiquiàtrica personal i familiar. També es va avaluar la ideació suïcida en el postpart immediat a través de l'ítem 10 de l'EPDS, les característiques de la personalitat (EPQ-RS), els símptomes depressius en el postpart immediat (EPDS), el suport social (Duke-UNC) i els esdeveniments vitals

estressants durant l'embaràs (St. Paul Ramsey). A les 8 i 32 setmanes després del part es van dur a terme la segona i la tercera avaluació. Es va citar a les dones en el mateix hospital de referència i van tornar a ser avaluades en relació a la ideació suïcida (EPDS-ítem 10), la simptomatologia depressiva (puntuació total EPDS) i la depressió clínica (DIGS, episodi depressiu major, criteris DSM-IV). Per qüestions ètiques, totes les dones del present estudi que van presentar un diagnòstic clínic d'episodi depressiu major (EPDS > 10 i confirmades per l'entrevista clínica) van ser derivades al seu centre de salut, i se'ls hi va oferir tractament psicològic i/o psicofarmacològic, en el cas que fos necessari.

### **Anàlisi estadística**

Es va realitzar anàlisi d'estadística descriptiva. Pel que fa a les variables qualitatives, es van utilitzar freqüències absolutes i relatives. En el cas de variables quantitatives, es va calcular la mitjana i la desviació estàndard. Posteriorment, es va realitzar anàlisi bivariada per tal de comparar les dones amb i sense ideació suïcida en els diferents moments de l'estudi:

1. En el postpart immediat,
2. A les 8 setmanes del postpart,
3. A les 32 setmanes del postpart i
4. En qualsevol de les avaluacions

Aquesta anàlisi es va realitzar mitjançant la prova de chi-quadrat o prova de Fisher per les variables categòriques i la prova de T de Student per les variables contínues.

Per altra banda, es va realitzar una anàlisi de regressió logística per tal d'identificar quines de les variables avaluades inicialment ajudaven a predir la ideació suïcida en el postpart, en els diferents moments de l'avaluació:

1. A les vuit setmanes del postpart.
2. A les 32 setmanes del postpart i

3. Per qualsevol de les avaluacions.

En aquest cas, les dimensions de la personalitat van ser introduïdes com a variables independents. A cada model, també es van incloure totes les variables que en les anàlisis bivariades s'van obtenir valors  $p$  inferiors a 0,10. En aquest cas van ser les següents:

1. Variables sociodemogràfiques: ocupació, situació econòmica,
2. Variables obstètriques i reproductives: embaràs planificat, lactància materna,
3. Variables psicopatològiques: antecedents psiquiàtrics personal/familiars, símptomes depressius en el postpart immediat,
4. Variables psicosocials: dimensions de la personalitat, esdeveniments vitals estressants i suport social).

També es va explorar la presència d'interaccions entre de les variables. En aquest sentit, es va utilitzar l'estadística de bondat d'ajust de Hosmer i Lemeshow (Hosmer i cols., 1997) per comprovar l'ajust de cada model.

Finalment, els resultats es van informar a partir d'Odds ratios (OR) amb intervals de confiança (IC) del 95%. La significació estadística requereix un valor  $p < 0,05$ . Totes aquestes anàlisis i el tractament de les dades es va realitzar amb SPSS per a Windows (v19.0).

### 3.5.3 Resultats

#### Característiques de les dones participants

En aquest estudi es van incloure 1974 dones, 94 (5%) de les quals van optar per no participar i 85 (4.3%) van ser excloses per falta d'informació del qüestionari EPDS. Així doncs, la mostra final de l'estudi va estar formada per 1795 dones. En total, en el seguiment de les 8 setmanes es van avaluar 1401 (78.1%) dones i 1337 (72.5%) en el seguiment de 32 setmanes. Comparant les dones que van abandonar l'estudi en el període de seguiment amb les dones de la mostra final es va observar que les dones que no van seguir l'estudi tenien un nivell d'educació inferior ( $p < 0.001$ ), problemes econòmics ( $p = 0.002$ ), no tenien una relació de parella estable ( $p = 0.001$ ) i no presentaven antecedents psiquiàtrics ( $p = 0.002$ ). A més a més, no es van trobar diferències significatives entre les variables de personalitat, el suport social o els esdeveniments vitals estressants durant l'embaràs.

Pel que fa a l'anàlisi descriptiva de la mostra destaquen diverses dades. La mostra total ( $n = 1795$ ) tenia una mitjana d'edat de 31.8 anys ( $DE = 4.7$ , rang 18-46). El 31% de les dones que van participar en l'estudi només havia cursat primària i el 41.5% va acabar la secundària i el 27.5% tenia estudis universitaris. Gairebé totes estaven casades o tenien una parella estable (96.5%) i vivien junts amb la seva pròpia família (94.7%). La majoria de dones participants (67.8%) van treballar durant l'embaràs. Un 9% de la mostra va reportar problemes econòmics. Pel que fa a les característiques de l'embaràs, el setanta-cinc per cent va informar que embaràs va ser planificat, el 46.9% eren primíparaes i aproximadament un 20% va tenir un part per cesària. Pel que fa a la intenció sobre la lactància materna, el vuitanta-tres per cent de les mares volien alletar els seus nadons. Per últim, pel que fa a ls antecedents, el disset per cent va declarar antecedents



psiquiàtrics personals i el 31.8% de les dones participants tenien antecedents psiquiàtrics familiars.

Si ens fixem en les característiques de personalitat de les dones participants en l'estudi, es constata que la puntuació mitjana (puntuacions *T*) per a les dimensions de la personalitat va ser de:

*Neuroticisme*: 43.61 (DE = 8.49)

*Extraversió*: 51.13 (DE = 9.53)

*Psicoticisme*: 47.96 (DE = 8.92)

La puntuació mitjana de símptomatologia depressiva avaluada amb l'EPDS va ser de 6.18 (DE = 4.28). Pel que fa al suport social, la mitjana de puntuació Duke-UNC va ser de 52.15 (DE = 8.82). El seixanta-tres per cent de les mares va declarar haver patit esdeveniments vitals estressants durant l'embaràs.

### **Ideació suïcida en el postpart**

A la *taula 18* es presenta l'anàlisi descriptiva en relació a les respostes afirmatives de l'ítem 10 de l'EPDS, indicant presència d'ideació suïcida. Seixanta-tres mares (3.5%) van informar d'ideació suïcida durant el postpart immediat. Al seguiment de les vuit setmanes, 44 mares (3.1%) van informar d'ideació suïcida i d'aquestes, 33 (75%) no havien informat d'ideació suïcida durant el postpart immediat. A les 32 setmanes del postpart, 37 mares (2.8%) van informar d'ideació suïcida i d'aquests, 18 (48.65%) no havien notificat ideació suïcida en avaluacions anteriors.

Si analitzem les dades globalment, cent vint dones (6.7%) van informar d'ideació suïcida en un o més d'un dels seguiments en el postpart. I més concretament, noranta-nou dones (82.2%) van informar d'ideació suïcida una vegada, 18 (15%) dues vegades i només tres dones (2.5%) tres vegades, tenint en compte els diferents seguiments.

**Taula 18.** Ideació suïcida. Resum de respostes afirmatives a l'ítem 10 de l'EPDS.

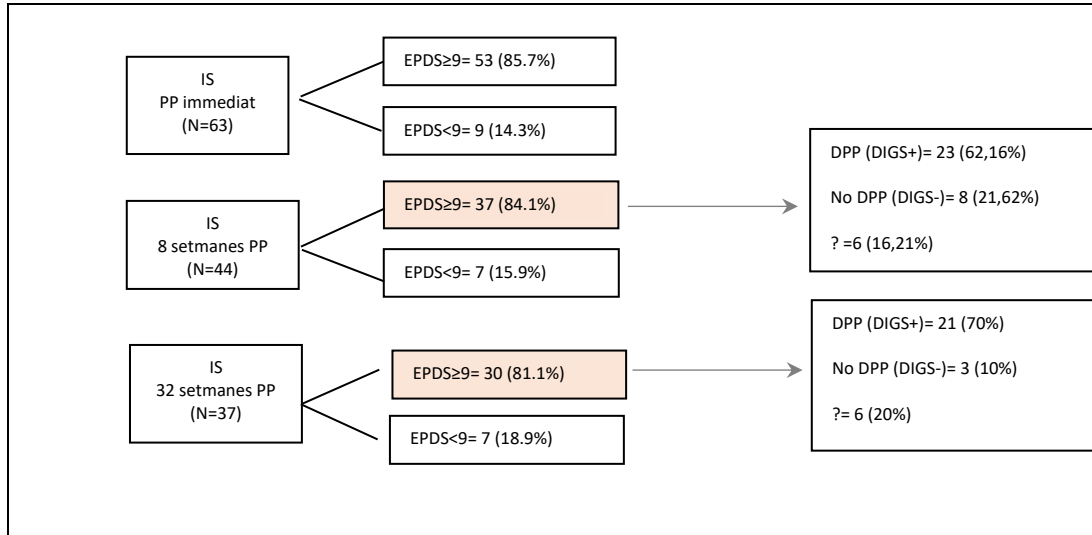
	Postpart immediat N (%)	8 setmanes postpart N (%)	32 setmanes postpart N (%)
<b>EPDS-Ítem 10</b>			
<i>“He pensado en hacerme daño”:</i>			
<i>bastante a menudo</i>	40 (63.49)	26 (59.09)	17 (45.95)
<i>a veces</i>	20 (31.75)	15 (34.09)	18 (48.65)
<i>casi nunca</i>	3 (4.76)	3 (6.82)	2 (5.40)

EPDS, Edinburgh Postnatal Depression Scale

### **Associació entre la ideació suïcida i la depressió, les dimensions de la personalitat i altres factors de risc**

La *figura 5* presenta una anàlisi descriptiva de la ideació suïcida i la depressió postpart. De les mares amb ideació suïcida, entre el 81% i el 86% de també presentaven nivells alts de simptomatologia depressiva (EPDS  $\geq$  10); d'aquestes, el 62.12% també complia criteris diagnòstics d'episodi depressiu major (criteris DSM-IV) a les 8 setmanes i el 70% ho va fer a les 32 setmanes. La *taula 19* presenta l'associació entre la ideació suïcida i les variables demogràfiques, obstètriques i reproductives, clíniques i psicològiques. Els resultats de l'anàlisi bivariat va mostrar diferències significatives en les dimensions de personalitat i la ideació suïcida en el postpart. Les dones amb ideació suïcida en el postpart immediat, a les 8 setmanes i a les 32 setmanes del postpart, van mostrar puntuacions més altes en *neurotisme* i *psicoticisme*. Aquestes dimensions de personalitat també es van associar positivament amb la presència d'ideació suïcida en un o més seguiments. Per últim, cal destacar que *l'extraversió* es va associar negativament amb la ideació suïcida en el postpart immediat i en qualsevol de les avaluacions de seguiment.

**Figura 5:** Ideació suïcida, simptomatologia depressiva (EPDS≥9) i depressió postpart (DIGS+)



IS, Ideació suïcida; EPDS, Edinburgh Postnatal Depression Scale; DPP, Depressió postpart; DIGS, Diagnostic Interview for Genetics Studies; +, presència d'un episodi de depressió major; -, absència d'un episodi de depressió major; ?, diagnòstic poc clar.

Finalment, en la *taula 20* es mostren els resultats de les anàlisis de regressió logística per analitzar les variables predictives de la ideació suïcida. En aquest cas, es van utilitzar les dimensions de personalitat, tenint en compte altres factors de risc avaluats en el postpart immediat que podrien ajudar a predir la ideació suïcida posterior (a les 8 i 32 setmanes del postpart, o en qualsevol moment del postpart). Els tres models que es presenten van mostrar una bondat d'ajust satisfactòria ( $p = 0.146$ ,  $p = 0.934$  i  $p = 0.724$  respectivament).

**Taula 19.** Diferències en les dimensions de personalitat i altres factors de risc entre dones amb i sense ideació suïcida en el postpart

Variables	Ideació suïcida											
	Postpart immediat			8 setmanes PP			32 setmanes PP			En qualsevol seguiment 0-32 setmanes PP		
	IS+	IS-	p	IS+	IS-	p	IS+	IS-	p	IS+	IS-	p
Dimensions personalitat (EPQ-RS): M (DE)												
- <i>Extraversió</i>	45.98 (10.19)	51.31 (9.45)	<0.001	49.41 (10.42)	50.99 (9.35)	0.273	49.84 (10.69)	51.25 (9.38)	0.370	48.18 (10.41)	51.34 (9.43)	0.002
- <i>Neuroticisme</i>	53.30 (11.04)	43.25 (8.17)	<0.001	53.55 (12.32)	43.26 (7.98)	<0.001	52.84 (9.72)	43.17 (8.19)	<0.001	51.98 (10.82)	43.00 (7.97)	<0.001
- <i>Psicoticisme</i>	53.35 (10.01)	47.77 (8.82)	<0.001	51.55 (9.45)	47.49 (8.87)	0.003	52.95 (7.99)	47.54 (8.83)	<0.001	52.41(9.43)	47.64 (8.80)	<0.001
Edat M (SD)	30.81 (5.65)	31.81 (4.66)	0.170	31.27 (5.33)	32.06 (4.57)	0.265	32.22 (5.55)	32.13 (4.47)	0.924	31.21 (5.34)	31.81 (4.6)	0.228
Matrimoni/parella estable: N (%)	60 (95.2)	1672 (96.5)	0.774	41 (93.2)	1317 (97.1)	0.150	35 (94.6)	1228 (97.2)	0.284	113 (94.2)	1619 (96.7)	0.263
Nivell estudis: N (%)			0.192			0.175			0.181			0.114
- <i>Bàsics</i>	25 (39.7)	531 (30.7)		18 (40.9)	380(28)		12 (32.4)	344 (27.2)		46 (38.3)	510 (30.4)	
- <i>Secundaris</i>	26 (41.3)	719 (41.5)		15 (34.1)	563(41.5)		19 (51.4)	536 (42.4)		49 (40.8)	696 (41.6)	
- <i>Universitaris</i>	12 (19)	482 (27.8)		11 (25)	414(30.3)		6 (16.2)	383 (30.3)		25 (20.8)	469 (28)	
Situació econòmica: N (%)			<0.001			<0.001			<0.001			<0.001
- <i>Bona</i>	22 (35.5)	1088 (63.7)		23 (53.5)	851 (63.6)		16 (43.2)	830 (66.5)		55 (46.6)	1055 (63.9)	
- <i>Dificultats econòmiques puntuals</i>	24 (38.7)	480 (28.1)		9 (20.9)	388 (29)		15 (40.5)	329 (26.4)		39 (33.1)	465 (28.2)	
- <i>Alguns problemes econòmics</i>	13 (21)	124 (7.3)		11 (25.6)	89 (6.6)		4 (10.8)	81 (6.5)		19 (16.1)	118 (7.1)	
- <i>Problemes econòmics seriosos</i>	3 (4.8)	15 (0.9)		0	11 (0.8)		2 (5.4)	8 (0.6)		5 (4.2)	13 (0.8)	
Treballadores: N (%)	37 (58.7)	1117 (68.1)	0.117	25 (56.8)	960 (70.7)	0.047	22 (59.5)	878 (69.5)	0.191	68 (56.7)	1146 (68.6)	0.008
Part (primíparas): N (%)	29 (46.8)	804 (46.9)	0.987	20 (45.5)	617 (45.5)	0.999	12 (32.4)	600 (47.5)	0.070	54 (45.4)	779 (47)	0.776
Tipus de part (Vaginal): N (%)	45 (71.4)	1381 (79.7)	0.109	34 (77.3)	1089 (80.3)	0.626	28 (75.7)	1017 (80.5)	0.464	91 (75.8)	1335 (79.7)	0.311
Embaràs planificat			0.035			0.023			0.229			0.016
- <i>Si</i>	45 (72.6)	1283 (75.2)		26 (60.5)	1027 (76.8)		24 (64.9)	960 (77)		78 (66.1)	1250 (75.8)	
- <i>No, però acceptat</i>	11 (17.7)	364 (21.3)		13 (30.2)	264 (19.7)		11 (29.7)	244 (19.6)		31 (26.3)	344 (20.8)	
- <i>No, accidental</i>	6 (9.7)	59 (3.5)		4 (9.3)	47 (3.5)		2 (5.4)	43 (3.4)		9 (7.6)	56 (3.4)	
Intenció d'alletament matern	37 (66.1)	1314 (77.9)	0.095	35 (83.3)	1094 (82.6)	0.929	26 (74.3)	1028 (82.8)	0.295	84 (75)	1267 (77.7)	0,687
Ant. psiquiàtrics personals: N (%)	22(34.9)	276 (25.9)	<0.001	21(47.7)	228 (16.8%)	0.000	20 (54.1)	210 (16.6)	0.000	51 (42.5)	247 (14.7)	<0.001
Ant. psiquiàtrics familiars: N (%)	25 (39.7)	546 (31.5)	0.172	25 (56.8)	429 (31.6%)	0.000	19 (51.4)	404 (32)	0.013	56 (46.7)	515 (30.7)	<0.001
Simpt. depressiva (EPDS) PP imm M (SD)	13.94 (4.37)	5.90 (4.01)	<0.001	10.48 (6.18)	5.93 (4.13)	<0.001	10.65 (5.10)	5.86 (4.12)	<0.001	11.36 (5.30)	5.81 (3.95)	<0.001
Suport social (DUKE-UNC): M (SD)	45.69 (13.30)	52.38 (8.15)	<0.001	46.64 (12.29)	52.12 (8.61)	0.005	49.38 (11.32)	52.25 (8.47)	0.134	47.40 (12.20)	52.49 (8.44)	<0.001
Esdeveniments vitals estressants durant embaràs (St Paul Ramsey Ramsey): N (%)	50 (79.4)	1081 (62.4)	0.006	37 (84.1)	857 (63.2)	0.004	31 (83.8)	796(63.1)	0.010	97 (80.8)	1034(61.8)	<0.001

IS, Ideació suïcida; EPDS, Edinburgh Postnatal Depression Scale, DUKE-UNC, Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire; St. Paul Ramsey, St Paul Ramsey Life Experience Scale.

**Taula 20.** Predicció de la Ideació suïcida en el postpart: Models de regressió logística.

	B	SE	Wald	p	OR	95% IC
<b>Model 1: Ideació suïcida 8 setmanes postpart</b>						
Constant	-8.476	0.937	81.895	<0.001		
Neuroticisme puntuacions-T)	0.071	0.020	12.603	<0.001	1.073	1.032-1.116
Puntuació EPDS postpart immediat	0.076	0.039	3.851	0.050	1.079	1.000-1.164
Ant. psiquiàtrics personals	0.672	0.345	3.803	0.051	1.959	0.997-3.851
Ant. psiquiàtrics familiars	0.782	0.327	5.717	0.017	2.186	1.151-4.150
Esdeveniments vitals estressants durant embaràs (St. Paul Ramsey)	0.702	0.434	2.619	0.106	2.017	0.862-4.717
<b>Model 2: Ideació suïcida 32 setmanes postpart</b>						
Constant	-9.111	1.280	50.652	<0.001	0.000	
Neuroticisme (puntuacions-T)	0.048	0.022	4.871	0.027	1.049	1.005-1.095
Psicoticisme (puntuacions-T)	0.040	0.019	4.394	0.036	1.041	1.003-1.080
Puntuació EPDS postpart immediat	0.115	0.044	6.837	0.009	1.122	1.029-1.224
Ant. psiquiàtrics personals	1.147	0.363	9.8967	0.002	3.150	1.515-6.421
<b>Model 3: Ideació suïcida 0-32 setmanes postpart</b>						
Constant	-7.890	0.746	111.796	<0.001	0.000	
Neuroticisme (puntuacions-T)	0.032	0.013	6.139	0.013	1.032	1.007-1.059
Psicoticisme (puntuacions-T)	0.032	0.011	7.993	0.005	1.032	1.010-1.005
Puntuació EPDS postpart immediat	0.182	0.026	48.161	<0.001	1.200	1.140-1.264
Ant. psiquiàtrics personals	0.740	0.226	10.676	0.001	2.095	1.344-3.266
Esdeveniments vitals estressants durant embaràs (St. Paul Ramsey)	0.631	0.265	5.675	0.017	1.880	1.118-3.159

EPDS, Edinburgh Postnatal Depression Scale; St. Paul Ramsey, St Paul Ramsey Life Experience Scale.

### 3.5.4 Discussió

Aquest estudi ha confirmat que existeix una alta prevalença d'ideació suïcida en el postpart i que a la vegada, també existeix una forta associació entre la ideació suïcida i la depressió postpart. En aquest sentit, els resultats han mostrat diversos factors de risc associats a la ideació suïcida, com ara el neurotisme i el psicoticisme elevats, els antecedents psiquiàtrics, els símptomes depressius primerencs i haver experimentat, com a mínim, un esdeveniment vital estressant durant l'embaràs.

