



Relación entre la presencia de síntomas premenstruales y los niveles de depresión medidos con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo en mujeres con menos de un año postparto.

Relation between premenstrual symptoms and levels of depression measured by the Edinburgh Postnatal Depression Scale in women within their first postpartum year.

Mariana Jaramillo-de-la-Riva-Agüero ^{1,a} , Tatiana S. Gonzales-Tello ^{1,b} , Johann M. Vega-Dienstmaier ^{1,c} 

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la relación entre cada síntoma del trastorno disfórico premenstrual (TDPM) y los niveles de depresión postparto (DPP). **Método:** Se realizó un análisis secundario de una base de datos de 321 mujeres evaluadas transversalmente en el primer año postparto, determinando la presencia de síntomas del TDPM según los criterios del DSM-IV, y los niveles de DPP, mediante la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS). Mediante un análisis bivariado se determinaron las variables relacionadas significativamente con los puntajes de la EPDS y, con un análisis multivariado, se configuró el mejor modelo predictivo. **Resultados:** El análisis bivariado identificó a la cefalea (coeficiente=3,26; p=0,002) y la sensación de agobio (coeficiente=4,95; p=0,003) como factores asociados a un mayor puntaje en la EPDS, más que el TDPM (coeficiente=2,52; p<0,001) como variable única. Otras variables asociadas fueron antecedente de depresión (coeficiente=2,42; p<0,001), presencia de pareja (coeficiente=1,54; p=0,041) y aborto (coeficiente=1,44; p=0,034). El modelo multivariado que mejor predice los puntajes de la EPDS incluye sensación de agobio, cefalea, antecedente de depresión mayor, presencia de pareja, antecedente de aborto y edad. **Conclusiones:** Los hallazgos arriba descritos podrían utilizarse para formular encuestas de tamizaje en gestantes, considerando además factores de riesgo tales como edad y antecedentes de depresión y aborto.

PALABRAS CLAVE: Síndrome premenstrual, depresión posparto.

SUMMARY

Objective: To evaluate the relationship between each symptom of premenstrual dysphoric disorder (PMDD) and the levels of postpartum depression (PPD). **Methods:** A secondary analysis of a database of 321 women evaluated cross-sectionally in the first postpartum year was conducted, determining the presence of PMDD symptoms according to the DSM-IV criteria, and the levels of PPD, using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). A bivariate analysis determined the variables significantly related to the EPDS scores, while a multivariate analysis helped to configure the best predictive model. **Results:** According to the bivariate analysis, headache (coefficient=3,26; p=0,002) and feeling overwhelmed (coefficient=4,95; p=0,003) are associated with higher scores in the EPDS, even more so than PMDD (coefficient=2,52; p<0,001) as a single variable. Other associated variables were history of

¹ Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

^a Bachiller en Medicina.

^b Bachiller en Medicina.

^c Médico psiquiatra, magíster en epidemiología clínica.

depression (coefficient=2,42; $p<0,001$), having a partner (coefficient=1,54; $p=0,041$) and abortion (coefficient=1,44; $p=0,034$). The multivariate model that best predicts EPDS scores includes feeling overwhelmed, headache, history of major depression, having a partner, history of abortion and age. **Conclusions:** The above findings are significantly related to EPDS scores, which could be used to design screening scales for pregnant women, also taking into account other risk factors, such as age and past history of depression and abortion.

KEYWORDS: Premenstrual syndrome, postpartum depression.

INTRODUCCIÓN

La depresión postparto (DPP) está incluida dentro del concepto actual de depresión perinatal que, de acuerdo al American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), involucra a los episodios que se presentan durante el embarazo (depresión gestacional) y los primeros 12 meses después del parto (DPP) (1). Por otro lado, el DSM-5 utiliza la definición de depresión de *inicio en el periparto* cuando ésta comienza durante el embarazo o en el primer mes postparto (2). La DPP es una patología frecuente, siendo su prevalencia mundial de 0 a 60% (3). En el Perú se ha encontrado una frecuencia de DPP de 5,92% en Lima (4) y de 45% en Arequipa (5), mientras que en otros países de Latinoamérica las prevalencias están entre 22% y 46,3% (6-9). La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) (10), es ampliamente utilizada internacionalmente para evaluar y detectar casos probables de DPP, y ha sido validada en el Perú (11).

El síndrome premenstrual (SPM), se define como la presencia de síntomas físicos (distensión abdominal, sensibilidad o dolor en las mamas, cefalea, mialgias o artralgias, edema de extremidades y alteración del peso) y emocionales (irritabilidad, ansiedad, ánimo deprimido, confusión, aislamiento social e ira), los cuales, según la ACOG, deben estar presentes 5 días antes de la menstruación, en los últimos 3 ciclos y causar disfuncionalidad en el ámbito social, académico o laboral. En base al DSM-5, se le cataloga como TDPM, cuando se presenta con intensos síntomas emocionales y físicos, siendo necesario que estén presentes al menos cinco en total y que causen alteración en actividades sociales, laborales o académicas (2,12). La prevalencia del SPM ha sido en promedio 47,8% a nivel mundial (13); mientras que la de TDPM, fue 5,8% en Múnich (14) y 12,5% en un estudio peruano (15).

El SPM se ha asociado a la depresión en el puerperio (4), evidenciándose en múltiples estudios un riesgo

incrementado de DPP en pacientes con antecedente de SPM o TDPM. En Brasil se encontró que la presencia de síntomas emocionales del SPM aumentaba 3 veces el riesgo de desarrollar DPP (16). Por otro lado, un estudio sueco halló que en pacientes multíparas, el antecedente de SPM y TDPM aumentaba el riesgo de DPP (17). Asimismo, en Corea, se encontró que la prevalencia de TDPM en pacientes con DPP era de 34,8%, mientras que en pacientes sin DPP, era de 4,9% (18). Más aún, en Perú se ha hallado que el TDPM es un factor de riesgo para DPP (4).

Otras variables relacionadas a DPP según estudios realizados en Latinoamérica incluyen: el bajo nivel educativo, poco apoyo de la pareja, multiparidad, complicaciones ginecoobstétricas y no dar lactancia materna exclusiva (5,8,9); y específicamente en Perú, la ausencia de pareja, gestaciones previas, controles prenatales incompletos y los antecedentes de depresión, abortos y violencia doméstica (19). Asimismo, se ha descrito una asociación de la DPP con la tristeza en el último trimestre de gestación, edad menor de 24 años y antecedente familiar de depresión (20).

La DPP comprende un problema de salud pública que requiere intervenciones para prevenirla, tratarla y evitar posibles consecuencias. Esta patología puede ser de difícil detección, ya que las pacientes no suelen comentar sobre sus emociones en una consulta médica (21). La DPP tiene repercusiones en el vínculo madre-hijo y el desarrollo infantil, principalmente en las capacidades sociales y de lenguaje (22). Asimismo, un 30 a 50% de mujeres con DPP persisten con depresión después del primer año después del parto (23). Por este motivo y por la relación establecida entre el TDPM y la DPP, es relevante estudiar los síntomas específicos del TDPM que podrían relacionarse con los puntajes de la EPDS, considerando que esto no se ha investigado previamente.

El objetivo del presente estudio fue evaluar la relación entre cada síntoma individual de TDPM y los niveles de DPP, medidos mediante la EPDS, y asimismo

hallar el mejor modelo predictivo para los puntajes de la EPDS, en base a los síntomas premenstruales y otras variables demográficas y clínicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Se realizó un análisis secundario de una base de datos procedente de un estudio de corte transversal sobre depresión postparto (15).

Participantes

La base de datos contiene información de 321 mujeres mayores de 18 años que se encontraban dentro del primer año postparto, que fueron reclutadas mediante un muestreo por conveniencia en los consultorios externos de planificación familiar y pediatría de un hospital general de Lima (Perú) en 1997.

Se excluyeron las mujeres que tenían problemas de comunicación con el entrevistador, las gestantes, las pacientes con aborto u óbito 12 meses previos a la entrevista, y las que tenían menos de 7 años de instrucción.