Aproximadament el 7% de les mares que van participar en aquest estudi van presentar ideació suïcida durant els primers 8 mesos del postpart. Aquest descobriment corrobora les troballes d'estudis anteriors que utilitzaven l'ítem 10 de l'EPDS per avaluar la ideació suïcida en el període del postpart (incloent "gairebé mai" com a resposta afirmativa), amb taxes de prevalença al voltant del 9% entre els 6 i els 12 mesos després del part (Mauri i cols., 2012; Bodnar-Deren i cols., 2016). En el nostre estudi, el 3.5% de les dones van informar d'idees suïcides en el postpart immediat, el 3.1% també en van reportar a les 6-8 setmanes del postpart i per últim, el 2.8% també van presentar ideació suïcida a les 32 setmanes després d'haver donat a llum. En altres estudis, es va comprovar que la prevalença d'ideació suïcida en el postpart mesurada amb l'EPDS era del 3.4- 9% a les 6 setmanes després del part (Howard i cols., 2011; Kim i cols., 2015) i del 2.7- 4.6% als 12 mesos (Mauri i cols., 2012; Giallo i cols., 2018). A més, altres estudis amb mesures repetides també han informat de proporcions elevades de dones que van reportar d'ideació suïcida en diferents moments del postpart (Sit i cols., 2011; Giallo i cols., 2018). En el nostre estudi, vam trobar que entre el 49 i el 75% de les dones que van informar d'ideació suïcida entre les 6 i les 8 setmanes i les 32 setmanes eren casos nous i que només el 3.5% de les dones van declarar la ideació suïcida en totes les avaluacions. Aquests resultats no es corresponen amb els que es van obtenir en un estudi recent sobre la

ideació suïcida en el postpart, que va trobar que aproximadament el 7% de les dones tenien patró estable de pensaments d'autolesió (Giallo i cols., 2018). Aquesta menor proporció d'ideació suïcida persistent que es va trobar en el nostre estudi pot ser deguda a un efecte del tractament.

Els resultats a nivell del perfil de personalitat de les dones del nostre estudi, donen suport al model diàtesi-estrès, segons el qual el *neurotisme* i el *psicoticisme* elevats poden augmentar el risc d'ideació suïcida després d'un gran esdeveniment vital biològic i psicosocial, com ara el part i el fet de convertir-se en mare. El *neurotisme*, caracteritzat per inestabilitat emocional, ansietat i vulnerabilitat a l'estrès, ha estat relacionat amb la ideació suïcida independentment de l'estat depressiu actual en poblacions no perinatals (Brezo i cols., 2006), especialment entre les dones (Mandelli i cols., 2015). En aquest sentit, en el nostre estudi, el *neurotisme* i el *psicoticisme* van estar associats a la ideació suïcida a les 8 i 32 setmanes del postpart, després de controlar la presència de símptomes depressius presents en el postpart immediat. De la mateixa manera, les mares amb temperament disfòric (que van presentar puntuacions altes en depressió, trets ciclotímics, irritabilitat i ansietat i puntuacions baixes en hipertímia) van informar més símptomes depressius i antecedents suïcides al postpart immediat (Girardi i cols., 2011). El *psicoticisme*, caracteritzat per la impulsivitat, la irresponsabilitat i la mentalitat dura, també s'ha relacionat amb la ideació suïcida en mostres clíniques i basades en la població i és especialment útil per predir la història d'intents de suïcidi (Brezo i cols., 2006). L'associació entre *psicoticisme* i el fenomen suïcida es podria explicar per l'augment de la tendència a actuar per impuls sense tenir en compte les convencions socials imperants. En el present estudi, la majoria de dones amb ideació suïcida en el postpart van informar símptomes depressius (81-86%) i van complir els criteris diagnòstics d'episodi depressiu major (62-70%). Aquests resultats confirmen la forta associació entre la depressió i la ideació suïcida en el període del postpart (Mauri i cols., 2012; Guillard i Gressier, 2017). A

més, investigacions prèvies han descobert que els símptomes depressius en el postpart immediat i els antecedents personals de depressió prediuen la ideació suïcida en el període del postpart (Bodnar-Deren i cols., 2016). La presència d'antecedents psiquiàtrics familiars també prediu la ideació suïcida a les 8 setmanes després del part, possiblement a causa de les taxes més altes de comportaments suïcides en aquestes famílies (Brent i Melhem, 2008). En estudis de bessons i adopcions s'ha demostrat que el suïcida té un component genètic heretable i s'ha estimat que l'herència del comportament i la ideació suïcida oscil·la entre el 30 i el 55% (Voracek i Loibl, 2007; Brent i Melhem, 2008).

D'altra banda, el 63% de les dones participants en aquest estudi van experimentar almenys un esdeveniment vital estressant durant l'embaràs (relacionat amb l'assistència primària, l'entorn social, l'habitatge, el treball, la salut o l'economia) i es va trobar que els esdeveniments estressants eren un factor predictor de la ideació suïcida en el postpart. Els esdeveniments estressants, especialment els esdeveniments interpersonals i personals, s'han associat a la ideació suïcida en dones (Mandelli i cols., 2015). En mostres perinatales, els esdeveniments estressants, com ara les complicacions anteriors al part, prediuen la ideació suïcida en el postpart (Bodnar-Deren i cols., 2016), i l'estrès psicosocial i la violència en l'àmbit de la parella augmenten el risc d'ideació suïcida durant l'embaràs (Gavin i cols., 2011; Alhusen i cols., 2015). A més, gairebé la meitat de les dones que van morir per suïcida perinatal a Suècia entre el 1980 i el 2007 van experimentar esdeveniments estressants durant l'embaràs o el part (Esscher i cols., 2016).

El present estudi presenta diverses limitacions que requereixen la seva consideració. En primer lloc, l'ús d'un únic ítem de l'EPDS per avaluar la ideació suïcida no proporciona informació sobre la naturalesa dels pensaments, sobre l'autolesió i la intencionalitat d'actuar. En segon lloc, la inclusió en l'estudi només de dones caucàsiques espanyoles limita la generalització dels resultats. A més, l'exclusió de dones que van rebre atenció psiquiàtrica durant l'embaràs significa que el nostre estudi pot haver subestimat la



prevalença de dones amb ideació suïcida en el postpart. No s'ha estudiat l'associació entre la ideació suïcida i altres trastorns mentals diferents de la depressió (és a dir, trastorns d'ansietat) i no s'han pogut ajustar els resultats (Orsolini i cols., 2016; Guillard i Gressier, 2017). Tampoc no s'han inclòs altres factors rellevants, com ara trets de *perfeccionisme*, violència en l'àmbit de la parella o maltractament infantil, que també han estat relacionats amb la ideació suïcida (Bodnar-Deren i cols., 2016; Limburg i cols., 2017; Onah i cols., 2017). Malgrat aquestes limitacions, creiem que aquest és el primer estudi que examina el paper de les dimensions de personalitat predir la ideació suïcida en el període del postpart en una gran mostra de la població general. Altres punts forts de l'estudi són el seu disseny prospectiu, l'avaluació clínica del trastorn depressiu i l'avantatge de tenir en compte factors de confusió rellevants, com ara els sociodemogràfics, els antecedents personals i familiars, factors obstètrics, símptomes depressius immediats, aconteixements estressants i suport social.

Els nostres resultats tenen implicacions clíniques per l'abordatge de la ideació suïcida en el postpart. L'alta prevalença de la ideació suïcida en mares sense antecedents psiquiàtrics suggereix que s'hauria d'avaluar aquest fenomen en seguiment perinatal de totes les dones. A més, es pot considerar la inclusió de factors de risc relacionats per millorar la detecció de dones amb risc de suïcidi. Tot i que hi ha algun debat sobre l'eficàcia del cribatge dels programes de depressió perinatal, que inclouria la ideació suïcida, és una pràctica àmpliament acceptada (The Lancet, 2016; Reilly i cols., 2019).

Algunes societats científiques han recomanat la inclusió en la detecció universal no només de la simptomatologia psiquiàtrica, sinó també de l'avaluació psicosocial durant el període perinatal (antecedents psiquiàtrics, la manca de suport, els esdeveniments estressants o les vulnerabilitats a nivell de personalitat) (Austin i cols., 2015; Moore Simas i cols., 2019). Tanmateix, a la vida real, hi ha diverses barreres per al cribatge prenatal o postnatal rutinari de dones en entorns obstètrics, per exemple, habilitats comunicatives,

l'absència de protocols estandarditzats que integrin la salut mental i obstètrica i recursos inadequats per garantir un tractament específic i seguiment (Moore Simas i cols., 2019). Els futurs estudis s'haurien de centrar en avaluar l'eficàcia dels programes de screening implementats.

En general, els i les professionals sanitaris han d'estar atents/es a la presència de mares amb major vulnerabilitat que poden beneficiar-se d'una atenció psicosocial o psiquiàtrica precoç, protegint així la seva pròpia salut i la de la seva descendència.

### 3.5.5 Bibliografia

- Alhusen, J.L., Frohman, N. i Purcell, G. (2015). Intimate partner violence and suicidal ideation in pregnant women. *Archives Womens of Mental Health*, 18, 573–578.
- Austin, M.P., Fisher, J. i Reilly, N. (2015). Psychosocial assessment and integrated perinatal care. In: Milgrom, J. i Gemmill, A.W. (eds) *Identifying Perinatal Depression and Anxiety: Evidence-based Practice in Screening, Psychosocial Assessment and Management*. Wiley- Blackwell, Chichester, pp 121–138.
- Baca-Garcia, E., Parra, C.P. i Perez-Rodriguez, M.M. (2007). Psychosocial stressors may be strongly associated with suicide attempts. *Stress Health Journal*, 23,191–198.
- Bellón, J.A., Delgado, A., Luna, J.D. i Lardelli, P. (1996). Validity and reliability of the Duke-UNC-11 questionnaire of functional social support | Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 151–207.
- Bi, B., Xiao, X. i Zang, H. (2012). A comparison of the clinical characteristics of women with recurrent major depression with and without suicidal symptomatology. *Psychological Medicine*, 42, 2591–2598.
- Bodnar-Deren. S., Klipstein, K. i Fersh, M. (2016). Suicidal ideation during the postpartum period. *Journal of Women's Health*, 25,1219–1224.
- Brent, D.A. i Melhem, N. (2008). Familial transmission of suicidal behavior. *Psychiatric Clinic of North America*, 31, 157–177.
- Brezo, J., Paris, J. i Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 180–206.
- Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., de Gruy, F.V. i Kaplan, B.H. (1988). The Duke-UNC functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26, 707–721.
- Cox, J.L., Holden, J.M. i Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 782–786.
- Esscher, A., Essén, B. i Innala, E. (2016). Suicides during pregnancy and 1 year postpartum in Sweden, 1980-2007. *The British Journal of Psychiatry*, 208, 462– 469.
- Eysenck, S. (1985). *Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ-R) and Short-Scale (EPQ-RS)*. Hodder and Stoughton, London
- Eysenck, H. i Eysenck, S. (2001). *Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck: versiones completa (EPQ-R) y abreviada (EPQ-RS)*. TEA, Madrid

- Farmer, A., Redman, K. i Harris, T. (2001). The Cardiff sib-pair study: suicidal ideation in depressed and healthy subjects and their siblings. *Crisis*, 22,71–73.
- Garcia-Esteve, L., Ascaso, C., Ojuel, J. i Navarro, P. (2003). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of Affective Disorders*, 75,71–76.
- Gavin, A.R., Tabb, K.M. i Melville, J.L. (2011). Prevalence and correlates of suicidal ideation during pregnancy. *Archives of Womens Mental Health*, 14, 239–246.
- Gelaye, B., Kajeepeta, S. i Williams, M.A. (2016). Suicidal ideation in pregnancy: an epidemiologic review. *Archives of Womens Mental Health*, 19, 741–751.
- Giallo, R., Pilkington, P. i Borschmann, R. (2018). The prevalence and correlates of self-harm ideation trajectories in Australian women from pregnancy to 4-years postpartum. *Journal of Affective Disorders*, 229, 152– 158.
- Girardi, P., Pompili, M. i Innamorati, M. (2011). Temperament, postpartum depression, hopelessness, and suicide risk among women soon after delivering. *Journal of Women's Health*, 51, 511–524.
- Goodwin, R.D. i Gotlib, I.H. (2004). Gender differences in depression: the role of personality factors. *Psychiatry Research*. 126, 135–142.

## 4 DISCUSSIÓ GENERAL

L'objectiu general d'aquesta tesi ha estat l'estudi de la relació entre la depressió, variables de personalitat, factors psicosocials i la ideació suïcida en dones puèrperes de la població general i en dones amb depressió postpart. Amb la vista posada en aquest objectiu, el present treball pretén aportar informació interessant que ajudi a avançar en el coneixement de la vulnerabilitat de les dones en el període perinatal.

Els 3 estudis presentats aporten nous resultats que poden apuntar a noves perspectives i ajudar en l'abordatge de la depressió en el període perinatal. En els capítols anteriors s'han presentat cadascun d'aquests estudis per separat, amb la seva pròpia introducció, els seus resultats específics i la seva discussió. En la present discussió es pretén recapitular de manera general els resultats més rellevants obtinguts en cadascun dels estudis seguint aquesta estructura:

- La personalitat com a factor de risc per la depressió postpart.
- El perfil de temperament i caràcter en dones diagnosticades d'episodi depressiu major en el postpart i la seva relació la presència d'ideació suïcida i la intensitat de la simptomatologia ansiosa i depressiva.
- La ideació suïcida en dones puèrperes de la població general i en dones amb depressió postpart.

Per acabar, es plantegen les limitacions del present treball i els nous reptes que tindrem per endavant.

#### 4.1. Resultats més rellevants de la investigació

Els resultats d'aquesta investigació han permès avançar en el coneixement de l'associació existent entre la depressió postpart i determinats trets de personalitat, factors psicosocials i la ideació suïcida, en dones puèrperes de la població general i en dones diagnosticades d'un episodi depressiu en el postpart.

Primer, vam realitzar una revisió sistemàtica sobre els trets de personalitat que incrementen el risc de patir depressió postpart. Els resultats obtinguts confirmen la hipòtesi que determinats trets de personalitat poden considerar-se factors de risc per desenvolupar depressió postpart i que el *neuroticisme* és un tret destacat en aquesta associació, postulant-se com un factor de risc rellevant per aquest trastorn en l'etapa perinatal. Tot i així, les dades aportades en els diferents estudis, varien àmpliament. Aquesta gran disparitat s'explica majoritàriament perquè hi ha estudis que utilitzen el *neuroticisme* com una variable continua i altres com una variable categòrica.

El *neuroticisme* es considera sovint com un endofenotip de la predisposició genètica pels trastorns afectius (Lahey, 2009), ja que els factors genètics que influeixen en la variabilitat individual del *neuroticisme* es solapen substancialment amb aquells que influeixen en les manifestacions d'altres trastorns internalitzadors (Hettema i cols., 2006). Les persones amb un alt *neuroticisme* tendeixen a experimentar emocions negatives intenses en resposta a situacions d'estrès i l'embaràs i el part estan considerats esdeveniments vitals estressants de gran impacte.

En el camp de la psicologia de la salut, s'han impulsat estudis en embarassades per avaluar la relació entre les estratègies d'afrontament i la personalitat en la gestió de l'estrès, en concret s'ha estudiat el paper del *neuroticisme*, de l'*extraversió*, i el *psicoticisme* o la inhibició emocional amb la percepció i la gestió de l'estrès (Lobel i cols., 2002).

En el nostre treball, les dades recolzen la idea que el *neuroticisme* estaria associat a un pitjor estat de salut mental materna. Les persones amb alt *neuroticisme* sovint es perceben a si mateixes com a ineficaçes per fer front als reptes vitals i adopten estratègies com la preocupació, la rumiació o l'evitació emocional. L'interès per l'estudi del *neuroticisme* ha augmentat en els darrers anys (Barlow, 2014) i diversos autors han conclòs que aquest tret és un dels factors predictius més importants per a la depressió, tant en l'embaràs com en el postpart (Dennis i Boyce, 2004; Podolska i cols., 2010). A més, el *neuroticisme* s'ha associat amb altres factors de mal pronòstic com un baix suport social percebut (Swickert, 2019) i una mala adaptació als estressors vinculats al part (Johnston, 2013).

Sembla que el *neuroticisme* s'ha associat independentment amb la DPP, suggerint que per si mateix podria contribuir al desenvolupament del trastorn depressiu, possiblement mitjançant la modulació de la vulnerabilitat.

Específicament, les embarassades amb un alt *neuroticisme* exhibeixen una major sensibilitat emocional negativa, és a dir, que tenen major tendència a la irritabilitat i reaccionen intensament amb emocions d'ira, por, vulnerabilitat i aprehensió davant les demandes ambientals i poden reportar durant el seu embaràs més símptomes físics i major psicopatologia (major depressió, angoixa i ansietat i disfunció social) (Peñacobapiente i cols., 2016). També reporten menor qualitat de vida percebuda i menor satisfacció general, compromentent tota la seva experiència de l'embaràs (Catala i cols., 2020). A la vegada, els majors nivells de depressió i estrès durant l'embaràs estan associats a un deteriorament general de l'estat de salut de la mare durant aquest període, a una disminució d'estratègies adaptatives d'afrontament i un major risc de complicacions obstètriques i del neurodesenvolupament del nadó (Liu i cols., 2016; Oyetunji i Chandra, 2020; Slomian i cols., 2019)



Però en la nostra revisió sistemàtica, el *neuroticisme* no és l'únic tret que apunta ser un factor de risc, sinó que l'*estil de personalitat vulnerable* proposat per Boyce i l'*ansietat-tret* també s'associen a un major risc de patir DPP.

Un *estil de personalitat vulnerable* podria augmentar el risc de depressió concretament en el període del postpart. Cal assenyalar que cada un dels trets concrets que configuren aquest estil de personalitat s'han relacionat amb la depressió, tant en el context del postpart (Boyce, 1994; Matthey i cols., 2000; Church i cols., 2005; Akman i cols., 2007; Jones i cols., 2010) com fora d'ell (Enns i Cox, 1997; Wilhelm i cols., 2004; Bockian, 2006; Rude i cols., 2010). Les investigacions apunten a afirmar que un *estil de personalitat vulnerable* i els antecedents de depressió estan significativament relacionats amb la simptomatologia depressiva en el postpart.

En la nostre estudi de revisió, vam trobar diversos treballs que apuntaven que l'*ansietat-tret* era un factor de risc per a la DPP, i que a més a més, aquest tret contribuïa significativament a explicar la gravetat d'aquest trastorn. Per altra banda, sabem que l'*ansietat-tret* també pot predir l'ansietat i els trastorns de l'estat d'ànim en el postpart. En el context del postpart, es pot teoritzar que les dones amb trets de personalitat relacionats amb l'ansietat i que a més presenten un elevat nivell de *neuroticisme* poden presentar més vulnerabilitat als reptes de la maternitat, baixant el llindar de tolerància als estressors com ara la falta de son, entre d'altres.

Així mateix, s'ha establert inequívocament que hi ha una gran relació entre depressió i ansietat. A nivell clínic, aquests dos trastorns psicopatològics comparteixen trets comuns, cosa que dificulta atribuir els símptomes a un o a un altre diagnòstic. Des d'una perspectiva temporal i caracterial, l'ansietat s'ha de dividir en dos fenòmens diferenciats. Primer, l'*ansietat-tret* que augmentaria la vulnerabilitat per desenvolupar ansietat i/o depressió durant el període perinatal. En segon lloc, s'ha de considerar l'*ansietat-estat* com a manifestació clínica temporal que es delimita al període perinatal, però no

exclusivament. La presència d'ansietat durant l'embaràs té un impacte sobre la salut materna, el desenvolupament fetal i conseqüències sobre la descendència (Hedegaard i cols., 1993; Hansen i cols., 2000; Di Pietro i cols., 2002; O'Connor i cols., 2003). Les preocupacions perinatals més freqüents es centren en el benestar del fetus, el benestar matern, la salut de la parella i la mortalitat parental (Misri i cols., 2015). Si aquestes preocupacions persisteixen durant l'embaràs poden impactar en tots els àmbits d'activitats de la mare, afavorint el seu deteriorament funcional (Misri i cols., 2015), la seva qualitat de vida durant el postpart (Misri i Swift, 2015) i augmentant els nivells d'estrès parental en el postpart (Misri i cols., 2010). A més, les mares ansioses tenen més dificultats per interactuar amb el seu bebè (Figueiredo i Costa 2009; Müller et al. 2013), entre d'altres motius pel desencadenament de pensaments angoixants, comportament evitadors, problemes d'atenció i preocupació permanent (Stein i cols., 2009). Així doncs, ambdues formes d'ansietat, tret i/o estat, haurien de contemplar-se també com a factors de vulnerabilitat i es podrien utilitzar com a marcadors de detecció durant l'embaràs per avaluar el risc de desenvolupar depressió postpart.