Procedimientos y técnicas:

Instrumentos

La base de datos incluía información recogida con los siguientes instrumentos:

Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS): Es un instrumento que consta de 10 ítems y evalúa cómo se ha sentido la paciente en los últimos 7 días. Cada ítem se puntúa de 0 a 3 y un puntaje total de 10 o mayor indica sospecha de DPP. Se ha estudiado que, en mujeres dentro del primer año postparto, el puntaje de 13,5 tiene utilidad como punto de corte para el diagnóstico de DPP. Para la base de datos con la cual se trabajó en este estudio, se usó la versión traducida y validada de la EPDS en el Perú (11).

Ficha de evaluación del trastorno disfórico premenstrual: Para la recolección de datos de la base que se utilizó para este estudio, se elaboró una encuesta que incluía las secciones de la Entrevista Clínica Estructurada del DSM IV para evaluar la presencia de síntomas del TDPM, así como su duración y la disfuncionalidad causada por estos.

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID) para antecedente de depresión mayor: Es una herramienta de entrevista estructurada que permite diagnosticar depresión mayor previa en base a los criterios del DSM IV (24).

Variables

Síntomas premenstruales (dicotómicas): cada uno de los 20 síntomas de la ficha de evaluación del TDPM que para ser considerados presentes debían estar al menos durante 5 días previos a la menstruación en 3 ciclos menstruales consecutivos.

Grado de instrucción superior (dicotómica): más de 11 años de instrucción.

Presencia de pareja (dicotómica): si las participantes eran casadas o convivientes.

Abortos (dicotómica): antecedente previo de uno o más abortos.

Multigesta (dicotómica): participantes con 2 gestaciones o más.

EPDS (numérica): sumatoria de los puntajes de los 10 ítems de la EPDS.

Antecedente de depresión mayor (dicotómica): resultado del módulo correspondiente del SCID.

Edad (numérica): edad cronológica del paciente.

Análisis de datos

Se describieron las variables dicotómicas mediante frecuencias; y las numéricas continuas (EPDS y edad), a través de las medidas de tendencia central y de dispersión.

Para la evaluación de la relación entre la EPDS (variable dependiente) y sus posibles variables predictoras se utilizó regresión lineal heterocedástica, tanto para el análisis bivariado, como para el multivariado.

Mediante un análisis bivariado, se determinaron las variables que tenían relación significativa con la EPDS, las cuales fueron seleccionadas para el análisis multivariado; dicho análisis incluyó también a la variable edad y la evaluación del ajuste de modelos de regresión en base al criterio de información

Bayesiano (BIC) y al criterio de información de Akaike (AIC).

Se utilizó el programa STATA, versión 17.0.

Aspectos éticos

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética Institucional de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Se contó con la firma de consentimiento informado para la inclusión de las participantes del estudio original del cual se obtuvo la base de datos. Asimismo, se contó con la autorización por parte del autor principal del estudio original para utilizar dicha base de datos. Se respetó la confidencialidad de las participantes pues no fue posible identificarlas.

RESULTADOS

Se estudiaron 321 participantes que se encontraban en el primer año postparto. Su edad promedio fue de 25 años (DE=5,44). En cuanto a la formación académica, el 20,87% (67/321) contaban con educación superior. Por otro lado, el 87,5% (280/321) tenían pareja. Con respecto a antecedentes de importancia, el 41,74% (134/321) eran multigestas, el 15,89% (51/321) refería haber presentado un aborto previo; y el 17,45% (56/321) registraba antecedente de depresión mayor.

La EPDS tuvo un puntaje promedio de 10,59 (DE=4,49), percentil 25 de 8, percentil 50 de 11 y percentil 75 de 13. Su distribución se aprecia en el gráfico 1.

La Tabla-1 muestra el análisis bivariado entre el puntaje de la EPDS y posibles variables relacionadas tales como los síntomas del TDPM. Aquí se logró identificar a dos variables del TDPM que se relacionaban significativamente a un mayor puntaje en la EPDS: la cefalea y la sensación de agobio. De igual forma, se encontró relación entre los puntajes de

la EPDS y la presencia de pareja, el antecedente de aborto y de depresión. Por otro lado, se vio un mayor aumento del puntaje en la EPDS con los síntomas de cefalea (coeficiente = 3,26) y sensación de agobio (coeficiente = 4,95), en comparación con el TDPM (coeficiente = 2,52).

La Tabla-2 muestra los resultados del análisis multivariado. En base al BIC y AIC se lograron incluir 6 modelos en el análisis multivariado, utilizando las variables con mayor significancia estadística para predecir puntajes más altos en la EPDS. El modelo 1, incluyó los síntomas premenstruales de sensación de agobio (coeficiente=4,30; p=0,011) y cefalea (coeficiente=2,87; p=0,006), con los cuales se obtuvo los valores de base del BIC (1874,93) y AIC (1859,85). El modelo 2, sólo incluyó al TDPM de manera global, disminuyendo la capacidad para predecir los puntajes de EPDS y aumentando el AIC. En los modelos 3 y 4, se evidencia disminución del BIC y AIC con respecto a los valores de base, mientras que en el modelo 5 hay un leve aumento del BIC y el AIC continúa disminuyendo. El modelo 6 que incluyó las variables: sensación de agobio, cefalea, antecedente de depresión mayor, presencia de pareja, antecedente de aborto y edad, fue el que mejor modelo que predijo los puntajes de la EPDS, con un BIC de 1870,48 y un AIC de 1840,36, siendo la sensación de agobio (coeficiente=3,06; p=0,067) y la cefalea (coeficiente=2,61; p=0,010), las variables con mayor relación; también se observa que una menor edad predice mayores puntajes de DPP.

Por otro lado, se evidencia que al incluir la variable de antecedente de depresión mayor, en los modelos 3, 4 y 6, la variable de sensación de agobio pierde la asociación (p>0,05) con el puntaje de la EPDS.

El análisis de regresión heterocedástica, así como el uso de los criterios de información también se realizó para el resto de síntomas del TDPM, sin embargo, no se halló una relación significativa, por lo cual el resto de variables no han sido incluidas en la tabla 2.