Després de realitzar aquesta revisió i de constatar que determinats trets de personalitat es poden considerar factors de risc per a la DPP, iniciem el *segon estudi* per conèixer amb més profunditat la personalitat de les dones diagnosticades d'un episodi depressiu en el postpart. En aquest estudi, ens plantejem un doble objectiu. Per una banda, estudiar el perfil de temperament i caràcter en dones diagnosticades d'episodi depressiu major en el postpart (Criteris DSM) un cop la simptomatologia afectiva havia remès, evitant així l'efecte de la depressió en la mesura de la personalitat. Per altra banda, analitzar la relació entre les característiques de temperament i caràcter i diferents variables clíniques com la presència d'ideació suïcida, la intensitat de la simptomatologia ansiosa i depressiva, la presència de comorbiditat, el tipus d'episodi i els antecedents de DPP.

Els resultats del present estudi confirmen la nostra hipòtesi de treball i mostren que les dones deprimides i recuperades van puntuar més alt en *evitació del dany*, destacant especialment les subescales de *preocupació i pessimisme, por a la incertesa i fatigabilitat*. A més, podem informar també que les dones d'aquest estudi van puntuar més baix en *autotrascendència*, destacant especialment la subescala *d'acceptació espiritual*. Aquesta troballa concorda amb els resultats obtinguts en estudis previs sobre temperament i caràcter de pacients amb depressió fora del període perinatal (Farmer i cols., 2003; Richter i cols., 2000; Smith i cols., 2005; Zaninotto i cols., 2015, Arkar, 2010; Chen, i cols., 2015; Hansenne i cols., 1999; Jylhä i Isometsä, 2006), així com també en el període perinatal (Josefsson i cols., 2006). Aquests resultats suggereixen que el perfil de temperament i caràcter de les dones amb DPP no difereix del que presenten les dones deprimides fora del període perinatal i que les puntuacions elevades en *evitació del dany* poden ser vistes com un factor de vulnerabilitat pel desenvolupament de la depressió en general, i de la depressió postpart, en particular.

Analitzant les evidències aportades per la ciència sembla que hi ha un important consens en considerar que *l'evitació de dany* està fortament associat a l'aparició de la depressió major i a la gravetat del trastorn depressiu major. Tot i així, seria important continuar investigant per determinar els efectes d'aquest tret del temperament sobre els trastorns de l'espectre depressiu i diferenciar-los, si és possible, dels que provoca en altres trastorns mentals, ja que l'alta intensitat d'aquest tret també s'ha demostrat en altres trastorns psiquiàtrics, com els trastorns de la conducta alimentària i els trastorns d'ansietat.

Continuant amb l'anàlisi de la relació entre *l'evitació del dany* i el trastorn depressiu, hi ha autors que apunten que aquest tret del temperament presenta estat-dependència de la simptomatologia afectiva, evidenciant-se així una disminució de la seva intensitat després del tractament de la depressió. Aquest aspecte cal tenir-lo en compte, de cara a la constatació que l'estat clínic de les dones diagnosticades de depressió pot influir en alguns

aspectes de l'avaluació del perfil de temperament i caràcter. Una explicació podria ser que l'experiència d'un episodi depressiu afecta negativament l'autoconcepte i que aquest impacte influeix en l'avaluació autoreportada de la personalitat comportant un augment de la puntuació de *l'evitació del dany* (Celikel i cols., 2009). En aquesta mateixa línia, hi ha estudis que van trobar que les persones amb depressió major reporten nivells més alts de *neuroticisme/emocionalitat negativa* quan estan deprimides que quan no ho estan (Hirschfeld i cols., 1983, Kendler i cols., 1993; Ormel i cols., 2004). Com ja s'ha dit anteriorment, en el nostre estudi vam controlar aquest efecte, avaluant el temperament i el caràcter quan la simptomatologia depressiva estava en remissió, minimitzant així l'impacte de l'estat-dependència.

Pel que fa a la relació entre el perfil de temperament i caràcter i algunes de les variables clíniques estudiades, la nostra hipòtesi de treball era que esperàvem que *l'evitació del dany* i *l'autotrascendència* influïessin en alguns resultats adversos sovint associats a l'estat d'ànim depressiu. Els resultats obtinguts en el nostre treball han demostrat que per una banda, *l'autotrascendència* ha resultat poc influent en les variables clíniques estudiades però la gravetat de la simptomatologia depressiva i la intensitat de la simptomatologia ansiosa estan associades significativament amb la *l'evitació del dany* i confirmen les troballes d'estudis anteriors (Öngür i cols., 2005). De fet, Nery i cols. (2009) van afirmar que la simptomatologia ansiosa contribuïa a augmentar *l'evitació del dany* en pacients amb trastorn depressiu major. També hem trobat associacions significatives entre *l'evitació del dany* i algunes variables clíniques que podrien indicar una major gravetat de l'episodi depressiu. Les dones amb "alta" *evitació del dany* presentaven major freqüència d'episodis depressius recurrents, major comorbiditat, més antecedents de DPP i més ideació suïcida. En una revisió sistemàtica realitzada per Kapman i Poutanen (2011), els autors afirmen que existeix una associació indiscutible entre *l'evitació del dany* i la gravetat de la simptomatologia depressiva i la recuperació de la depressió major. Aquestes

dades recolzen la idea que aquest tret de temperament està associat a resultats de la DPP que fan pensar en un pitjor pronòstic i que per tant, a nivell clínic cal controlar les dones vulnerables que presenten un perfil de temperament caracteritzat per l'alta intensitat en aquest tret.

Per altra banda, la ideació suïcida és una de les conseqüències més greus de la DPP. De fet, les dades del nostre estudi demostren la presència de correlacions positives entre la ideació suïcida i la simptomatologia ansiosa, l'ansietat-tret i la simptomatologia depressiva. Tenint en compte que l'ansietat i la depressió són els principals factors de risc per la ideació suïcida, l'ansietat-tret implica una vulnerabilitat individual que pot ser un factor predisposant que connecta la depressió i la ideació suïcida. En el nostre estudi, no hem trobat associació entre la ideació suïcida i l'*evitació del dany*, però sí que podem trobar-hi una relació indirecta a través de la simptomatologia depressiva i de l'ansietat-tret i la simptomatologia ansiosa.

Un cop es va determinar que hi havia certes variables, com la ideació suïcida i alguns trets de personalitat que estaven relacionades amb la depressió postpart, es va voler estudiar si aquesta relació també es presentava en un grup de dones puèrperes de la població general. En el *tercer estudi*, ens vam proposar descriure la prevalença de la ideació suïcida durant les 32 setmanes posteriors al part en dones puèrperes de la població general i en segon lloc, estudiar el paper de la personalitat i altres factors psicosocials, avaluats en el postpart immediat, com a factors predictors de l'aparició d'ideació suïcida, així com la seva relació amb la depressió (síntomes depressius i/o diagnòstic clínic) durant les 32 setmanes posteriors al part.

La prevalença global d'ideació suïcida durant els 8 mesos del postpart va ser del 7%. Si analitzem les dades més detingudament, vam trobar que entre el 49 i el 75% de les dones que van informar d'ideació suïcida entre les 6 i les 8 setmanes i les 32 setmanes eren casos nous i que només el 3.5% de les dones van declarar la ideació suïcida en totes les

avaluacions. Aquests resultats no es corresponen amb els que es van obtenir en un estudi sobre la ideació suïcida en el postpart, que va trobar que aproximadament el 7% de les dones tenien patró estable de pensaments d'autolesió (Giallo i cols., 2018). Una possible explicació per aquesta menor proporció d'ideació suïcida persistent que es va trobar en el nostre estudi, podria ser per un efecte del tractament que podrien seguir les dones del nostre estudi.

Fixant-nos en l'associació entre ideació suïcida i depressió, els resultats del nostre estudi apunten a què les mares amb ideació suïcida, entre el 81% i el 86% també presentaven nivells alts de símptomatologia depressiva (EPDS  $\geq$  10). D'aquestes, el 62.12% també complia criteris diagnòstics d'episodi depressiu major (criteris DSM-IV) a les 8 setmanes i el 70% ho va fer a les 32 setmanes. Aquests resultats confirmen la forta associació entre la depressió i la ideació suïcida en el període del postpart (Mauri i cols., 2012; Guillard i Gressier, 2017). Una altra lectura interessant d'aquestes dades és que hi ha una proporció no menyspreable de dones amb ideació suïcida que no reporten simptomatologia depressiva i/o episodi depressiu. Això fa pensar que en l'etapa perinatal caldrà explorar la ideació suïcida més enllà de la presència de simptomatologia afectiva.

A continuació destaquem els resultats que mostren l'associació entre la ideació suïcida i certes dimensions de personalitat que suposa la confirmació de la nostra hipòtesi de treball. Les dones amb ideació suïcida en el postpart immediat, a les 8 setmanes i a les 32 setmanes del postpart, van mostrar puntuacions més altes en *neuroticisme* i *psicoticisme*. Aquestes dimensions de personalitat també es van associar positivament amb la presència d'ideació suïcida en un o més seguiments. Per últim, cal destacar que *l'extraversió* es va associar negativament amb la ideació suïcida en el postpart immediat i en qualsevol de les avaluacions de seguiment. Els resultats a nivell del perfil de personalitat de les dones del nostre estudi, donen suport al model diàtesi-estrès, segons el qual el *neurotisme* i el *psicoticisme* elevats poden augmentar el risc d'ideació suïcida

després d'un gran esdeveniment vital biològic i psicosocial, com ara el part i el fet de convertir-se en mare. El *neuroticisme*, caracteritzat per inestabilitat emocional, ansietat i vulnerabilitat a l'estrès, ha estat relacionat amb la ideació suïcida independentment de l'estat depressiu actual en poblacions no perinatals (Brezo i cols., 2006), especialment entre les dones (Mandelli i cols., 2015). De la mateixa manera, les mares amb temperament disfòric (que van presentar puntuacions altes en depressió, trets ciclotímics, irritabilitat i ansietat i puntuacions baixes en hipertímia) van informar més símptomes depressius i antecedents suïcides al postpart immediat (Girardi i cols., 2011). El *psicoticisme*, caracteritzat per la impulsivitat, la irresponsabilitat i la duresa mental, també s'ha relacionat amb la ideació suïcida en mostres clíniques i basades en la població i és especialment útil per predir la història d'intents de suïcidi (Brezo i cols., 2006). L'associació entre *psicoticisme* i el fenomen suïcida es podria explicar per l'augment de la tendència a actuar per impuls sense tenir en compte les convencions socials imperants. Les dimensions de personalitat, la simptomatologia depressiva en el postpart immediat, els antecedents psiquiàtrics personals i familiars i els esdeveniments vitals estressants viscuts durant l'embaràs avaluats en el postpart immediat van resultar factors predictors de la ideació suïcida en el postpart. Investigacions prèvies han descobert que els símptomes depressius en el postpart immediat i els antecedents personals de depressió prediuen la ideació suïcida en el període del postpart (Bodnar-Deren i cols., 2016). La presència d'antecedents psiquiàtrics familiars també prediu la ideació suïcida a les 8 setmanes després del part, possiblement a causa de les taxes més altes de comportaments suïcides en aquestes famílies (Brent i Melhem, 2008). En estudis de bessons i adopcions s'ha demostrat que el suïcidi té un component genètic heretable i s'ha estimat que l'herència del comportament i la ideació suïcida oscil·la entre el 30 i el 55% (Voracek i Loibl, 2007; Brent i Melhem, 2008).

Els esdeveniments estressants, especialment els esdeveniments interpersonals i personals, s'han associat a la ideació suïcida en dones (Mandelli i cols., 2015). En mostres perinatals, els esdeveniments estressants, com ara les complicacions anteriors al part, prediuen la ideació suïcida en el postpart (Bodnar-Deren i cols., 2016), i l'estrès psicosocial i la violència en l'àmbit de la parella augmenten el risc d'ideació suïcida durant l'embaràs (Gavin i cols., 2011; Alhusen i cols., 2015). A més, gairebé la meitat de les dones que van morir per suïcidi perinatal a Suècia entre el 1980 i el 2007 van experimentar esdeveniments estressants durant l'embaràs o el part (Esscher i cols., 2016). Aquestes dades posen de manifest que la ideació suïcida, tot i tenir una etiologia diversa, presenta com a principals factors desencadenants, aquells que es troben en el context personal i social.

Resumint, en els estudi 1, 2 i 3 hem pogut evidenciar el paper clau d'alguns trets de personalitat (*neototicisme, ansietat-tret, estil de personalitat vulnerable, psicoticisme i extraversió*) i de temperament (*evitació del dany*) en l'aparició, curs i pronòstic de la DPP i la seva relació amb algunes variables psicosocials com la comorbilitat, els antecedents de DPP, la recurrència del trastorn afectiu i la ideació suïcida.

Per concloure, tot i que el període perinatal destaca per ser un període de major vulnerabilitat per a les dones, a la vegada, aquest període representa una finestra d'oportunitat per prevenir els resultats adversos associats a la DPP, doncs la majoria de les dones durant l'embaràs tenen un contacte freqüent amb els professionals de la salut i tenen una actitud positiva cap al cribratge i les intervencions que millorin la seva salut i la del seu fill/a (Suellentrop i cols., 2006; Dott i cols., 2010).



## 4.2. Limitacions

Els estudis presentats en aquesta investigació no estan exempts de certes limitacions. En el *primer estudi*, hi ha diferents aspectes que cal tenir en compte. En aquest treball, només vam incloure els estudis publicats en llengua anglesa. Tanmateix, hi ha estudis que s'han realitzat en diversos països en què la llengua anglesa no és la dominant.

Les nostres anàlisis i les interpretacions dels resultats van estar limitades per diferències metodològiques en els diferents estudis. Com ara, els diferents constructes estudiats i els diferents instruments utilitzats pel seu anàlisi. A més a més, mentre que alguns estudis utilitzaven entrevistes clíniques per diagnosticar la depressió, la majoria només utilitzaven eines de detecció o screening basades en autoinformes per detectar símptomatologia depressiva. A més, en els diferents estudis també s'utilitzen diferents punts de tall de les eines de cribratge per diagnosticar la DPP, dificultant així la comparació dels resultats entre si. Un altre element determinant és l'estat-dependència dels trets de personalitat i l'estat d'ànim. És sabut que les proves autoinformades per l'avaluació de la personalitat poden estar influïdes per l'estat d'ànim, la capacitat d'introspecció i pels estils de resposta de les persones participants en els estudis. A més a més, a través d'aquests proves, pot resultar difícil distingir, els efectes dels contextos ambientals estables sobre els trets de personalitat (Chmielewski i Watson, 2009). Cal afegir també que el temperament i la personalitat no són un conjunt fix de característiques estàtiques, sinó que són construccions dinàmiques que es desenvolupen al llarg de la vida i canvien en resposta a la maduració personal i les circumstàncies de la vida i per tant, variar afectar als resultats dels diferents estudis. Una altra qüestió metodològica a tenir en compte són les diferències en els moments temporals en els que es van avaluar els trets de personalitat (embaràs o postpart) i la DPP (embaràs i diversos moments del postpart), aquest també dificulten la comparació dels resultats entre els diferents estudis. Finalment, recordar que

els estudis d'aquesta revisió van utilitzar anàlisis multivariants per respondre les seves hipòtesis i que els models es van ajustar per diferents variables. Això pot comportar novament que els resultats dels diferents estudis poden no ser comparables entre si.

En *el segon estudi*, apareix novament la limitació del moment escollit per l'avaluació de la personalitat. Malgrat que nosaltres vam avaluar la personalitat quan l'episodi depressiu havia remès, seria desitjable plantejar un disseny d'estudi que permetés realitzar aquesta avaluació abans de l'aparició de la simptomatologia. En segon lloc, el disseny transversal del present estudi no ens permet obtenir una conclusió específica i determinant sobre si la personalitat de les dones s'ha pogut veure afectada per la presència del diagnòstic de depressió o bé, si aquest trastorn ha pogut influir en la manifestació de les dimensions de temperament i caràcter. En un futur caldran més estudis longitudinals per esclarir aquesta qüestió; estudis que s'analitzin els trets de temperament i caràcter en dones embarassades sanes, abans i després de l'aparició de la DPP. En tercer lloc, els resultats només es poden generalitzar per a les mares amb DPP. En quart lloc, la manca d'un grup control en aquest estudi, no ens permet saber el pes o aportació específica de *l'evitació del dany* a la propensió de les dones deprimir-se en el postpart.

*L'estudi 3* també presenta diverses limitacions que requereixen la seva consideració. En primer lloc, l'ús d'un únic ítem de l'EPDS per avaluar la ideació suïcida no proporciona informació sobre la naturalesa dels pensaments, sobre l'autolesió i la intencionalitat d'actuar, si bé és cert que és habitual utilitzar l'ítem de l'EPDS en estudis d'ideació suïcida perinatal. En segon lloc, la inclusió en l'estudi només de dones caucàsiques espanyoles limita la generalització dels resultats. A més, l'exclusió de dones que van rebre atenció psiquiàtrica durant l'embaràs significa que el nostre estudi pot haver subestimat la prevalença de dones amb ideació suïcida en el postpart. No s'ha estudiat l'associació entre la ideació suïcida i altres trastorns mentals diferents de la depressió (és a dir, trastorns d'ansietat) i no s'han pogut ajustar els resultats (Orsolini i cols., 2016; Guillard i Gressier,

2017). Tampoc no s'han inclòs altres factors rellevants, com ara trets de perfeccionisme, violència en l'àmbit de la parella o maltractament infantil, que també han estat relacionats amb la ideació suïcida (Bodnar-Deren i cols., 2016; Limburg i cols., 2017; Onah i cols., 2017).

### **4.3. Línees d'investigació futures**

La nostra línia d'investigació té per objectiu estudiar els factors que estan relacionats amb el fet que algunes dones es deprimeixin després del part.

Un primer pas ha estat analitzar el paper de determinades variables de personalitat com a factors de risc per la depressió postpart, però cal seguir avançant en aquesta direcció. La comprensió de la relació entre la personalitat i la depressió pot comportar diverses implicacions potencialment importants per a la recerca i la pràctica clínica. En primer lloc, certs trets de personalitat que estan associats a l'experiència emocional, a l'expressió i a la regulació, poden ser el fenotip intermedi que proporioni dianes genètiques i d'investigació neurobiològica més accessibles que els diagnòstics depressius. En segon lloc, la personalitat pot ser útil per identificar subgrups de trastorns depressius més homogenis que difereixen en trajectòries de desenvolupament i influències etiològiques. Tercer, traçar els camins entre la personalitat i els trastorns depressius pot ajudar a dilucidar més els processos implicats en el desenvolupament de trastorns de l'estat d'ànim. En quart lloc, la personalitat pot ser útil per adaptar el tractament i predir la resposta al tractament. Cinquè, el temperament i la personalitat poden suposar una via per identificar les persones en risc que podrien beneficiar-se dels esforços de prevenció i intervenció precoç.

També cal destacar, que hi ha una comorbilitat important entre els trastorns depressius i altres trastorns psicopatològics. Alguns trets de personalitat, com el neurotisme i

l'evitació del dany, s'associen a múltiples malalties psiquiàtriques. Per tant, la personalitat podria ajudar a explicar els patrons de comorbiditat i a destacar sistemes de classificació etiològicament més rellevants.

A més, seria interessant potenciar l'estudi del perfil de temperament i caràcter de les dones amb depressió postpart. Les dades que hem aportat estarien recolzant el model de vulnerabilitat, que suggereix que algunes variables, entre elles la personalitat (*evitació del dany*), predisposen a les dones a desenvolupar depressió. A més, cal seguir estudiant sobre el paper que juga la personalitat en aquelles variables associades a un pitjor curs i pronòstic de la depressió (la ideació suïcida, la comorbiditat, els antecedents psiquiàtrics personals, etc). La nostra investigació ha confirmat que existeix una forta associació entre la ideació suïcida i la depressió postpart i que la personalitat (el *neurotisme* i el *psicoticisme* elevats) són uns factors de risc destacats. Però també hem observat que hi ha una proporció de dones amb ideació suïcida que no estaven deprimides, seria interessant estudiar específicament aquest fenomen durant l'embaràs, més enllà de la presència de símptomes depressius.

Tot i així, cal unificar criteris, com l'instrument i el moment d'avaluació de la personalitat, per tal de poder avançar cap a resultats confirmatoris definitius. En cas contrari, serà difícil delimitar aquelles dones vulnerables a deprimir-se a través del seu perfil de personalitat. Fins i tot quan els professionals de la salut la detecten, les dones sovint no demanen ajuda, tot i que la investigació suggereix que hi ha un tractament eficaç disponible. L'estigmatització i la manca de coneixement relacionats amb la depressió i el tractament són problemes habituals que afavoreixen la por, la reticència a buscar ajuda i la negativa al tractament.

Hi ha poca recerca feta sobre paper de la personalitat i les actituds específiques de les mares a l'hora de demanar ajuda professional i, segons el que sabem, no hi ha estudis que tractin específicament com els trets de personalitat afecten a la búsqueda d'assistència

sanitària davant de la simptomatologia depressiva en el període perinatal. Caldria veure fins a quin punt la por, la reticència a buscar ajuda i la negativa al tractament tenen relació amb trets de personalitat, com la desconfiança o el pessimisme.

Per minimitzar l'impacte de la DPP en la dona i la seva descendència és una qüestió vital detectar precoçment i oferir tractament a les dones amb aquest trastorn, adoptant una actitud proactiva per part dels professionals de la salut. En aquest sentit, la ciència ha de treballar en la línia de poder assenyalar, abans que passi, aquelles dones es deprimiran al postpart. Una possible proposta seria incloure en els screenings de la DPP, una avaluació psicosocial que inclogui les variables de personalitat i la ideació suïcida, entre d'altres factors, i tenir-les en compte en l'atenció clínica de mares amb DPP.

## 5 CONCLUSIONS

- El *neuroticisme* i l'*ansietat tret* es poden considerar factors de risc pel desenvolupament de la depressió postpart.
- L'*estil de personalitat vulnerable* també es presenta com un constructe que augmenta la vulnerabilitat per patir depressió postpart.
- Les dones amb depressió postpart presenten un perfil de personalitat caracteritzat per una alta *evitació del dany*, destacant especialment les subescales de *preocupació i pessimisme, por a la incertesa i fatigabilitat*, un cop la simptomatologia depressiva ha remès.
- Les dones amb depressió postpart presenten un perfil de personalitat caracteritzat per una baixa *autotrascendència*, destacant especialment la subescala d'*acceptació espiritual*, un cop la simptomatologia depressiva ha remès.
- La intensitat de la simptomatologia depressiva i ansiosa es correlacionen significativament amb l'*evitació del dany*.
- L'*evitació del dany* està relacionada amb algunes variables clíniques que apunten a un episodi depressiu més sever: comorbilitat, ideació suïcida i recurrència del trastorn.
- La gravetat de la simptomatologia depressiva en el postpart és predita per la simptomatologia ansiosa, la ideació suïcida, l'*evitació del dany* i la *dependència a la recompensa*.
- El 7% de les mares reporten ideació suïcida durant els primers 8 mesos postpart.
- El 62% de les dones amb ideació suïcida van tenir un episodi depressiu major a les 8 setmanes i el 70% a les 32 setmanes del part.

- Les dones amb ideació suïcida mostren puntuacions més altes en *neuroticisme* i *psicoticisme*, en el postpart immediat, a les 8 setmanes i a les 32 setmanes del postpart.
- *L'extraversió* va presentar una associació negativa amb la ideació suïcida en el postpart immediat, a les 8 setmanes i a les 32 setmanes del postpart.
- El *neuroticisme* i el *psicoticisme* són factors predictors de la ideació suïcida durant les dues primeres setmanes del postpart.
- Els símptomes depressius en el postpart immediat, els antecedents psiquiàtrics personals i els esdeveniments vitals estressants durant l'embaràs també van demostrar tenir un valor predictiu de la ideació suïcida en el postpart.



## 6 REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Ajetunmobi, O., Taylor, M., Stockton, D., & Wooid, R. (2013). Early death in those previously hospitalised for mental healthcare in Scotland: a nationwide cohort study, 1986-2010. *BMJ open*, 3(7), e002768. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002768>
- Akiskal, H.S., Hirschfeld, R.M., i Yerevanian, B.I. (1983). The relationship of personality to affective disorders. *Archives of general psychiatry*, 40(7), 801–810. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790060099013>
- Aktan N. M. (2012). Social support and anxiety in pregnant and postpartum women: a secondary analysis. *Clinical nursing research*, 21(2), 183–194. <https://doi.org/10.1177/1054773811426350>
- Alvarez-Segura, M., Garcia-Esteve, L., Torres, A., Plaza, A., Imaz, M.L., Hermida-Barros, L., San, L., i Burtchen, N. (2014). Are women with a history of abuse more vulnerable to perinatal depressive symptoms? A systematic review. *Archives of women's mental health*, 17(5), 343–357. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0440-9>
- Allen, T.A., Carey, B.E., McBride, C., Bagby, R.M., DeYoung, C.G., i Quilty, L.C. (2018). Big Five aspects of personality interact to predict depression. *Journal of personality*, 86(4), 714–725. <https://doi.org/10.1111/jopy.12352>
- Allister, L., Lester, B.M., Carr, S., i Liu, J. (2001). The effects of maternal depression on fetal heart rate response to vibroacoustic stimulation. *Developmental neuropsychology*, 20(3), 639–651. [https://doi.org/10.1207/S15326942DN2003\\_6](https://doi.org/10.1207/S15326942DN2003_6)
- Allport, G. (1975). *La personalidad: su configuración y desarrollo*. Barcelona: Editorial Herber
- Aluoja, A., Tõru, I., Raag, M., Eller, T., Võhma, Ü., i Maron, E. (2018). Personality traits and escitalopram treatment outcome in major depression. *Nordic journal of psychiatry*, 72(5), 354
- Andriola, E., Di Trani, M., Grimaldi, A., i Donfrancesco, R. (2011). The Relationship between Personality and Depression in Expectant Parents. *Depression research and treatment*, 2011, 356428. <https://doi.org/10.1155/2011/356428>
- Angst, J., i Clayton, P. (1986). Premorbid personality of depressive, bipolar, and schizophrenic patients with special reference to suicidal issues. *Comprehensive psychiatry*, 27(6), 511–532. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(86\)90055-6](https://doi.org/10.1016/0010-440x(86)90055-6)
- Antypa, N., Verkuil, B., Molendijk, M., Schoevers, R., Penninx, B., i Van Der Does, W. (2017). Associations between chronotypes and psychological vulnerability factors of depression. *Chronobiology international*, 34(8), 1125–1135. <https://doi.org/10.1080/07420528.2017.1345932>
- Appleby L. (1992). Suicide in psychiatric patients: risk and prevention. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 161, 749–758. <https://doi.org/10.1192/bjp.161.6.749>

- Arkar, H. (2010). Relationship between Attempted Suicide and Cloninger's Personality Dimensions of Temperament and Character in Turkish Psychiatric Patients. *Yeni Symposium Journal*, 48, 110-115
- Arnold, M., i Kalibatseva, Z. (2021). Are "Superwomen" without social support at risk for postpartum depression and anxiety? *Women and Health*, 61(2), 148–159. <https://doi.org/10.1080/03630242.2020.1844360>
- Ashby, J., Rice, K.G., i Martin, J.L. (2006). Perfectionism, Shame, and Depressive Symptoms. *Journal of Counselling and Development*, 84(2), 148-156
- Ascaso-Terrén, C., Garcia Esteve, L., Navarro, P., Aguado, J., Ojuel, J., i Tarragona, M.J. (2003). Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Medicina clinica*, 120(9), 326–329.
- Asnis, G.M., Friedman, T.A., Sanderson, W.C., Kaplan, M.L., van Praag, H.M. i Harkavy-Friedman, J.M. (1993). Suicidal behaviors in adult psychiatric outpatients, I: description and prevalence. *American Journal of Psychiatry*, 150, 108–112
- Austin, M.P., i Leader, L. (2000). Maternal stress and obstetric and infant outcomes: epidemiological findings and neuroendocrine mechanisms. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 40(3), 331–337. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828x.2000.tb03344.x>
- Austin, M. P., i Lumley, J. (2003). Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 107(1), 10–17. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.02024.x>
- Austin, M.P., Tully, L., i Parker, G. (2007). Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *Journal of affective disorders*, 101(1-3), 169–174. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.11.015>
- Austin, M.P., Priest, S.R., i Sullivan, E.A. (2008). Antenatal psychosocial assessment for reducing perinatal mental health morbidity. *The Cochrane database of systematic reviews*, (4), CD005124. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005124.pub2>
- Austin, M.P., Highet, N. (2017). Expert Working Group. *Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline*. Melbourne: Centre of Perinatal Excellence
- Axfors, C., Sylvén, S., Ramklint, M., i Skalkidou, A. (2017). Adult attachment's unique contribution in the prediction of postpartum depressive symptoms, beyond personality traits. *Journal of affective disorders*, 222, 177–184. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.005>
- Ayre, K., Dutta, R., i Howard, L.M. (2019). Perinatal self-harm: an overlooked public health issue. *The Lancet. Public health*, 4(3), e125. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30020-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30020-9)

- Bachmann S. (2018). Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *International journal of environmental research and public health*, 15(7), 1425. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>
- Badr, H.A., i Zauszniewski, J.A. (2017). Kangaroo care and postpartum depression: The role of oxytocin. *International journal of nursing sciences*, 4(2), 179–183. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.01.001>
- Baek, J.H., Kim, K., Hong, J.P., Cho, M.J., Fava, M., Mischoulon, D., Chang, S.M., Kim, J.Y., Cho, H., i Jeon, H.J. (2018). Binge eating, trauma, and suicide attempt in community adults with major depressive disorder. *PLoS one*, 13(6), e0198192. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198192>
- Bajraktarov, S., Novotni, A., Arsova, S., Gudeva-Nikovska, D., i Vujovik, V. (2017). Character and Temperament Dimensions in Subjects with Depressive Disorder: Impact of the Affective State on Their Expression. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 5(1), 64–67. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2017.012>
- Balestri, M., Porcelli, S., Souery, D., Kasper, S., Dikeos, D., Ferentinos, P., Papadimitriou, G.N., Rujescu, D., Martinotti, G., Di Nicola, M., Janiri, L., Caletti, E., Mandolini, G.M., Pignoni, A., Paoli, R.A., Lazzaretti, M., Brambilla, P., Sala, M., Abbiati, V., Bellani, M., ... Serretti, A. (2019). Temperament and character influence on depression treatment outcome. *Journal of affective disorders*, 252, 464–474. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.031>
- Banasiewicz, J., Zaręba, K., Bińkowska, M., Rozenek, H., Wójtowicz, S., i Jakiel, G. (2020). Perinatal Predictors of Postpartum Depression: Results of a Retrospective Comparative Study. *Journal of clinical medicine*, 9(9), 2952. <https://doi.org/10.3390/jcm9092952>
- Beck, C.T. (1996). A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nursing Research*, 45, 297-303
- Beck, C.T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, 50, 275-285.
- Beck C.T. (2002). Revision of the postpartum depression predictors inventory. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*, 31(4), 394–402. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2002.tb00061.x>
- Bennett, H.A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., i Einarson, T.R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics and gynecology*, 103(4), 698–709. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f>
- Bergink, V., Lambregtse-van den Berg, M.P., Koorengel, K.M., Kupka, R., i Kushner, S. A. (2011). First-onset psychosis occurring in the postpartum period: a prospective cohort study. *The Journal of clinical psychiatry*, 72(11), 1531–1537. <https://doi.org/10.4088/JCP.10m06648>

- Bergink, V., Rasgon, N., i Wisner, K. L. (2016). Postpartum Psychosis: Madness, Mania, and Melancholia in Motherhood. *The American journal of psychiatry*, 173(12), 1179–1188. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16040454>
- Bernal, M., Haro, J.M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., Lépine, J.P., de Girolamo, G., Vilagut, G., Gasquet, I., Torres, J.V., Kovess, V., Heider, D., Neeleman, J., Kessler, R., Alonso, J., i ESEMED/MHEDEA Investigators (2007). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of affective disorders*, 101(1-3), 27–34. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.09.018>
- Bertolote, J.M., Fleischmann, A., De Leo, D., i Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis*, 25(4), 147–155. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.25.4.147>
- Betts, K.S., Kisely, S., i Alati, R. (2020). Predicting postpartum psychiatric admission using a machine learning approach. *Journal of psychiatric research*, 130, 35–40. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.07.002>
- Beevers, C.G., i Miller, I.W. (2004). Perfectionism, cognitive bias, and hopelessness as prospective predictors of suicidal ideation. *Suicide & life-threatening behavior*, 34(2), 126–137. <https://doi.org/10.1521/suli.34.2.126.32791>
- Bieling, P.J., Israeli, A.L. i Antony, M.M. (2004). Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and Individual Differences*, 36, 1373-1385
- Bienvenu, O.J., Nestadt, G., Samuels, J.F., Costa, P.T., Howard, W.T., i Eaton, W.W. (2001). Phobic, panic, and major depressive disorders and the five-factor model of personality. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(3), 154–161. <https://doi.org/10.1097/00005053-200103000-00003>
- Bienvenu, O.J., Samuels, J.F., Costa, P.T., Reti, I.M., Eaton, W.W., i Nestadt, G. (2004). Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: a higher- and lower-order personality trait investigation in a community sample. *Depression and anxiety*, 20(2), 92–97. <https://doi.org/10.1002/da.20026>
- Blankstein, K.R., i Dunkley, D.M. (2002). Evaluative concerns, self-critical, and personal standards perfectionism: A structural equation modeling strategy. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 285–315). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10458-012>
- Blatt, S.J., i Zuroff, D.C. (2002). Perfectionism in the therapeutic process. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 393–406). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10458-016>
- Bloch, M., Schmidt, P.J., Danaceau, M., Murphy, J., Nieman, L., i Rubinow, D. R. (2000). Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *The American journal of psychiatry*, 157(6), 924–930. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.6.924>

- Boardman, A.P., i Healy, D. (2001). Modelling suicide risk in affective disorders. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 16(7), 400–405. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(01\)00597-1](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(01)00597-1)
- Borra, C., Iacovou, M., i Sevilla, A. (2015). New evidence on breastfeeding and postpartum depression: the importance of understanding women's intentions. *Maternal and child health journal*, 19(4), 897–907. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1591-z>
- Bostwick, J.M., i Pankratz, V. S. (2000). Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *The American journal of psychiatry*, 157(12), 1925–1932. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.12.1925>
- Bouchard, T.J. i Loehlin, J.C. (2001). Genes, evolution, and personality. *Behavior Genetics*, 31, 243-273.
- Bowen, A., Bowen, R., Butt, P., Rahman, K., i Muhajarine, N. (2012). Patterns of depression and treatment in pregnant and postpartum women. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 57(3), 161–167. <https://doi.org/10.1177/070674371205700305>
- Boyce, P., Parker, G., Barnett, B., Cooney, M., i Smith, F. (1991). Personality as a vulnerability factor to depression. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 159, 106–114. <https://doi.org/10.1192/bjp.159.1.106>
- Boyce, P. (1994). "Personality dysfunction, marital problems and postnatal depression". En *Perinatal Psychiatry. Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale* (eds. J. Cox y J. Holden). London: Gaskell, pp. 82-102.
- Boyce, P.M., Johnstone, S.J., Hickey, A.R., Morris-Yates, A.D., Harris, M.G. i Strachan, T. (2000). Functioning and well-being at 24 weeks postpartum of women with postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 3, 91-97.
- Boyce, P., Hickey, A., Gilchrist, J. i Talley, N.J. (2001). The development of a brief personality scale to measure vulnerability to postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 3, 147-153.
- Boyce, P., i Hickey, A. (2005). Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. *Social Psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40(8), 605–612. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0931-0>
- Boyd, R.C., Le, H.N., i Somberg, R. (2005). Review of screening instruments for postpartum depression. *Archives of women's mental health*, 8(3), 141–153. <https://doi.org/10.1007/s00737-005-0096-6>
- Brådvik, L., Mattisson, C., Bogren, M., i Nettelblatt, P. (2008). Long-term suicide risk of depression in the Lundby cohort 1947-1997--severity and gender. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 117(3), 185–191. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01136.x>

- Brezo, J., Paris, J., i Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 180–206. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00702.x>
- Brockington, I. (1996). *Motherhood and mental health*. Oxford: Oxford University Press
- Brockington, L. (2001). Suicide in women. *International clinical psychopharmacology*, 16 Suppl 2, S7–S19. <https://doi.org/10.1097/00004850-200103002-00003>
- Brockington I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *Lancet* (London, England), 363(9405), 303–310. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)15390-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15390-1)
- Bronisch, T., i Wittchen, H.U. (1994). Suicidal ideation and suicide attempts: comorbidity with depression, anxiety disorders, and substance abuse disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 244(2), 93–98. <https://doi.org/10.1007/BF02193525>
- Brown, S.L., Svrakic, D.M., Przybeck, T.R., i Cloninger, C.R. (1992). The relationship of personality to mood and anxiety states: a dimensional approach. *Journal of psychiatric research*, 26(3), 197–211. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(92\)90023-h](https://doi.org/10.1016/0022-3956(92)90023-h)
- Burns, D.D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, 34-51
- Burt, V. K., i Stein, K. (2002). Epidemiology of depression throughout the female life cycle. *The Journal of clinical psychiatry*, 63 Suppl 7, 9–15.
- Buttner, M.M., O'Hara, M.W., i Watson, D. (2012). The structure of women's mood in the early postpartum. *Assessment*, 19(2), 247–256. <https://doi.org/10.1177/1073191111429388>
- Bydlowski, S., Lalanne, C., Golse, B., i Vaivre-Douret, L. (2013). Postpartum blues: a marker of early neonatal organization?. *Infant Mental Health Journal*, 34(6), 508-515. <https://doi.org/10.1002/imhj.21410>
- Canli, T., Zhao, Z., Desmond, J.E., Kang, E., Gross, J. i Gabrieli, J.D.E. (2001). An fMRI study of personality influences on brain reactivity to emotional stimuli. *Behavioral Neuroscience*, 115, 33-42.
- Canli, T., Sivers, H., Whitfield, S.L., Gotlib, I.H. i Gabrieli, J.D.E. (2002). Amygdala response to happy faces as a function of extraversion. *Science*, 296, 2191.
- Canli, T., Amin, Z., Haas, B., Omura, K. i Constable, R.T. (2004). A double dissociation between mood states and personality traits in the anterior cingulate. *Behavioral Neuroscience*, 118, 897-904.
- Castle, D., McGarh, J. i Kulkarni, J. (2000). *Women and schizophrenia*. Cambridge, University press, Cambridge.

- Catala, P., Peñacoba, C., Carmona, J., i Marin, D. (2020). Do maternal personality variables influence childbirth satisfaction? A longitudinal study in low-risk pregnancies. *Women & health*, 60(2), 197–211. <https://doi.org/10.1080/03630242.2019.1613473>
- Celikel, F.C., Kose, S., Erkorkmaz, U., Sayar, K., Cumurcu, B.E., i Cloninger, C.R. (2010). Alexithymia and temperament and character model of personality in patients with major depressive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 51(1), 64–70. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.02.004>
- Ceriani-Cernadas, J.M. (2020). Postpartum depression: Risks and early detection. Depresión postparto, los riesgos y su temprana detección. *Archivos argentinos de pediatría*, 118(3), 154–155. <https://doi.org/10.5546/aap.2020.eng.154>
- Cernadas, J.M.C. (2020). Postpartum depression: Risks and early detection. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 118(3), 154–155. <https://doi.org/10.5546/aap.2020.eng.154>
- Chabrol, H., Teissedre, F., Saint-Jean, M., Teisseyre, N., Rogé, B., i Mullet, E. (2002). Prevention and treatment of post-partum depression: a controlled randomized study on women at risk. *Psychological medicine*, 32(6), 1039–1047. <https://doi.org/10.1017/s0033291702006062>
- Chang, A.C. i Lee, E.D. (2013). Postpartum depression: Symptoms, diagnosis, and treatment approaches. 26(2), 50–55
- Chang, H. P., Chen, J. Y., Huang, Y. H., Tyan, J. Y., Yeh, C. J., Su, P. H., i Chin-Hung Chen, V. (2014). Prevalence and factors associated with depressive symptoms in mothers with infants or toddlers. *Pediatrics and neonatology*, 55(6), 470–479. <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2013.12.009>
- Chang, B., Gitlin, D., i Patel, R. (2011). The depressed patient and suicidal patient in the emergency department: evidence-based management and treatment strategies. *Emergency medicine practice*, 13(9), 1–24.
- Chaudron, L.H., Szilagyi, P.G., Campbell, A.T., Mounts, K.O., i McInerney, T.K. (2007). Legal and ethical considerations: risks and benefits of postpartum depression screening at well-child visits. *Pediatrics*, 119(1), 123–128. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2122>
- Chen, C.Y., Lin, S.H., Li, P., Huang, W.L., i Lin, Y.H. (2015). The role of the harm avoidance personality in depression and anxiety during the medical internship. *Medicine*, 94(2), e389. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000000389>
- Choi, H. J., Lu, Y., Schulte, M., i Temple, J. R. (2018). Adolescent substance use: Latent class and transition analysis. *Addictive behaviors*, 77, 160–165. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.09.022>
- Choi, D., Tsuchiya, K. J., i Takei, N. (2019). Interaction effect of oxytocin receptor (OXTR) rs53576 genotype and maternal postpartum depression on child behavioural



- problems. *Scientific Reports*, 9(1), 1–8. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-44175-6>
- Choi, J.Y., Gim, M.S., i Lee, J.Y. (2020). Predictability of temperaments and negative experiences on higher-order symptom-based subtypes of depression. *Journal of affective disorders*, 265, 18–25. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.028>
- Clark, L.A., Watson, D. i Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology* 103, 103-116.
- Cloninger, C.R., Przybeck, T.R. i Švrakić, D.M. (1991). The Tridimensional Personality Questionnaire: U.S. normative data. *Psychological Reports*, 69, 1047-1057
- Cloninger, C.R., Svrakic, D.M. i Przybeck, T.R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Cloninger, C.R., Przybeck, T.R., Svrakic, D.M. i Wetzel, R.D. (1994). *The Temperament and Character Inventor (TCI): A guide to its development and use*. St Louis: Centre for Psychobiology of Personality
- Cloninger, C.R. (1999). *The Temperament and Character Inventory–Revised (TCI-R)*. St Louis: Washington University.
- Cloninger, C.R., Svrakic, D.M. y Przybeck, T.R. (2006). Can personality assessment predict future depression? A twelve-month follow-up of 631 subjects. *Journal of Affective Disorders*, 92, 35- 44.
- Comtois, K.A., Schiff, M.A., i Grossman, D.C. (2008). Psychiatric risk factors associated with postpartum suicide attempt in Washington State, 1992-2001. *American journal of obstetrics and gynecology*, 199(2), 120.e1–120.e1205. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.02.011>
- Conner, K.R., Duberstein, P.R., Conwell, Y., Seidlitz, L., i Caine, E.D. (2001). Psychological vulnerability to completed suicide: a review of empirical studies. *Suicide & life-threatening behavior*, 31(4), 367–385. <https://doi.org/10.1521/suli.31.4.367.22048>
- Copersino, M.L., Jones, H., Tuten, M., i Svikis, D. (2008). Suicidal Ideation Among Drug-Dependent Treatment-Seeking Inner-City Pregnant Women. *Journal of maintenance in the addictions*, 3(2-4), 53–64. [https://doi.org/10.1300/J126v03n02\\_07](https://doi.org/10.1300/J126v03n02_07)
- Corrigan, C.P., Kwasky, A.N., i Groh, C.J. (2015). Social Support, Postpartum Depression, and Professional Assistance: A Survey of Mothers in the Midwestern United States. *The Journal of perinatal education*, 24(1), 48–60. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.24.1.48>

- Costa, P.T., McCrae, R.R., i Holland, J. L. (1984). Personality and vocational interests in an adult sample. *Journal of Applied Psychology*, 69(3), 390–400. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.69.3.390>
- Costa, P.T., Terracciano, A., i McCrae, R.R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(2), 322–331. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.81.2.322>
- Côté, S., Tremblay, R.E., Nagin, D., Zoccolillo, M., i Vitaro, F. (2002). The development of impulsivity, fearfulness, and helpfulness during childhood: patterns of consistency and change in the trajectories of boys and girls. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 43(5), 609–618. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00050>
- Cox, J.L., Holden, J.M., i Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 150, 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Cox, J.L., Murray, D., i Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 163, 27–31. <https://doi.org/10.1192/bjp.163.1.27>
- Cox, B.J., McWilliams, L.A., Enns, M.W. i Clara, I.P. (2004). Broad and specific personality dimensions associated with major depression in a nationally representative sample. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 246–253.
- Cuijpers, R., i Buijink, W. (2005) Voluntary adoption of non-local GAAP in the European Union: A study of determinants and consequences, *European Accounting Review*, 14:3, 487-524, DOI: 10.1080/0963818042000337132
- Da Costa, D., Dritsa, M., Verreault, N., Balaa, C., Kudzman, J., i Khalifé, S. (2010). Sleep problems and depressed mood negatively impact health-related quality of life during pregnancy. *Archives of women's mental health*, 13(3), 249–257. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0104-3>
- Davidson, M.R., Samspon, M., i Davidson, N.S. (2017). Identifying Prodromal Symptomology in Women Who Experienced Postpartum Psychosis: A Grounded Research Study. *International Journal of Pregnancy & Child Birth*, 2(6). <https://doi.org/10.15406/ipcb.2017.02.00041>
- Dean, C., i Kendell, R. E. (1981). The symptomatology of puerperal illnesses. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 139, 128–133. <https://doi.org/10.1192/bjp.139.2.128>
- De Los Reyes, A., Goodman, K.L., Kliewer, W., i Reid-Quiñones, K. (2008). Whose depression relates to discrepancies? Testing relations between informant characteristics and informant discrepancies from both informants' perspectives. *Psychological Assessment*, 20(2), 139–149. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.20.2.139>

- de Tychey, C., Spitz, E., Briançon, S., Lighezzolo, J., Girvan, F., Rosati, A., Thockler, A., i Vincent, S. (2005). Pre- and postnatal depression and coping: a comparative approach. *Journal of affective disorders*, 85(3), 323–326. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.11.004>
- DelRosario, G.A., Chang, A.C., i Lee, E.D. (2013). Postpartum depression: symptoms, diagnosis, and treatment approaches. *JAAPA : official journal of the American Academy of Physician Assistants*, 26(2), 50–54. <https://doi.org/10.1097/01720610-201302000-00009>
- Denis, A., i Luminet, O. (2018). Cognitive factors and post-partum depression: What is the influence of general personality traits, rumination, maternal self-esteem, and alexithymia?. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(2), 359–367. <https://doi.org/10.1002/cpp.2168>
- Dennis, C.L. i Boyce, P. (2004). Further psychometric testing of a brief personality scale to measure vulnerability to postpartum depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 25, 305-311
- Dennis, C.L., Janssen, P.A., i Singer, J. (2004). Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 110(5), 338–346. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00337.x>
- Dennis, C.L. i Ross, L.E. (2006). Depressive Symptomatology in the Immediate Postnatal Period: Identifying Maternal Characteristics Related to True- and False-Positive Screening Scores. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 265-273
- Diego, M.A., Field, T., Hernandez-Reif, M., Cullen, C., Schanberg, S., i Kuhn, C. (2004). Prepartum, postpartum, and chronic depression effects on newborns. *Psychiatry*, 67(1), 63–80. <https://doi.org/10.1521/psyc.67.1.63.31251>
- Di Florio, A., Forty, L., Gordon-Smith, K., Heron, J., Jones, L., Craddock, N., i Jones, I. (2013). Perinatal episodes across the mood disorder spectrum. *JAMA psychiatry*, 70(2), 168–175. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.279>
- Do, T., Hu, Z., Otto, J., i Rohrbeck, P. (2013). Depression and suicidality during the postpartum period after first time deliveries, active component service women and dependent spouses, U.S. Armed Forces, 2007-2012. *MSMR*, 20(9), 2–7.
- Donaldson, D., Spirito, A., i Farnett, E. (2000). The role of perfectionism and depressive cognitions in understanding the hopelessness experienced by adolescent suicide attempters. *Child psychiatry and human development*, 31(2), 99–111. <https://doi.org/10.1023/a:1001978625339>
- Duberstein, P.R., Conwell, Y., Seidlitz, L., Denning, D.G., Cox, C., i Caine, E.D. (2000). Personality traits and suicidal behavior and ideation in depressed inpatients 50 years of age and older. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 55(1), P18–P26. <https://doi.org/10.1093/geronb/55.1.p18>
- Dudek, D., Jaeschke, R., Siwek, M., Mączka, G., Topór-Mądry, R., i Rybakowski, J. (2014). Postpartum depression: identifying associations with bipolarity and personality

- traits. Preliminary results from a cross-sectional study in Poland. *Psychiatry research*, 215(1), 69–74. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.013>
- Dudley, M., Roy, K., Kelk, N., i Bernard, D. (2001). Psychological correlates of depression in fathers and mothers in the first postnatal year. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19, 187–202. <https://doi.org/10.1080/02646830124397>
- Duggan, C., Milton, J., Egan, V., McCarthy, L., Palmer, B. i Lee, A. (2003). Theories of general personality and mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 44, S19-S23
- Earls, M.F., Yogman, M.W., Mattson, G., Rafferty, J., i Committee on psychosocial aspects of child and family health (2019). Incorporating Recognition and Management of Perinatal Depression Into Pediatric Practice. *Pediatrics*, 143(1), e20183259. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3259>
- Edwards, M.J., i Holden, R.R. (2001). Coping, meaning in life, and suicidal manifestations: examining gender differences. *Journal of clinical psychology*, 57(12), 1517–1534. <https://doi.org/10.1002/jclp.1114>
- Egan, S.J., Wade, T.D., i Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: a clinical review. *Clinical psychology review*, 31(2), 203–212. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
- Egan, S.J., Kane, R.T., Winton, K., Eliot, C., i McEvoy, P.M. (2017). A longitudinal investigation of perfectionism and repetitive negative thinking in perinatal depression. *Behaviour Research and Therapy*, 97, 26–32. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.06.006>
- Enns, M.W. i Cox, B.J. (1997). Personality dimensions and depression: review and commentary. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 274-284
- Enns, M.W., Cox, B.J., i Inayatulla, M. (2003). Personality predictors of outcome for adolescents hospitalized for suicidal ideation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(6), 720–727. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046847.56865.B0>
- Enns, M.W. i Cox, B.J. (2005). Perfectionism, stressful life events, and the 1-year outcome of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 541-553.
- Enns, M.W., Cox, B.J. i Clara, I.P. (2005). Perfectionism and Neuroticism: A Longitudinal Study of Specific Vulnerability and Diathesis-Stress Models. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 463-478.
- Esposito, C., Spirito, A., Boergers, J., i Donaldson, D. (2003). Affective, behavioral, and cognitive functioning in adolescents with multiple suicide attempts. *Suicide & life-threatening behavior*, 33(4), 389–399. <https://doi.org/10.1521/suli.33.4.389.25231>
- Eysenck, H.J. (1959). *Manual of the Maudsley Personality Inventory*. London: University of London Press.

- Eysenck, S.B.G. i Eysenck, H.J. (1964). *Manual of the Eysenck Personality Inventory*. London: London University Press.
- Eysenck, H.J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Eysenck, H.J. i Eysenck, S.G.B. (1969). *The structure and measurement of personality*. London: Routledge & Paul.
- Eysenck, H.J. i Eysenck, S.G.B. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder and Stoughton.
- Eysenck, H.J. (1982). *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Barcelona: Fontanella
- Eysenck, H.J. (1990). "Biological dimensions of personality". En *Handbook of personality: Theory and research* (ed. L.A. Pervin). New York: Guilford, pp. 244-276
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. (2001). *EPQ-R. Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck: versiones completa (EPQ-R) y abreviada (EPQ-RS)*. Madrid: TEA Ediciones
- Fanous, A.H., Prescott, C.A., i Kendler, K.S. (2004). The prediction of thoughts of death or self-harm in a population-based sample of female twins. *Psychological medicine*, 34(2), 301–312. <https://doi.org/10.1017/s0033291703008857>
- Fanous, A.H., Neale, M.C., Aggen, S.H. i Kendler, K.S. (2007). A longitudinal study of personality and major depression in a population-based sample of male twins. *Psychological Medicine*, 37, 1163-1172
- Farmer, A., Redman, K., Harris, T., Mahmood, A., Sadler, S., Pickering, A. i Mc Guffin, P. (2002). Neuroticism, extraversion, life events and depression. The Cardiff Depression Study. *British Journal of Psychiatry*, 181, 118-122.
- Farmer, A., Mahmood, A., Redman, K., Harris, T., Sadler, S. i McGuffin, P. (2003). A sib-pair study of the Temperament and Character Inventory scales in major depression. *Archives of General Psychiatry*, 60, 490-496
- Farmer, R.F., i Seeley, J.R. (2009). Temperament and character predictors of depressed mood over a 4-year interval. *Depression and anxiety*, 26(4), 371–381. <https://doi.org/10.1002/da.20459>
- Farré-Sender, B., Torres, A., Gelabert, E., Andrés, S., Roca, A., Lasheras, G., Valdés, M., i Garcia-Esteve, L. (2018). Mother-infant bonding in the postpartum period: assessment of the impact of pre-delivery factors in a clinical sample. *Archives of women's mental health*, 21(3), 287–297. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0785-y>
- Fergusson, D.M., Woodward, L.J., i Horwood, L.J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological medicine*, 30(1), 23–39. <https://doi.org/10.1017/s003329179900135x>

- Fergusson, D.M., Beautrais, A.L., i Horwood, L.J. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychological medicine*, 33(1), 61–73. <https://doi.org/10.1017/s0033291702006748>
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development*, 33, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005>
- Figueiredo, F.P., Parada, A.P., de Araujo, L.F., Silva, W.A., Jr, i Del-Ben, C.M. (2015). The Influence of genetic factors on peripartum depression: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 172, 265–273. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.016>
- Fisher, J.R., Feekery, C.J., i Rowe-Murray, H.J. (2002). Nature, severity and correlates of psychological distress in women admitted to a private mother-baby unit. *Journal of paediatrics and child health*, 38(2), 140–145. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1754.2002.00723.x>
- Fisher, J., Tran, T., La, B.T., Kriitmaa, K., Rosenthal, D., i Tran, T. (2010). Common perinatal mental disorders in northern Viet Nam: community prevalence and health care use. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(10), 737–745. <https://doi.org/10.2471/BLT.09.067066>
- Fisher, E.B., Chan, J.C., Nan, H., Sartorius, N., i Oldenburg, B. (2012). Co-occurrence of diabetes and depression: conceptual considerations for an emerging global health challenge. *Journal of affective disorders*, 142 Suppl, S56–S66. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(12\)70009-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(12)70009-5)
- Flynn, S.M., Shaw, J.J., i Abel, K.M. (2013). Filicide: mental illness in those who kill their children. *PloS one*, 8(4), e58981. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0058981>
- Flett, G.L., Hewitt, P.L., Blankstein, K.R. i Gray, L. (1998). Psychological distress and the frequency of perfectionistic thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1363-1381
- Flett, G.L. i Hewit, P.L. (2002). *Perfectionism: Theory, research and treatment*. Washington: American Psychological Association.
- Fooladi M.M. (2006). Therapeutic tears and postpartum blues. *Holistic nursing practice*, 20(4), 204–211. <https://doi.org/10.1097/00004650-200607000-00009>
- Forty, L., Jones, L., Macgregor, S., Caesar, S., Cooper, C., Hough, A., Dean, L., Dave, S., Farmer, A., McGuffin, P., Brewster, S., Craddock, N., i Jones, I. (2006). Familiality of postpartum depression in unipolar disorder: results of a family study. *The American journal of psychiatry*, 163(9), 1549–1553. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.9.1549>
- Foster, J.A. i MacQueen, G. (2008). Neurobiological factors linking personality traits and major depression. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 6-13.

- Franca, U.L., i McManus, M.L. (2018). Frequency, trends, and antecedents of severe maternal depression after three million U.S. births. *PloS one*, 13(2), e0192854. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192854>
- Friedman, S.H., Horwitz, S.M., i Resnick, P.J. (2005). Child murder by mothers: a critical analysis of the current state of knowledge and a research agenda. *The American journal of psychiatry*, 162(9), 1578–1587. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.9.1578>
- Frost, R.O., Marten, P., Lahart, C. i Roseblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468
- Frost, R.O., Heimberg, R.G., Holt, C.S. i Mattia, J.I. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14, 119-126
- Fuhr, D.C., Calvert, C., Ronsmans, C., Chandra, P.S., Sikander, S., De Silva, M.J., i Patel, V. (2014). Contribution of suicide and injuries to pregnancy-related mortality in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The lancet. Psychiatry*, 1(3), 213–225. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70282-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70282-2)
- Furtado, M., Chow, C.H.T., Owais, S., Frey, B.N., i Van Lieshout, R.J. (2018). Risk factors of new onset anxiety and anxiety exacerbation in the perinatal period: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 238, 626–635. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.073>
- Furumura, K., Koide, T., Okada, T., Murase, S., Aleksic, B., Hayakawa, N., Shiino, T., Nakamura, Y., Tamaji, A., Ishikawa, N., Ohoka, H., Usui, H., Banno, N., Morita, T., Goto, S., Kanai, A., Masuda, T., i Ozaki, N. (2012). Prospective study on the association between harm avoidance and postpartum depressive state in a maternal cohort of Japanese women. *PloS one*, 7(4), e34725. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0034725>
- Galbally, M., Roberts, M., Buist, A., i Perinatal Psychotropic Review Group (2010). Mood stabilizers in pregnancy: a systematic review. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 44(11), 967–977. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.506637>
- Gale, S., i Harlow, B.L. (2003). Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 24(4), 257–266. <https://doi.org/10.3109/01674820309074690>
- Ganjekar, S., Desai, G., i Chandra, P.S. (2013). A comparative study of psychopathology, symptom severity, and short-term outcome of postpartum and nonpostpartum mania. *Bipolar disorders*, 15(6), 713–718. <https://doi.org/10.1111/bdi.12076>
- Ganske, K.H., i Ashby, J.S. (2007). Perfectionism and career decision-making self-efficacy. *Journal of employment counseling*, 44(1), 17-28. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1920.2007.tb00021.x>

- Garcia-Esteve, L., Ascaso, C., Ojuel, J., i Navarro, P. (2003). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of affective disorders*, 75(1), 71–76. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00020-4](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00020-4)
- Garcia-Esteve, L., Navarro, P., Ascaso, C., Torres, A., Aguado, J., Gelabert, E., i Martín-Santos, R. (2008). Family caregiver role and premenstrual syndrome as associated factors for postnatal depression. *Archives of women's mental health*, 11(3), 193–200. <https://doi.org/10.1007/s00737-008-0012-y>
- García Vega, M. (2012). El estrés, uno de los principales factores psicosociales predisponentes en el desarrollo de la depresión puerperal. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 103, 65
- Garner, D.M., Olmsted, M.P. i Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and Bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34
- Garinger, L.M., Chow, G.M., i Luzzeri, M. (2018). The effect of perceived stress and specialization on the relationship between perfectionism and burnout in collegiate athletes. *Anxiety, stress, and coping*, 31(6), 714–727. <https://doi.org/10.1080/10615806.2018.1521514>
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., i Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and gynecology*, 106(5 Pt 1), 1071–1083. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db>
- Gavin, A.R., Lindhorst, T., i Lohr, M.J. (2011). The prevalence and correlates of depressive symptoms among adolescent mothers: results from a 17-year longitudinal study. *Women & health*, 51(6), 525–545. <https://doi.org/10.1080/03630242.2011.606355>
- Gelabert, E., Subirà, S., Plaza, A., Torres, A., Navarro, P., Imaz, M. L., Valdés, M., García-Esteve, L., i Martín-Santos, R. (2011). The Vulnerable Personality Style Questionnaire: psychometric properties in Spanish postpartum women. *Archives of women's mental health*, 14(2), 115–124. <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0186-y>
- Gelabert, E., Subirà, S., García-Esteve, L., Navarro, P., Plaza, A., Cuyàs, E., Navinés, R., Gratacòs, M., Valdés, M., i Martín-Santos, R. (2012). Perfectionism dimensions in major postpartum depression. *Journal of affective disorders*, 136(1-2), 17–25. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.030>
- Gelaye, B., Kajeepeta, S., i Williams, M. A. (2016). Suicidal ideation in pregnancy: an epidemiologic review. *Archives of women's mental health*, 19(5), 741–751. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0646-0>
- Gerli, S., Fraternali, F., Lucarini, E., Chiaraluce, S., Tortorella, A., Bini, V., Giardina, I., Moretti, P., i Favilli, A. (2019). Obstetric and psychosocial risk factors associated with maternity blues. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia*



- and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians, 34(8), 1227–1232. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1630818>
- Ghaedrahmati, M., Kazemi, A., Kheirabadi, G., Ebrahimi, A., i Bahrami, M. (2017). Postpartum depression risk factors: A narrative review. *Journal of education and health promotion*, 6, 60. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_9\\_16](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_9_16)
- Gibson, J., McKenzie-McHarg, K., Shakespeare, J., Price, J., i Gray, R. (2009). A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 119(5), 350–364. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01363.x>
- Gilden, J., Molenaar, N.M., Smit, A.K., Hoogendijk, W.J.G., Rommel, A.S., Kamperman, A.M., i Bergink, V. (2020). Mother-to-Infant Bonding in Women with Postpartum Psychosis and Severe Postpartum Depression: A Clinical Cohort Study. *Journal of Clinical Medicine*, 9(7), 2291. <https://doi.org/10.3390/jcm9072291>
- Glangeaud-Freudenthal N.M. (2004). Mother-Baby psychiatric units (MBUs): national data collection in France and in Belgium (1999-2000). *Archives of women's mental health*, 7(1), 59–64. <https://doi.org/10.1007/s00737-003-0045-1>
- Goldberg, L.R. (1981). Language and individual differences: The search for universals in personality lexicons. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1216–1229
- Gonidakis, F., Rabavilas, A.D., Varsou, E., Kreatsas, G., i Christodoulou, G.N. (2008). A 6-month study of postpartum depression and related factors in Athens Greece. *Comprehensive psychiatry*, 49(3), 275–282. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.05.018>
- Goodman, J.H., Watson, G.R., i Stubbs, B. (2016). Anxiety disorders in postpartum women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 203, 292–331. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.033>
- Goodwin, F.K., Fireman, B., Simon, G.E., Hunkeler, E.M., Lee, J., i Revicki, D. (2003). Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex. *JAMA*, 290(11), 1467–1473. <https://doi.org/10.1001/jama.290.11.1467>
- Goodwin, R.D., i Gotlib, I.H. (2004). Gender differences in depression: the role of personality factors. *Psychiatry research*, 126(2), 135–142. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.12.024>
- Goodwin, H., Arcelus, J., Geach, N., i Meyer, C. (2014). Perfectionism and eating psychopathology among dancers: the role of high standards and self-criticism. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 22(5), 346–351. <https://doi.org/10.1002/erv.2282>
- Gordon, A., Raynes-Greenow, C., Bond, D., Morris, J., Rawlinson, W., i Jeffery, H. (2015). Sleep position, fetal growth restriction, and late-pregnancy stillbirth: the Sydney stillbirth study. *Obstetrics and gynecology*, 125(2), 347–355. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000627>

- Gordon-Smith, K., Perry, A., Di Florio, A., Forty, L., Fraser, C., Casanova Dias, M., Warne, N., MacDonald, T., Craddock, N., Jones, L., i Jones, I. (2020). Symptom profile of postpartum and non-postpartum manic episodes in bipolar I disorder: a within-subjects study. *Psychiatry research*, 284, 112748. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112748>
- Günther, V., Rufer, M., Kersting, A., i Suslow, T. (2016). Predicting symptoms in major depression after inpatient treatment: the role of alexithymia. *Nordic journal of psychiatry*, 70(5), 392–398. <https://doi.org/10.3109/08039488.2016.1146796>
- Guo, W., Tao, Y., Li, X., Lin, X., Meng, Y., Yang, X., Wang, H., Zhang, Y., Tang, W., Wang, Q., Deng, W., Zhao, L., Ma, X., Li, M., Chen, T., Xu, J., Li, J., Hao, W., Lee, S., Coid, J. W., ... Li, T. (2020). Associations of Internet Addiction Severity With Psychopathology, Serious Mental Illness, and Suicidality: Large-Sample Cross-Sectional Study. *Journal of medical Internet research*, 22(8), e17560. <https://doi.org/10.2196/17560>
- Gutiérrez-Zotes, A., Labad, J., Martín-Santos, R., García-Esteve, L., Gelabert, E., Jover, M., Guillamat, R., Mayoral, F., Gornemann, I., Canellas, F., Gratacós, M., Guitart, M., Roca, M., Costas, J., Luis Ivorra, J., Navinés, R., de Diego-Otero, Y., Vilella, E., i Sanjuan, J. (2016). Coping strategies and postpartum depressive symptoms: A structural equation modelling approach. *European psychiatry: The journal of the Association of European Psychiatrists*, 30(6), 701–708. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.06.001>
- Gutiérrez-Zotes, A., Díaz-Peña, R., Costas, J., Martorell, L., Gelabert, E., Sans, T., Navinés, R., Albacar, G., Ímaz, M.L., García-Esteve, L., Sanjuan, J., Martín-Santos, R., Carracedo, A., i Vilella, E. (2020). Interaction between the functional SNP rs2070951 in NR3C2 gene and high levels of plasma corticotropin-releasing hormone associates to postpartum depression. *Archives of women's mental health*, 23(3), 413–420. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00989-x>
- Haight, S.C., Ko, J.Y., Yogman, M.W., i Farr, S.L. (2021). Postpartum Depressive Symptoms and Screening Opportunities at Health Care Encounters. *Journal of women's health* (2002), 30(5), 731–738. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8373>
- Hariri, A.R., Drabant, E.M., Munoz, K.E., Kolachana, B.S., Mattay, V.S., Egan, M.F., i Weinberger, D.R. (2005). A susceptibility gene for affective disorders and the response of the human amygdala. *Archives of general psychiatry*, 62(2), 146–152. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.2.146>
- Hairston, I., E. Handelzalts, J., Assis, C., i Kovo, M. (2018). Postpartum Bonding Difficulties and Adult Attachment Styles: the Mediating Role of Postpartum Depression and Childbirth-Related Ptsd. *Infant Mental Health Journal*, 39(2), 198–208. <https://doi.org/10.1002/imhj.21695>
- Halladay, J.E., Munn, C., Boyle, M., Jack, S.M., i Georgiades, K. (2020). Temporal Changes in the Cross-Sectional Associations between Cannabis Use, Suicidal Ideation, and Depression in a Nationally Representative Sample of Canadian Adults in 2012 Compared to 2002. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 65(2), 115–123. <https://doi.org/10.1177/0706743719854071>

- Haller, D.L., i Miles, D.R. (2003). Suicidal ideation among psychiatric patients with HIV: psychiatric morbidity and quality of life. *AIDS and behavior*, 7(2), 101–108. <https://doi.org/10.1023/a:1023985906166>
- Hamilton, J. (1982). The identity of postpartum psychosis. In: Brockington I, Kumar R (eds) *Motherhood and mental illness*. Academic Press, London, pp 1–17
- Hara, M.W.O., Wisner, K.L., i Asher, H. (2014). Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology Perinatal mental illness : De fi nition , description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 3–12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002>
- Harmer, B., Lee, S., Duong, T., i Saadabadi, A. (2021). Suicidal Ideation. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- Harris, E.C., i Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 170, 205–228. <https://doi.org/10.1192/bjp.170.3.205>
- Hay, P. (1978). Taxonomic map of the schizophrenias, with special reference to puerperal psychosis. *British medical journal*, 2(6139), 755–757. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.6139.755>
- Hays, P., i Douglass, A. (1984). A comparison of puerperal psychosis and the schizophreniform variant of manic-depression. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 69(3), 177–181. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1984.tb02484.x>
- Healey, C., Morriss, R., Henshaw, C., Wadoo, O., Sajjad, A., Scholefield, H., i Kinderman, P. (2013). Self-harm in postpartum depression and referrals to a perinatal mental health team: an audit study. *Archives of women's mental health*, 16(3), 237–245. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0335-1>
- Hellerstedt, W.L., Phelan, S.M., Cnattingius, S., Hultman, C.M., i Harlow, B. L. (2013). Are prenatal, obstetric, and infant complications associated with postpartum psychosis among women with pre-conception psychiatric hospitalisations?. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 120(4), 446–455. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12073>
- Heisel, M.J., Duberstein, P.R., Conner, K.R., Franus, N., Beckman, A., i Conwell, Y. (2006). Personality and reports of suicide ideation among depressed adults 50 years of age or older. *Journal of affective disorders*, 90(2-3), 175–180. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.11.005>
- Hewitt, P.L. i Flett, G.L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470
- Hewitt, C., Gilbody, S., Brealey, S., Paulden, M., Palmer, S., Mann, R., Green, J., Morrell, J., Barkham, M., Light, K., i Richards, D. (2009). Methods to identify postnatal depression in primary care: an integrated evidence synthesis and value of

- information analysis. *Health technology assessment* (Winchester, England), 13(36), 1–230. <https://doi.org/10.3310/hta13360>
- Hipwell, A.E., Reynolds, S., i Crick, E.P. (2004). Cognitive vulnerability to postnatal depressive symptomatology. *Journal of Reproductive Infant Psychology*, 22, 211–227. <https://doi.org/10.1080/02646830410001723797>
- Hirschfeld, R.M., Klerman, G.L., Clayton, P.J., Keller, M.B., McDonald-Scott, P., i Larkin, B. . (1983). Assessing personality: Effects of the depressive state on trait measurement. *The American Journal of Psychiatry*, 140(6), 695–699. <https://doi.org/10.1176/ajp.140.6.695>
- Hirschfeld, R.M., Klerman, G.L., Lavori, P. i Keller, M.B. (1989). Premorbid personality assessments of first onset of major depression. *Archives of General Psychiatry*, 46, 345–350
- Høyer, E.H., Mortensen, P.B., i Olesen, A.V. (2000). Mortality and causes of death in a total national sample of patients with affective disorders admitted for the first time between 1973 and 1993. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 176, 76–82. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.1.76>
- Howard, L.M., Molyneaux, E., Dennis, C.L., Rochat, T., Stein, A., i Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet* (London, England), 384(9956), 1775–1788. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61276-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9)
- Iliadis, S.I., Comasco, E., Sylvén, S., Hellgren, C., Sundström Poromaa, I., i Skalkidou, A. (2015). Prenatal and Postpartum Evening Salivary Cortisol Levels in Association with Peripartum Depressive Symptoms. *PloS one*, 10(8), e0135471. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135471>
- Iliadis, S.I., Comasco, E., Hellgren, C., Kollia, N., Sundström Poromaa, I., i Skalkidou, A. (2017). Associations between a polymorphism in the hydroxysteroid (11-beta) dehydrogenase 1 gene, neuroticism and postpartum depression. *Journal of affective disorders*, 207, 141–147. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.030>
- Imširagić, A. S., Begić, D., Vuković, I. S., Šimićević, L., i Javorina, T. (2014). Multivariate analysis of predictors of depression symptomatology after childbirth. *Psychiatria Danubina*, 26 Suppl 3, 416–421
- Iranzo-Tatay, C., Gimeno-Clemente, N., Barberá-Fons, M., Rodríguez-Campayo, M. Á., Rojo-Bofill, L., Livianos-Aldana, L., Beato-Fernandez, L., Vaz-Leal, F., & Rojo-Moreno, L. (2015). Genetic and environmental contributions to perfectionism and its common factors. *Psychiatry research*, 230(3), 932–939. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.11.020>
- Islam, M. J., Broidy, L., Baird, K., i Mazerolle, P. (2017). Intimate partner violence around the time of pregnancy and postpartum depression: The experience of women of Bangladesh. *PloS one*, 12(5), e0176211. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176211>

- Isometsä, E.T., Henriksson, M.M., Aro, H.M., Heikkinen, M.E., Kuoppasalmi, K.I., i Lönnqvist, J. K. (1994). Suicide in major depression. *The American Journal of Psychiatry*, 151(4), 530–536. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.4.530>
- Jadresic M.,E. (2014). Perinatal Depression: Detection and Treatment. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 1019–1028.
- Jylhä, P., i Isometsä, E. (2006). The relationship of neuroticism and extraversion to symptoms of anxiety and depression in the general population. *Depression and anxiety*, 23(5), 281–289. <https://doi.org/10.1002/da.20167>
- Johnstone, S. J., Boyce, P. M., Hickey, A. R., Morris-Yatees, A. D., & Harris, M. G. (2001). Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 35(1), 69–74. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2001.00862.x>
- Joiner, T.E., i Rudd, M.D. (2000). Intensity and duration of suicidal crises vary as a function of previous suicide attempts and negative life events. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5), 909–916. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.909>
- Jones, L., Scott, J., Cooper, C., Forty, L., Smith, K.G., Sham, P., Farmer, A., McGuffin, P., Craddock, N. i Jones, I. (2010). Cognitive style, personality and vulnerability to postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 196, 200-205
- Josefsson, A., Larsson, C., Sydsjö, G. i Nylander, P. (2007). Temperament and character in women with postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 10, 3-7
- Kampman, O., i Poutanen, O. (2011). Can onset and recovery in depression be predicted by temperament? A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 135(1-3), 20–27. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.12.021>
- Kawamura, K.Y., Frost, R.O., i Harmatz, M.G. (2002). The relationship of perceived parenting styles to perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 32, 317–327.
- Kendell, R.E., Chalmers, J.C., i Platz, C. (1987). Epidemiology of puerperal psychoses. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 150, 662–673. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.5.662>
- Kendler, K.S., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heath, A.C. i Eaves, L.J. (1993). A longitudinal twin study of personality and major depression in women. *Archives of General Psychiatry*, 50, 853-862.
- Kendler, K.S., Gardner, C.O., i Prescott, C.A. (2002). Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *The American journal of psychiatry*, 159(7), 1133–1145. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.7.1133>
- Kendler, K.S., i Greenspan, R.J. (2006). The nature of genetic influences on behavior: lessons from "simpler" organisms. *The American journal of psychiatry*, 163(10), 1683–1694. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.10.1683>

- Kessler, R.C., Berglund, P., Borges, G., Nock, M., i Wang, P.S. (2005). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *JAMA*, 293(20), 2487–2495. <https://doi.org/10.1001/jama.293.20.2487>
- Khajehei, M., i Doherty, M. (2018). 'Women's experience of their sexual function during pregnancy and after childbirth: A qualitative survey', *British Journal of Midwifery*, 26, 318 -328, <http://dx.doi.org/10.12968/bjom.2018.26.5.318>
- Kim, C.H., Jayathilake, K., i Meltzer, H.Y. (2003). Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophrenia research*, 60(1), 71–80. [https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(02\)00310-9](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(02)00310-9)
- Kitamura, T., Watanabe, K., Takara, N., Hiyama, K., Yasumiya, R. i Fujihara, S. (2002). Precedents of perceived social support: personality, early life experiences and gender. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 56, 169-176.
- Klein, D. N., Kotov, R., & Bufferd, S. J. (2011). Personality and depression: explanatory models and review of the evidence. *Annual review of clinical psychology*, 7, 269–295. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104540>
- Knight, M., Acosta, C., Brocklehurst, P., Cheshire, A., Fitzpatrick, K., Hinton, L., Jokinen, M., Kemp, B., Kurinczuk, J.J., Lewis, G., Lindquist, A., Locock, L., Nair, M., Patel, N., Quigley, M., Ridge, D., Rivero-Arias, O., Sellers, S., Shah, A., i on behalf of the UKNeS coapplicant group. (2016). Beyond maternal death: improving the quality of maternal care through national studies of 'near-miss' maternal morbidity. NIHR Journals Library.
- Kofman, Y.B., Eng, Z.E., Busse, D., Godkin, S., Campos, B., Sandman, C.A., Wing, D., i Yim, I.S. (2019). Cortisol reactivity and depressive symptoms in pregnancy: The moderating role of perceived social support and neuroticism. *Biological psychology*, 147, 107656. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2019.01.016>
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., i Watson, D. (2010). Linking "big" personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 136(5), 768–821. <https://doi.org/10.1037/a0020327>
- Kopala-Sibley, D.C., i Zuroff, D.C. (2020). The self and depression: Four psychological theories and their potential neural correlates. *Journal of personality*, 88(1), 14–30. <https://doi.org/10.1111/jopy.12456>
- Kroska, E.B., i Stowe, Z.N. (2020). Postpartum Depression: Identification and Treatment in the Clinic Setting. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 47(3), 409–419. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2020.05.001>
- Kronström, K., Salminen, J.K., Hietala, J., Kajander, J., Vahlberg, T., Markkula, J., Rasi-Hakala, H., i Karlsson, H. (2011). Personality traits and recovery from major depressive disorder. *Nordic journal of psychiatry*, 65(1), 52–57. <https://doi.org/10.3109/08039488.2010.487571>

- Krueger, R.F., Caspi, A., i Moffitt, T. E. (2000). Epidemiological personology: The unifying role of personality in population-based research on problem behaviors. *Journal of Personality*, 68, 967– 998
- Krueger, R. F., i Tackett, J. L. (2003). Personality and psychopathology: working toward the bigger picture. *Journal of personality disorders*, 17(2), 109–128. <https://doi.org/10.1521/pedi.17.2.109.23986>
- Kubota, C., Inada, T., Shiino, T., Ando, M., Aleksic, B., Yamauchi, A., Sato, M., Ohara, M., Murase, S., Morikawa, M., Nakamura, Y., Okada, T., Goto, S., Kanai, A., i Ozaki, N. (2019). Relation Between Perinatal Depressive Symptoms, Harm Avoidance, and a History of Major Depressive Disorder: A Cohort Study of Pregnant Women in Japan. *Frontiers in psychiatry*, 10, 515. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00515>
- Kumar, R. i Robson, K.M. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry*, 144, 35-47. <https://doi.org/10.1192/bjp.144.1.35>
- Kumar, G., i Steer, R. A. (1995). Psychosocial correlates of suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients. *Suicide & life-threatening behavior*, 25(3), 339–346.
- Kumar, R.C. (1997). Anybody's child: severe disorders of mother-to-infant bonding. *British Journal of Psychiatry*, 171, 175-181. <https://doi.org/10.1192/bjp.171.2.175>
- Lahey B. B. (2009). Public health significance of neuroticism. *The American psychologist*, 64(4), 241–256. <https://doi.org/10.1037/a0015309>
- Lam, D., Smith, N., Checkley, S., Rijdsdijk, F., i Sham, P. (2003). Effect of neuroticism, response style and information processing on depression severity in a clinically depressed sample. *Psychological medicine*, 33(3), 469–479. <https://doi.org/10.1017/s0033291702007304>
- Langan, R., i Goodbred, A.J. (2016). Identification and Management of Peripartum Depression. *American family physician*, 93(10), 852–858
- Lahey, B.B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 64(4), 241–256. <https://doi.org/10.1037/a0015309>
- Learman, L.A. (2018). Screening for Depression in Pregnancy and the Postpartum Period. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 61(3), 525–532. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000359>
- Lee, D.T., i Chung, T.K.. (2007). Postnatal depression: an update. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), 183–191. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.10.003>
- Levinson, D.F. (2006). The Genetics of Depression: A Review. *Biological Psychiatry*, 60, 84-92.

- Lewis, G.J., Bates, T.C., Posthuma, D., i Polderman, T.J. (2014). Core dimensions of personality broadly account for the link from perceived social support to symptoms of depression and anxiety. *Journal of personality*, 82(4), 329–339. <https://doi.org/10.1111/jopy.12064>
- Lewis, C.F., i Bunce, S.C. (2003). Filicidal mothers and the impact of psychosis on maternal filicide. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 31(4), 459–470
- Lewis, G.J., Bates, T.C., Posthuma, D., i Polderman, T.J. (2014). Core dimensions of personality broadly account for the link from perceived social support to symptoms of depression and anxiety. *Journal of personality*, 82(4), 329–339. <https://doi.org/10.1111/jopy.12064>
- Lewitzka, U., Denzin, S., Sauer, C., Bauer, M., i Jabs, B. (2016). Personality differences in early versus late suicide attempters. *BMC psychiatry*, 16, 282. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0991-6>
- Li, J., Chen, Y., Xiang, Q., Xiang, J., Tang, Y., i Tang, L. (2020). 5HTTLPR polymorphism and postpartum depression risk: A meta-analysis. *Medicine*, 99(39), e22319. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000022319>
- Limburg, K., Watson, H.J., Hagger, M.S., i Egan, S.J. (2017). The Relationship Between Perfectionism and Psychopathology: A Meta-Analysis. *Journal of clinical psychology*, 73(10), 1301–1326. <https://doi.org/10.1002/jclp.22435>
- Lindahl, V., Pearson, J.L., i Colpe, L. (2005). Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of women's mental health*, 8(2), 77–87. <https://doi.org/10.1007/s00737-005-0080-1>
- Liu, M., Wu, L., i Yao, S. (2016). Dose-response association of screen time-based sedentary behaviour in children and adolescents and depression: a meta-analysis of observational studies. *British journal of sports medicine*, 50(20), 1252–1258. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-095084>
- Lolas, F., Martín, M., Barrera, A., Jaar, E., i Suárez, L. (1992). La influencia de la personalidad en la conducta suicida [The influence of personality on suicidal behavior]. *Actas luso-espanolas de neurologia, psiquiatria y ciencias afines*, 20(6), 250–256.
- Luoma, J.B., i Pearson, J.L. (2002). Suicide and marital status in the United States, 1991–1996: is widowhood a risk factor?. *American journal of public health*, 92(9), 1518–1522. <https://doi.org/10.2105/ajph.92.9.1518>
- Luykx, J.J., Di Florio, A., i Bergink, V. (2019). Prevention of Infanticide and Suicide in the Postpartum Period-the Importance of Emergency Care. *JAMA psychiatry*, 76(12), 1221–1222. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.1929>
- Lysell, H., Dahlin, M., Viktorin, A., Ljungberg, E., D'Onofrio, B.M., Dickman, P., i Runeson, B. (2018). Maternal suicide - Register based study of all suicides occurring after



- delivery in Sweden 1974-2009. *PLoS one*, 13(1), e0190133. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190133>
- Macedo, A., Bos, S.C., Marques, M., Maia, B., Soares, M.J., Pereira, T., Gomes, A.A., Valente, J., i Azevedo, M.H. (2009). Perfectionism dimensions in pregnancy--a study in Portuguese women. *Archives of women's mental health*, 12(1), 43–52. <https://doi.org/10.1007/s00737-008-0042-5>
- Machado Ramirez, F., Garcia Serrano, T., Moya Ruegg, N., Bernabeu Saez, N. i Cerda Diaz, R. (1997). Depresion puerperal. Factores relacionados. *Atencion Primaria*, 20, 161-166.
- Maia, B.R., Pereira, A.T., Marques, M., Bos, S., Soares, M.J., Valente, J., Gomes, A.A., Azevedo, M.H., i Macedo, A. (2012). The role of perfectionism in postpartum depression and symptomatology. *Archives of women's mental health*, 15(6), 459–468. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0310-2>
- Maliszewska, K., Bidzan, M., Świątkowska-Freund, M., i Preis, K. (2016). Personality type, social support and other correlates of risk for affective disorders in early puerperium. *Ginekologia polska*, 87(12), 814–819. <https://doi.org/10.5603/GP.2016.0094>
- Maliszewska, K., Świątkowska-Freund, M., Bidzan, M., i Preis, K. (2016). Relationship, social support, and personality as psychosocial determinants of the risk for postpartum blues. *Ginekologia polska*, 87(6), 442–447. <https://doi.org/10.5603/GP.2016.0023>
- Maliszewska, K., Świątkowska-Freund, M., Bidzan, M., i Krzysztof, P. (2017). Screening for maternal postpartum depression and associations with personality traits and social support. A Polish follow-up study 4 weeks and 3 months after delivery. *Psychiatria polska*, 51(5), 889–898. <https://doi.org/10.12740/PP/68628>
- Maliszewska, K., Bidzan, M., Świątkowska-Freund, M., i Preis, K. (2017). Medical and psychosocial determinants of risk of postpartum depression: a cross-sectional study. *Acta neuropsychiatrica*, 29(6), 347–355. <https://doi.org/10.1017/neu.2017.4>
- Malone, K.M., Corbitt, E.M., Li, S., i Mann, J.J. (1996). Prolactin response to fenfluramine and suicide attempt lethality in major depression. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 168(3), 324–329. <https://doi.org/10.1192/bjp.168.3.324>
- Mandelli, L., Nearchou, F.A., Vaiopoulos, C., Stefanis, C.N., Vitoratou, S., Serretti, A., i Stefanis, N. C. (2015). Neuroticism, social network, stressful life events: association with mood disorders, depressive symptoms and suicidal ideation in a community sample of women. *Psychiatry research*, 226(1), 38–44. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.001>
- Mann, J.J., Oquendo, M., Underwood, M.D., i Arango, V. (1999). The neurobiology of suicide risk: a review for the clinician. *The Journal of clinical psychiatry*, 60 Suppl 2, 7–116

- Marcé, L.V. (1958). *Traité de la folie des femmes enceintes: des nouvelles accouchées et des nourrices et considérations médico-légales qui se rattachent a ce sujet*
- Marín-Morales, D., Carmona-Monge, F.J., i Peñacoba-Puente, C. (2014). Personality, depressive symptoms during pregnancy and their influence on postnatal depression in Spanish pregnant Spanish women. [Personalidad, síntomas depresivos en el embarazo y su influencia en la depresión postparto en gestantes españolas]. *An. Psicol.* 30, 908–915. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.153101>
- Marín-Morales, D., Toro-Molina, S., Peñacoba-Puente, C., Losa-Iglesias, M., i Carmona-Monge, F.J. (2018). Relationship Between Postpartum Depression and Psychological and Biological Variables in the Initial Postpartum Period. *Maternal and Child Health Journal*, 22(6), 866–873. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2461-x>
- Martin, J., McLean, G., Cantwell, R., i Smith, D. J. (2016). Admission to psychiatric hospital in the early and late postpartum periods: Scottish national linkage study. *BMJ open*, 6(1), e008758. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008758>
- Martín-Santos, R., Gelabert, E., Subirà, S., Gutierrez-Zotes, A., Langorh, K., Jover, M., Torrens, M., Guillamat, R., Mayoral, F., Canellas, F., Iborra, J. L., Gratacos, M., Costas, J., Gornemann, I., Navinés, R., Guitart, M., Roca, M., DE Frutos, R., Vilella, E., Valdés, M., ... Sanjuan, J. (2012). Research letter: is neuroticism a risk factor for postpartum depression?. *Psychological medicine*, 42(7), 1559–1565. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000712>
- Martins, C. i Gaffan, E.A. (2000). Effects of early maternal depression on patterns of infantmother attachment: a meta-analytic investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 737-746.
- Matsudaira, T., i Kitamura, T. (2006). Personality traits as risk factors of depression and anxiety among Japanese students. *Journal of clinical psychology*, 62(1), 97–109. <https://doi.org/10.1002/jclp.20215>
- Mauri, M., Borri, C., Cargioli, C., Miniati, M., i Banti, S. (2016). Postpartum depression. *Psychiatric Disorders during the Postpartum Period in Light of Current Advances*, 1–10. <https://doi.org/10.2190/il4.1.o>
- Mboua, C.P., Nkoum, B.A., i Abessouguié, S.P. (2016). The relational dimension of care for maternity blues and its relation to decompensation of a psychiatric disorder during the intermediate postpartum period in Cameroon. *La dimension du soin relationnel dans la décompensation du blues en post-partum intermédiaire au Cameroun. Medecine et sante tropicales*, 26(3), 273–277. <https://doi.org/10.1684/mst.2016.0577>
- McCrae, R. R., i Costa, P. T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 81–90. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.1.81>
- McCrae, R.R. i Costa, P.T.J. (1990). *Personality in Adulthood*. New York: Guilford.

- McCrae, R.R., i Costa, P.T. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*, 52(5), 509–516. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.5.509>
- McCrae, R.R., i John, O.P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of personality*, 60(2), 175–215. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x>
- McKee, G.R., i Shea, S.J. (1998). Maternal filicide: a cross-national comparison. *Journal of clinical psychology*, 54(5), 679–687. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(199808\)54:5<679::aid-jclp14>3.0.co;2-a](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(199808)54:5<679::aid-jclp14>3.0.co;2-a)
- Meilina, A.R., i Nasrudin, A. (2019). Relationship between childbirth duration and postpartum blues. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 10(4), 955–959. <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2019.00830.1>
- Meltzer-Brody, S., Boschloo, L., Jones, I., Sullivan, P.F., i Penninx, B.W. (2013). The EPDS-Lifetime: Assessment of lifetime prevalence and risk factors for perinatal depression in a large cohort of depressed women. *Archives of Women's Mental Health*, 16(6), 465–473. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0372-9>
- Meltzer-Brody, S., Colquhoun, H., Riesenber, R., Epperson, C.N., Deligiannidis, K.M., Rubinow, D.R., Li, H., Sankoh, A.J., Clemson, C., Schacterle, A., Jonas, J., i Kanes, S. (2018). Brexanolone injection in post-partum depression: two multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trials. *Lancet (London, England)*, 392(10152), 1058–1070. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31551-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31551-4)
- Meurk, C., Wittenhagen, L., Lucke, J., Barker, R., Roberts, S., Moss, K., Waterson, E., i Heffernan, E. (2021). Suicidal behaviours in the peripartum period: a systematic scoping review of data linkage studies. *Archives of Women's Mental Health*. <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01102-x>
- Newport, D.J., Hostetter, A., Arnold, A., i Stowe, Z.N. (2002). The treatment of postpartum depression: minimizing infant exposures. *The Journal of clinical psychiatry*, 63 Suppl 7, 31–44.
- Miller, L.J. (2002). Postpartum Depression. *JAMA*. 2002;287(6),762–765. <https://doi.org/10.1001/jama.287.6.762>
- Millon, T. (1999). *Personality-guided therapy*. John Wiley & Sons Inc.
- Minatani, M., Kita, S., Ohashi, Y., Kitamura, T., Haruna, M., Sakanashi, K., i Tanaka, T. (2013). Temperament, Character, and Depressive Symptoms during Pregnancy: A Study of a Japanese Population. *Depression research and treatment*, 2013, 140169. <https://doi.org/10.1155/2013/140169>
- Mineka, S., Williams, A. L., Wolitzky-Taylor, K., Vrshek-Schallhorn, S., Craske, M.G., Hammen, C., i Zinbarg, R.E. (2020). Five-year prospective neuroticism-stress effects on major depressive episodes: Primarily additive effects of the general neuroticism

- factor and stress. *Journal of abnormal psychology*, 129(6), 646–657. <https://doi.org/10.1037/abn0000530>
- Misra, D.P., Guyer, B., i Allston, A. (2003). Integrated perinatal health framework. A multiple determinants model with a life span approach. *American journal of preventive medicine*, 25(1), 65–75. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(03\)00090-4](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(03)00090-4)
- Miyake, Y., Tanaka, K., Sasaki, S., i Hirota, Y. (2011). Employment, income, and education and risk of postpartum depression: the Osaka Maternal and Child Health Study. *Journal of affective disorders*, 130(1-2), 133–137. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.10.024>
- Moehler, E., Brunner, R., Wiebel, A., Reck, C. i Resch, F. (2006). Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of motherchild bonding. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 273-278.
- Möller H.J. (2003). Suicide, suicidality and suicide prevention in affective disorders. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (418), 73–80
- Moraes, G.P., Lorenzo, L., Pontes, G.A., Montenegro, M.C., i Cantilino, A. (2017). Screening and diagnosing postpartum depression: when and how?. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 39(1), 54–61. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0034>
- Mongini, F., Keller, R., Deregibus, A., Raviola, F., Mongini, T., i Sancarlo, M. (2003). Personality traits, depression and migraine in women: a longitudinal study. *Cephalgia: an international journal of headache*, 23(3), 186–192. <https://doi.org/10.1046/j.1468-2982.2003.00519.x>
- Monroe, S.M., Harkness, K., Simons, A.D., i Thase, M.E. (2001). Life stress and the symptoms of major depression. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(3), 168–175. <https://doi.org/10.1097/00005053-200103000-00005>
- Moraes, G.P. de A., Lorenzo, L., Pontes, G.A., Montenegro, M.C., i Cantilino, A. (2017). Screening and diagnosing postpartum depression: when and how? *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 39(1), 54–61. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0034>
- Mughal, S., Azhar, Y., i Siddiqui, W. (2020). Postpartum Depression. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Mulder, R.T. (2002). Personality pathology and treatment outcome in major depression: A review. *American Journal of Psychiatry*, 159, 359-371
- Munk-Olsen, T., Laursen, T.M., Pedersen, C.B., Mors, O., i Mortensen, P. B. (2006). New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA*, 296(21), 2582–2589. <https://doi.org/10.1001/jama.296.21.2582>
- Murnen, S., Smolak, L., i Levine, M. (1994). Development of a scale to measure adherence to the superwoman construct. Unpublished Manuscript, Kenyon College, OH.

- Murphy-Eberenz, K., Zandi, P.P., March, D., Crowe, R.R., Scheftner, W.A., Alexander, M., McClinnis, M.G., Coryell, W., Adams, P., DePaulo, J.R., Jr, Miller, E.B., Marta, D.H., Potash, J.B., Payne, J., i Levinson, D.F. (2006). Is perinatal depression familial?. *Journal of affective disorders*, 90(1), 49–55. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.10.006>
- Murray, L. E., i O'Neill, L. (2019). Neuroticism and extraversion mediate the relationship between having a sibling with developmental disabilities and anxiety and depression symptoms. *Journal of affective disorders*, 243, 232–240. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.042>
- Na, K.S., Cho, S.E., Hong, J. P., Lee, J.Y., Chang, S.M., Jeon, H.J., i Cho, S.J. (2020). Association between personality traits and suicidality by age groups in a nationally representative Korean sample. *Medicine*, 99(16), e19161. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000019161>
- Navarro, P., García-Esteve, L., Ascaso, C., Aguado, J., Gelabert, E., i Martín-Santos, R. (2008). Non-psychotic psychiatric disorders after childbirth: Prevalence and comorbidity in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 109(1–2), 171–176. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.008>
- Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., i Howell, E.A. (2013). Social support during the postpartum period: mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Maternal and child health journal*, 17(4), 616–623. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1037-4>
- Newport, D.J., Levey, L.C., Pennell, P.B., Ragan, K., i Stowe, Z. N. (2007). Suicidal ideation in pregnancy: assessment and clinical implications. *Archives of women's mental health*, 10(5), 181–187. <https://doi.org/10.1007/s00737-007-0192-x>
- Nilsson, K., Sundbom, E. y Hägglöf, B. (2008). A longitudinal study of perfectionism in adolescent onset anorexia nervosa-restricting type. *European Eating Disorders Review*, 16, 386-394
- Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, C.B., Kessler, R.C., i Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior, *Epidemiologic Reviews*, 30 (1), 133–154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
- Nonacs, R., i Cohen, L.S. (1998). Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. *The Journal of clinical psychiatry*, 59 Suppl 2, 34–40.
- Oates, M., i Cantwell, R. (2011). Deaths from Psychiatric Causes. In: Lewis G (ed.) *Saving Mothers Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer – 2006–2008. The Eighth Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom*. *BJOG* 118(1): 132–42
- O'Brien, D., Butler, M.M., i Casey, M. (2021). The importance of nurturing trusting relationships to embed shared decision-making during pregnancy and childbirth. *Midwifery*, 98, 102987. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.102987>

- O'Connor, T.G., Heron, J., Glover, V., i Alspac Study Team (2002). Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(12), 1470–1477. <https://doi.org/10.1097/00004583-200212000-00019>
- O'Connor, E., Rossom, R.C., Henninger, M., Groom, H.C., i Burda, B.U. (2016). Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US preventive services task force. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 315(4), 388–406. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.18948>
- O'Hara, M.W., Rehm, L.P., i Campbell, S.B. (1982). Predicting depressive symptomatology: Cognitive-behavioral models and postpartum depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 91(6), 457–461. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.91.6.457>
- O'Hara, M.W., Schlechte, J.A., Lewis, D.A., i Wright, E.J. (1991). Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. *Archives of general psychiatry*, 48(9), 801–806. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810330025004>
- O'Hara, M.W. i Swain, A.M. (1996). Rates and risk of postpartum depression-A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54. <https://doi.org/10.3109/09540269609037816>
- O'Hara, M.W., i McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annual review of clinical psychology*, 9, 379–407. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
- O'Hara, M.W., i Wisner, K.L. (2014). Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 28(1), 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002>
- Olawa, B.D., i Idemudia, E.S. (2020). The extraversion-neuroticism and geriatric depression relations: do social engagements and social supports have roles to play?. *Heliyon*, 6(12), e05719. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e05719>
- Onah, M.N., Field, S., Bantjes, J., i Honikman, S. (2017). Perinatal suicidal ideation and behaviour: psychiatry and adversity. *Archives of Women's Mental Health*, 20(2), 321–331. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0706-5>
- Oquendo, M.A., i Mann, J.J. (2008). Suicidal behavior: a developmental perspective. *The Psychiatric clinics of North America*, 31(2), xiii–xvi. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.03.001>
- Ormel, J., Oldehinkel, A.J. i Vollebergh, W. (2004). Vulnerability before, during, and after a major depressive episode: A 3-wave population-based study. *Archives of General Psychiatry*, 61, 990-996.
- Ormel, J., Bastiaansen, A., Riese, H., Bos, E. H., Servaas, M., Ellenbogen, M., Rosmalen, J.G., i Aleman, A. (2013). The biological and psychological basis of neuroticism:

- current status and future directions. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 37(1), 59–72. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.09.004>
- Orsolini, L., Valchera, A., Vecchiotti, R., Tomasetti, C., Iasevoli, F., Fornaro, M., De Berardis, D., Perna, G., Pompili, M., i Bellantuono, C. (2016). Suicide during Perinatal Period: Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Correlates. *Frontiers in psychiatry*, 7, 138. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00138>
- Osby, U., Brandt, L., Correia, N., Ekblom, A., i Sparén, P. (2001). Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Archives of general psychiatry*, 58(9), 844–850. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.9.844>
- Oyetunji, A., i Chandra, P. (2020). Postpartum stress and infant outcome: A review of current literature. *Psychiatry Research*, 284(September 2019). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112769>
- Palacios-Hernández, B. (2016). Alteraciones en el vínculo materno-infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*. 48(2), 164-176
- Pan, Y.J., Chang, W.H., Lee, M.B., Chen, C.H., Liao, S.C., i Caine, E. D. (2013). Effectiveness of a nationwide aftercare program for suicide attempters. *Psychological medicine*, 43(7), 1447–1454. <https://doi.org/10.1017/S0033291712002425>
- Paris, J. (2004). Introduction to the Special Feature on Suicide and Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18(3), 213–214. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.3.213.35447>
- Paschetta, E., Berrisford, G., Coccia, F., Whitmore, J., Wood, A. G., Pretlove, S., i Ismail, K. M. (2014). Perinatal psychiatric disorders: an overview. *American journal of obstetrics and gynecology*, 210(6), 501–509.e6. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.10.009>
- Palladino, C.L., Singh, V., Campbell, J., Flynn, H., i Gold, K.J. (2011). Homicide and suicide during the perinatal period: findings from the National Violent Death Reporting System. *Obstetrics and gynecology*, 118(5), 1056–1063. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31823294da>
- Peñacoba-Puente, C., Marín-Morales, D., Carmona-Monge, F.J., i Velasco Furlong, L. (2016). Post-Partum Depression, Personality, and Cognitive-Emotional Factors: A Longitudinal Study on Spanish Pregnant Women. *Health care for women international*, 37(1), 97–117. <https://doi.org/10.1080/07399332.2015.1066788>
- Perry, B.I., Jones, H.J., Richardson, T.G., Zammit, S., Wareham, N.J., Lewis, G., Jones, P. B., i Khandaker, G.M. (2020). Common mechanisms for type 2 diabetes and psychosis: Findings from a prospective birth cohort. *Schizophrenia research*, 223, 227–235. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.08.006>
- Perry, A., Gordon-Smith, K., Jones, L., i Jones, I. (2021). Phenomenology, epidemiology and aetiology of postpartum psychosis: A review. *Brain Sciences*, 11(1), 1–14. <https://doi.org/10.3390/brainsci11010047>

- Phillips, J., Sharpe, L., Matthey, S., i Charles, M. (2010). Subtypes of postnatal depression? A comparison of women with recurrent and de novo postnatal depression. *Journal of affective disorders*, 120(1-3), 67–75. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.04.011>
- Pitt, B. (1968). "Atypical" depression following childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 114, 1325-1335
- Plaza, A., Garcia-Esteve, L., Torres, A., Ascaso, C., Gelabert, E., Luisa Imaz, M., Navarro, P., Valdés, M., i Martín-Santos, R. (2012). Childhood physical abuse as a common risk factor for depression and thyroid dysfunction in the earlier postpartum. *Psychiatry research*, 200(2-3), 329–335. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.06.032>
- Podolska, M.Z., Bidzan, M., Majkowicz, M., Podolski, J., Sipak-Szmigiel, O., i Ronin-Walknowska, E. (2010). Personality traits assessed by the NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) as part of the perinatal depression screening program. *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research*, 16(9), PH77–PH81.
- Pop, V.J., Truijens, S.E., Spek, V., Wijnen, H.A., Van Son, M.J., i Bergink, V. (2015). A new concept of maternity blues: Is there a subgroup of women with rapid cycling mood symptoms? *Journal of Affective Disorders*, 177, 74–79. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.015>
- Quilty, L.C., Zhang, K.A., i Bagby, R.M. (2010). The latent symptom structure of the Beck Depression Inventory–II in outpatients with major depression. *Psychological Assessment*, 22(3), 603–608. <https://doi.org/10.1037/a0019698>
- Rahl, R.L. (2020). Pregnant and Postpartum Women. *Physical Activity and Health Guidelines*, 57(3), 161–167. <https://doi.org/10.5040/9781492595700.ch-006>
- Rai, S., Pathak, A., i Sharma, I. (2015). Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian journal of psychiatry*, 57(Suppl 2), S216–S221. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.161481>
- Rallis, S., Skouteris, H., McCabe, M., i Milgrom, J. (2014). A prospective examination of depression, anxiety and stress throughout pregnancy. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 27(4), e36–e42. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2014.08.002>
- Rappaport, L.M., Flint, J., i Kendler, K.S. (2017). Clarifying the role of neuroticism in suicidal ideation and suicide attempt among women with major depressive disorder. *Psychological medicine*, 47(13), 2334–2344. <https://doi.org/10.1017/S003329171700085X>
- Reardon, D.C., Cogle, J.R., Rue, V.M., Shuping, M.W., Coleman, P.K., i Ney, P.G. (2003). Psychiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth. *Cmaj*, 168(10), 1253–1256
- Reck, C., Hunt, A., Fuchs, T., Weiss, R., Noon, A., Moehler, E., Downing, G., Tronick, E. Z., i Mundt, C. (2004). Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers



- and their infants: an overview. *Psychopathology*, 37(6), 272–280. <https://doi.org/10.1159/000081983>
- Rezaie-Keikhaie, K., Arbabshastan, M.E., Rafiemanesh, H., Amirshahi, M., Ostadkelayeh, S. M., i Arbabisarjou, A. (2020). Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 49(2), 127–136. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.01.001>
- Rice, K.G., i Lapsley, D.K. (2001). Perfectionism, coping, and emotional adjustment. *Journal of College Student Development*; 42, (2), 157-168
- Rice, K.G., i Dellwo, J.P. (2002). Perfectionism and Self-Development: Implications for College Adjustment. *Journal of Counselling and Development*, 80(2), 188-196
- Rice, K.G. i Aldea, M.A. (2006). State dependence and trait stability of perfectionism: A short-term longitudinal study. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 205-213.
- Rice, K.G., i Ashby, J.S. (2007). An efficient method for classifying perfectionists. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 72–85. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.1.72>
- Richard, A., Dunkley, D.M., Zuroff, D.C., Moroz, M., Elizabeth Foley, J., Lewkowski, M., Myhr, G., i Westreich, R. (2021). Perfectionism, efficacy, and daily coping and affect in depression over 6 months. *Journal of clinical psychology*, 77(6), 1453–1471. <https://doi.org/10.1002/jclp.23079>
- Riecher-Rösler, A., Rodhe, A., 2005. Diagnostic classification of perinatal mood disorders. In: Riecher-Rösler, A., Steiner, M. (Eds.), *Perinatal Stress. Mood and Anxiety Disorders*, Karger, Basel, pp. 6–27
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. i Stewart, D. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26, 289-295.
- Robling, S.A., Paykel, E.S., Dunn, V.J., Abbott, R., i Katona, C. (2000). Long-term outcome of severe puerperal psychiatric illness: a 23 year follow-up study. *Psychological medicine*, 30(6), 1263–1271. <https://doi.org/10.1017/s0033291799003025>
- Robinson, A., Stasik-O'Brien, S., i Calamia, M. (2020). Toward a More Perfect Conceptualization of Perfectionism: An Exploratory Factor Analysis in Undergraduate College Students. *Assessment*, 1073191120976859. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/1073191120976859>
- Ruchkin, V.V., Schwab-Stone, M., Kuposov, R.A., Vermeiren, R., i King, R.A. (2003). Suicidal ideations and attempts in juvenile delinquents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 44(7), 1058–1066. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00190>
- Ruiz-Porras, D., Ruiz-Porras, L., i Cruz-Repiso, V. (2020). La depresión en su relación con las técnicas de reproducción asistida y la influencia del asesoramiento profesional

- durante el proceso. *Revista Psicología y Salud*, 30(1), 15.  
<https://doi.org/10.25009/pys.v30i1.2614>
- Ryan, K.A., Han, P., Zhang, Y., Marshall, D.F., Yocum, A.K., McInnis, M. G., i Zöllner, S. (2021). Stability of personality traits in bipolar disorder: Findings from a longitudinal cohort. *Journal of affective disorders*, 283, 1–10.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.030>
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E., i Halmesmäki, E. (2001). Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. A longitudinal study. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 80(1), 39–45.  
<https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2001.800108.x>
- Salazar-Fraile, J., Sempere-Verdú, E., Pérez-Hoyos, S., Tabarés-Seisdedos, R., i Gómez-Beneyto, M. (2018). Five Interpersonal Factors Are Predictive of the Response to Treatment of Major Depression With Antidepressants in Primary Care. *Frontiers in psychiatry*, 9, 416. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00416>
- Sanger, C., Iles, J.E., Andrew, C.S., i Ramchandani, P.G. (2015). Associations between postnatal maternal depression and psychological outcomes in adolescent offspring: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 18(2), 147–162.  
<https://doi.org/10.1007/s00737-014-0463-2>
- Schulberg, H.C., Lee, P.W., Bruce, M.L., Raue, P.J., Lefever, J.J., Williams, J. W., Jr, Dietrich, A.J., i Nutting, P.A. (2005). Suicidal ideation and risk levels among primary care patients with uncomplicated depression. *Annals of family medicine*, 3(6), 523–528.  
<https://doi.org/10.1370/afm.377>
- Sebastian Romero, E., Mas Lodo, N., Martín Blázquez, M., Raja Casillas, M.I., Izquierdo Zamarriego, M.J., Valles Fernández, N. i Metola Gómez, M. (1999). Depresión posparto en el área de salud de Toledo. *Atención Primaria*, 24, 215–219.
- Shafran, R. i Mansell, M. (2001). Perfectionism and psychopathology: a review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21, 879–906.
- Shi, P., Ren, H., Li, H., i Dai, Q. (2018). Maternal depression and suicide at immediate prenatal and early postpartum periods and psychosocial risk factors. *Psychiatry research*, 261, 298–306. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.085>
- Shorey, S., Chee, C.Y., Ng, E.D., Chan, Y.H., Tam, W.W., i Chong, Y.S. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 104(July), 235–248.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>
- Siegel, R.S., i Brandon, A.R. (2014). Adolescents, pregnancy, and mental health. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 27(3), 138–150.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpag.2013.09.008>
- Sierra Manzano, J.M., Carro García, T., i Ladrón Moreno, E. (2002). Variables asociadas al riesgo de depresión posparto. *Edinburgh Postnatal Depression Scale* [Variables

- associated with the risk of postpartum depression. *Edinburgh Postnatal Depression Scale*. *Atencion primaria*, 30(2), 103–111. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(02\)78979-8](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(02)78979-8)
- Slaney, R.B., Rice, K.G., Mobley, M., Trippi, J. i Ashby, J.S. (2001). The Revised Almost Perfect Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34, 130-145
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y., i Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's health (London, England)*, 15, 1745506519844044. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
- Smith, M.M., Sherry, S.B, Rnic, K., Saklofske, D.H., Enns, M., i Gralnick, T. (2016). Are Perfectionism Dimensions Vulnerability Factors for Depressive Symptoms After Controlling for Neuroticism? A Meta-analysis of 10 Longitudinal Studies. *European Journal of Personality*, 30(2), 201. <http://doi.org/10.1002/per.2053>
- Smith, M.M., Sherry, S.B., Vidovic, V., Saklofske, D.H., Stoeber, J., i Benoit, A. (2019). Perfectionism and the Five-Factor Model of Personality: A Meta-Analytic Review. *Personality and social psychology review : an official journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc*, 23(4), 367–390. <https://doi.org/10.1177/1088868318814973>
- Somerville, S., Dedman, K., Hagan, R., Oxnam, E., Wettinger, M., Byrne, S., Coo, S., Doherty, D., i Page, A. C. (2014). The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation. *Archives of women's mental health*, 17(5), 443–454. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0425-8>
- Spinelli, M.G. (2005). Infanticide: contrasting views. *Archives of women's mental health*, 8(1), 15–24. <https://doi.org/10.1007/s00737-005-0067-y>
- Spittlehouse, J.K., Pearson, J.F., Luty, S.E., Mulder, R.T., Carter, J.D., McKenzie, J.M., i Joyce, P.R. (2010). Measures of temperament and character are differentially impacted on by depression severity. *Journal of affective disorders*, 126(1-2), 140–146. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.03.010>
- Spittlehouse, J.K., Vierck, E., Pearson, J.F., i Joyce, P.R. (2014). Temperament and character as determinants of well-being. *Comprehensive psychiatry*, 55(7), 1679–1687. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.06.011>
- Statham, D.J., Heath, A.C., Madden, P.A., Bucholz, K.K., Bierut, L., Dinwiddie, S.H., Slutske, W.S., Dunne, M.P., i Martin, N.G. (1998). Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. *Psychological medicine*, 28(4), 839–855. <https://doi.org/10.1017/s0033291798006916>
- Stewart, D.E., i Vigod, S. (2016). Postpartum Depression. *The New England journal of medicine*, 375(22), 2177–2186. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1607649>

- Stewart, D.E., i Vigod, S. N. (2019). Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annual review of medicine*, 70, 183–196. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217-011106>
- Stoeber, J. (2018) The psychology of perfectionism: Critical issues, open questions, and future directions. In: Stoeber, J., ed. *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications*. Routledge, London, pp. 333-352.
- Su, M.H., Chen, H.C., Lu, M.L., Feng, J., Chen, I.M., Wu, C.S., Chang, S.W., i Kuo, P.H. (2018). Risk profiles of personality traits for suicidality among mood disorder patients and community controls. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 137(1), 30–38. <https://doi.org/10.1111/acps.12834>
- Svrakic, D.M., i Cloninger, R.C. (2010). Epigenetic perspective on behavior development, personality, and personality disorders. *Psychiatria Danubina*, 22(2), 153–166
- Tabakci, A.S., Yildirim, E.A., Erkiran, M., Aksoy, U.M., Sahan, H.E., Tuna, O., Tomruk, N.B., i Alpay, N. (2020). Temperament, Character, and Defense Mechanism Changes With Treatment in Depression: A 9-Month Naturalistic Follow-up. *The Journal of nervous and mental disease*, 208(5), 403–412. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001142>
- Tabb, K.M., Gavin, A.R., Guo, Y., Huang, H., Debiec, K., i Katon, W. (2013). Views and experiences of suicidal ideation during pregnancy and the postpartum: findings from interviews with maternal care clinic patients. *Women & health*, 53(5), 519–535. <https://doi.org/10.1080/03630242.2013.804024>
- Takegata, M., Takeda, S., Sakanashi, K., Tanaka, T., i Kitamura, T. (2019). Perinatal self-report of thoughts of self-harm, depressive symptoms, and personality traits: Prospective study of Japanese community women. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73(11), 707–712. <https://doi.org/10.1111/pcn.12917>
- Talarowska, M. (2020). Epigenetic Mechanisms in the Neurodevelopmental Theory of Depression. *Depression research and treatment*, 2020, 6357873. <https://doi.org/10.1155/2020/6357873>
- Tavares, D., Quevedo, L., Jansen, K., Souza, L., Pinheiro, R., i Silva, R. (2012). Prevalence of suicide risk and comorbidities in postpartum women in Pelotas. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*, 34(3), 270–276. <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2011.12.001>
- Terry-Short, L., Glynn Owens, R., Slade, P.D. i Dewey, M.E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18, 663-668
- Thombs, B.D., Bonardi, O., Rice, D.B., Boruff, J.T., Azar, M., He, C., Markham, S., Sun, Y., Wu, Y., Krishnan, A., Thombs-Vite, I., i Benedetti, A. (2020). Curating evidence on mental health during COVID-19: A living systematic review. *Journal of psychosomatic research*, 133, 110113. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110113>

- Thornton, C., Schmied, V., Dennis, C.L., Barnett, B., i Dahlen, H.G. (2013). Maternal deaths in NSW (2000-2006) from nonmedical causes (suicide and trauma) in the first year following birth. *BioMed research international*, 2013, 623743. <https://doi.org/10.1155/2013/623743>
- Thystrup, C.K., Vangkilde, S., Ozenne, B., i Stenbæk, D. S. (2020). Severity of self-reported depressive symptoms in a healthy sample is modulated by trait Harm Avoidance, not by 5-HTTLPR polymorphism. *Psychiatry research*, 291, 113029. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113029>
- Tian, T., Li, Y., Xie, D., Shen, Y., Ren, J., Wu, W., Guan, C., Zhang, Z., Zhang, D., Gao, C., Zhang, X., Wu, J., Deng, H., Wang, G., Zhang, Y., Shao, Y., Rong, H., Gan, Z., Sun, Y., Hu, B., ... Tian, H. (2012). Clinical features and risk factors for post-partum depression in a large cohort of Chinese women with recurrent major depressive disorder. *Journal of affective disorders*, 136(3), 983–987. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.06.047>
- Torres, A., Gelabert, E., Roca, A., Navarro, P., Plaza, A., Subirà, S., Martin-Santos, R., Ascaso, C., i Garcia-Esteve, L. (2019). Course of a major postpartum depressive episode: A prospective 2 years naturalistic follow-up study. *Journal of affective disorders*, 245, 965–970. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.062>
- Tokumitsu, K., Sugawara, N., Maruo, K., Suzuki, T., Shimoda, K., i Yasui-Furukori, N. (2020). Prevalence of perinatal depression among Japanese women: a meta-analysis. *Annals of general psychiatry*, 19, 41. <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00290-7>
- Tozzi, F., Aggen, S.H., Neale, B.M., Anderson, C.B., Mazzeo, S.E., Neale, M.C. i Bulik, C.M. (2004). The structure of perfectionism: A twin study. *Behavior Genetics*, 34, 483-494
- Tsoh, J., Chiu, H.F., Duberstein, P.R., Chan, S.S., Chi, I., Yip, P.S., i Conwell, Y. (2005). Attempted suicide in elderly Chinese persons: a multi-group, controlled study. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 13(7), 562–571. <https://doi.org/10.1176/appi.ajgp.13.7.562>
- Turner, S.G., Kaplan, C.P., Zayas, L., i Ross, R.E. (2002). Suicide Attempts by Adolescent Latinas: An Exploratory Study of Individual and Family Correlates. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 19, 357–374. <https://doi.org/10.1023/A:1020270430436>
- Turkcapar, A.F., Kadioğlu, N., Aslan, E., Tunc, S., Zayıfoğlu, M., i Mollamahmutoğlu, L. (2015). Sociodemographic and clinical features of postpartum depression among Turkish women: a prospective study. *BMC pregnancy and childbirth*, 15, 108. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0532-1>
- Tuten, M., Jones, H.E., i Svikis, D. S. (2003). Comparing homeless and domiciled pregnant substance dependent women on psychosocial characteristics and treatment outcomes. *Drug and alcohol dependence*, 69(1), 95–99. [https://doi.org/10.1016/s0376-8716\(02\)00229-6](https://doi.org/10.1016/s0376-8716(02)00229-6)
- Uliaszek, A.A., Zinbarg, R.E., Mineka, S., Craske, M.G., Sutton, J.M., Griffith, J.W., Rose, R., Waters, A., i Hammen, C. (2010). The role of neuroticism and extraversion in the

- stress-anxiety and stress-depression relationships. *Anxiety, stress, and coping*, 23(4), 363–381. <https://doi.org/10.1080/10615800903377264>
- Unützer, J., Tang, L., Oishi, S., Katon, W., Williams, J.W., Jr, Hunkeler, E., Hendrie, H., Lin, E.H., Levine, S., Grypma, L., Steffens, D.C., Fields, J., Langston, C., i IMPACT Investigators (2006). Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(10), 1550–1556. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00882.x>
- Useda, J.D., Duberstein, P.R., Conner, K.R., i Conwell, Y. (2004). Personality and attempted suicide in depressed adults 50 years of age and older: a facet level analysis. *Comprehensive psychiatry*, 45(5), 353–361. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.06.002>
- Useda, J.D., Duberstein, P.R., Conner, K.R., Beckman, A., Franus, N., Tu, X., i Conwell, Y. (2007). Personality differences in attempted suicide versus suicide in adults 50 years of age or older. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 126–133. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.1.126>
- Valerio, M.P., Blasco, B., Tagni, F., Szmulewicz, A.G., i Martino, D.J. (2020). Personality Disturbances in Melancholic and Nonmelancholic Unipolar Major Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of nervous and mental disease*, 208(10), 810–817. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001212>
- van Bussel, J.C., Spitz, B., i Demyttenaere, K. (2009). Depressive symptomatology in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal antenatal orientations. *Archives of women's mental health*, 12(3), 155–166. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0061-x>
- Van Niel, M.S., i Payne, J.L. (2020). Perinatal depression: A review. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 87(5), 273–277. <https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.19054>
- van der Zee-van den Berg, A.I., Boere-Boonekamp, M.M., Groothuis-Oudshoorn, C., i Reijneveld, S.A. (2019). The Edinburgh Postpartum Depression Scale: Stable structure but subscale of limited value to detect anxiety. *PLoS one*, 14(9), e0221894. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221894>
- Vanderkruik, R., Barreix, M., Chou, D., Allen, T., Say, L., Cohen, L. S., Barbour, K., Cecatti, J.G., Cottler, S., Fawole, O., Firoz, T., Gadama, L., Ghérisi, A., Gyte, G., Hindin, M., Jayathilaka, A., Kalamar, A., Kone, Y., Lange, I., ... von Dadelszen, P. (2017). The global prevalence of postpartum psychosis: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1427-7>
- Van Praag, H.M., de Kloet, R. i Van Os, J. (2004). *Stress, brain and depression*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Verona, E., Hicks, B.M., i Patrick, C.J. (2005). Psychopathy and Suicidality in Female Offenders: Mediating Influences of Personality and Abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1065–1073. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.6.1065>

- Verkerk, G.J., Denollet, J., Van Heck, G.L., Van Son, M.J., i Pop, V.J. (2005). Personality factors as determinants of depression in postpartum women: a prospective 1-year follow-up study. *Psychosomatic medicine*, 67(4), 632–637. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000170832.14718.98>
- Viguera, A.C., Tondo, L., Koukopoulos, A.E., Reginaldi, D., Lepri, B., i Baldessarini, R.J. (2011). Episodes of mood disorders in 2,252 pregnancies and postpartum periods. *The American journal of psychiatry*, 168(11), 1179–1185. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11010148>
- Vinograd, M., Williams, A., Sun, M., Bobova, L., Wolitzky-Taylor, K.B., Vrshek-Schallhorn, S., Mineka, S., Zinbarg, R.E., i Craske, M.G. (2020). Neuroticism and interpretive bias as risk factors for anxiety and depression. *Clinical psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 8(4), 641–656. <https://doi.org/10.1177/2167702620906145>
- Vliegen, N., Luyten, P., Besser, A., Casalin, S., Kempke, S., i Tang, E. (2010). Stability and change in levels of depression and personality: a follow-up study of postpartum depressed mothers that were hospitalized in a mother-infant unit. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(1), 45–51. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181c8aa57>
- Walsh, G., Sara, G., Ryan, C. J., i Large, M. (2015). Meta-analysis of suicide rates among psychiatric in-patients. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 131(3), 174–184. <https://doi.org/10.1111/acps.12383>
- Ward, A.M., i Ashby, J.S. (2008). Multidimensional Perfectionism and the Self. *Journal of College Student Psychotherapy*, 22(4), 51-65
- Watson, J.P., Elliott, S.A., Rugg, A.J. i Brough, D.I. (1984). Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *British Journal of Psychiatry*, 144, 453-462
- Watson, D., i Humrichouse, J. (2006). Personality development in emerging adulthood: Integrating evidence from self-ratings and spouse ratings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(5), 959–974. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.5.959>
- Watson, D., Stanton, K., Khoo, S., Ellickson-Larew, S., i Stasik-O'Brien, S.M. (2019). Extraversion and psychopathology: A multilevel hierarchical review. *Journal of Research in Personality*, 81, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2019.04.009>
- Wen, T., Fein, A. W., Wright, J. D., Mack, W.J., Attenello, F.J., D'Alton, M.E., i Friedman, A.M. (2021). Postpartum Psychiatric Admissions in the United States. *American journal of perinatology*, 38(2), 115–121. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1694759>
- Wenzel, A., i Stuart, S. (2011). Anxiety in childbearing women: Diagnosis and treatment. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12302-000>
- Whiteford, H.A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A.J., Ferrari, A.J., Erskine, H.E., Charlson, F.J., Norman, R.E., Flaxman, A.D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C.J., i Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders:

- findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* (London, England), 382(9904), 1575–1586. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
- Wilkinson, A., Anderson, S., i Wheeler, S. B. (2017). Screening for and Treating Postpartum Depression and Psychosis: A Cost-Effectiveness Analysis. *Maternal and Child Health Journal*, 21(4), 903–914. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2192-9>
- Widiger, T.A., i Anderson, K.G. (2003). Personality and depression in women. *Journal of affective disorders*, 74(1), 59–66. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00431-7](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00431-7)
- Wisner, K.L., Parry, B.L., i Piontek, C.M. (2002). Clinical practice. Postpartum depression. *The New England journal of medicine*, 347(3), 194–199. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp011542>
- Wisner, K.L., Sit, D.K., McShea, M.C., Rizzo, D.M., Zoretich, R.A., Hughes, C.L., Eng, H.F., Luther, J.F., Wisniewski, S.R., Costantino, M.L., Confer, A.L., Moses-Kolko, E.L., Famy, C.S., i Hanusa, B.H. (2013). Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA psychiatry*, 70(5), 490–498. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.87>
- Wunderlich, U., Bronisch, T., Wittchen, H.U., i Carter, R. (2001). Gender differences in adolescents and young adults with suicidal behaviour. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 104(5), 332–339. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00432.x>
- Yamamoto, Y., Yamashita, T., Tsuno, N.H., Nagamatsu, T., Okochi, N., Hyodo, H., Ikeda, T., Kawabata, M., Kamei, Y., Nagura, Y., Sone, S., Fujii, T., Takahashi, K., i Kozuma, S. (2014). Safety and efficacy of preoperative autologous blood donation for high-risk pregnant women: experience of a large university hospital in Japan. *The journal of obstetrics and gynaecology research*, 40(5), 1308–1316. <https://doi.org/10.1111/jog.12348>
- Yonkers, K.A., Wisner, K.L., Stowe, Z., Leibenluft, E., Cohen, L., Miller, L., Manber, R., Viguera, A., Suppes, T., i Altshuler, L. (2004). Management of bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. *The American journal of psychiatry*, 161(4), 608–620. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.4.608>
- Zanardo, V., Volpe, F., de Luca, F., Giliberti, L., Giustardi, A., Parotto, M., Straface, G., i Soldera, G. (2019). Maternity blues: a risk factor for anhedonia, anxiety, and depression components of Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 1–7. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1593363>
- Zhang, Y., Zou, S., Cao, Y., i Zhang, Y. (2012). Relationship between domestic violence and postnatal depression among pregnant Chinese women. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 116(1), 26–30. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.08.011>



- Zhao, X. hu, i Zhang, Z. hua. (2020). Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian Journal of Psychiatry*, 53. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102353>
- Zhong, Q.Y., Gelaye, B., Rondon, M.B., Sánchez, S., Simon, G.E., Henderson, D.C., Barrios, Y.V., Sánchez, P.M., i Williams, M.A. (2015). Using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) to assess suicidal ideation among pregnant women in Lima, Peru. *Archives of women's mental health*, 18(6), 783–792. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0481-0>
- Zuckerman, M., i Kuhlman, D.M. (2000). Personality and risk-taking: common biosocial factors. *Journal of personality*, 68(6), 999–1029. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00124>
- Zuckerman, M. (2005). *Psychobiology of personality* (2nd ed., rev. & updated). New York: Cambridge University Press.