Gráfico 1: Distribución de los niveles de DPP según la EPDS

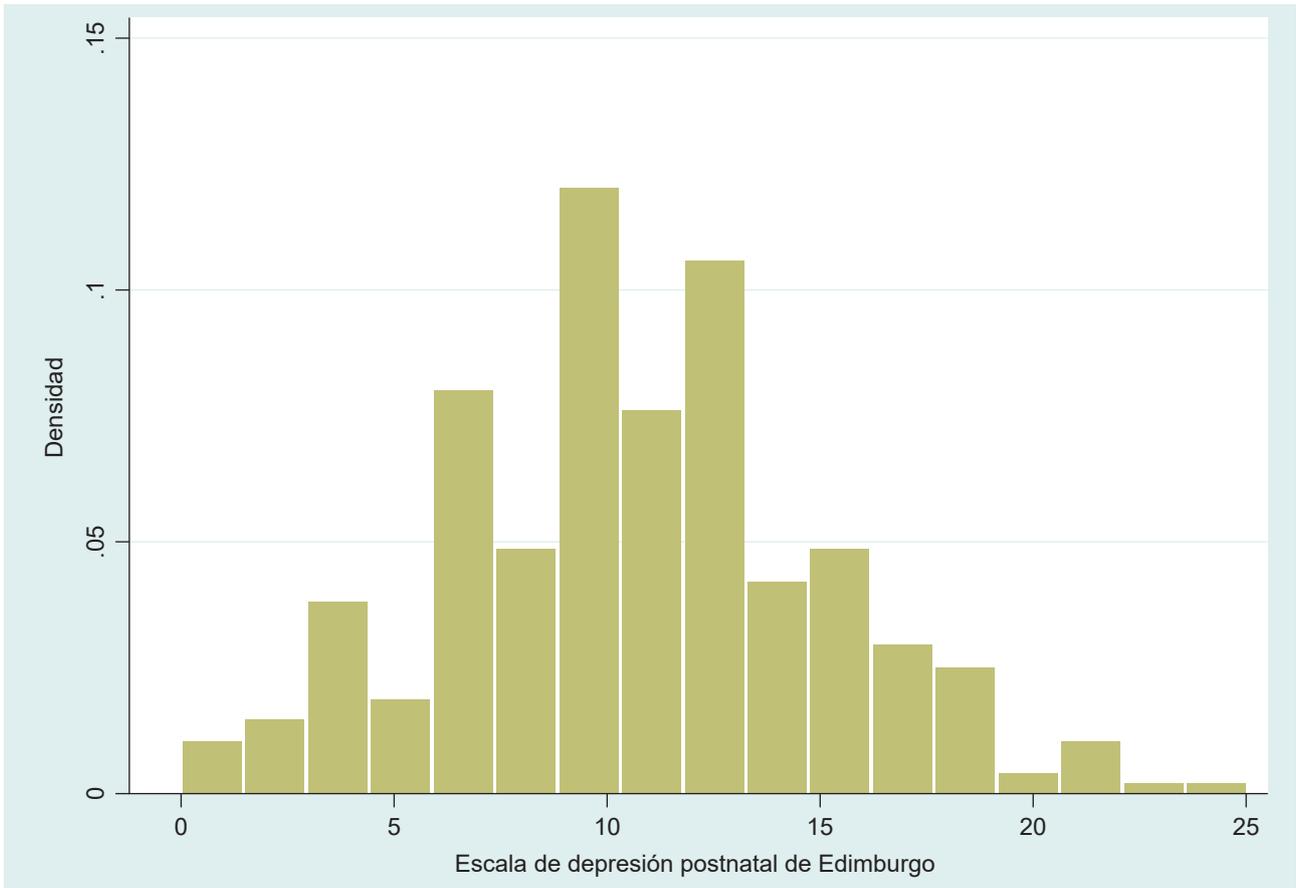


Tabla 1. Análisis bivariado realizado mediante regresión lineal heterocedástica, que muestra la relación de los síntomas del TDPM y otras variables con el puntaje de la EPDS.

	Coefficiente	IC (95%)	P
Edad	-0,0693	-0,1593 , 0,0207	0,131
Grado de instrucción superior	-0,8950	-2,0989 , 0,3089	0,145
Presencia de pareja	1,5393	0,0607 , 3,0179	0,041
Antecedente de abortos	1,4447	0,1112 , 2,7782	0,034
Multigesta	-0,2549	-1,2499 , 0,7402	0,616
Antecedente de depresión mayor	2,4232	1,1572 , 3,6893	<0,001
Síntomas premenstruales			
1. Ánimo deprimido	0,4704	-1,3268 , 2,2676	0,608
2. Ansiedad	1,907	-0,2164 , 4,0305	0,078
3. Labilidad afectiva	1,1711	-1,3119 , 3,6541	0,355
4. Irritabilidad	-0,2219	-2,2511 , 1,8073	0,830
5. Disminución del interés	1,7915	-0,6911 , 4,2740	0,157
6. Problemas de concentración	1,6285	-1,9859 , 5,2428	0,377
7. Fatiga	2,0115	-0,2335 , 4,2564	0,079
8a. Disminución del apetito	1,6093	-1,7417 , 4,9603	0,347
8b. Aumento del apetito	1,7949	-1,1723 , 4,7620	0,236
8c. Deseo por ciertos alimentos	1,2502	-1,5721 , 4,0724	0,385

Tabla 1. Análisis bivariado realizado mediante regresión lineal heterocedástica, que muestra la relación de los síntomas del TDPM y otras variables con el puntaje de la EPDS.

	Coefficiente	IC (95%)	P
8d. Deseo por carbohidratos	1,3376	-1,6324 , 4,3077	0,377
9a. Insomnio de conciliación	1,9434	-4,2813 , 8,1681	0,541
9b. Insomnio de mantenimiento	0,2948	-3,0607 , 3,6504	0,863
9c. Hipersomnias	2,6730	-1,2740 , 6,6200	0,184
10. Sensación de agobio	4,9477	1,6305 , 8,2649	0,003
11a. Hinchazón o dolor de mamas	0,4415	-1,5008 , 2,3837	0,656
11b. Cefalea	3,2562	1,2100 , 5,3023	0,002
11c. Mialgias o artralgias	1,9092	-1,0572 , 4,8755	0,207
11d. Distensión abdominal	1,1769	-0,5871 , 2,9408	0,191
11e. Ganancia de peso	-1,8334	-4,5244 , 0,8575	0,182
Trastorno disfórico premenstrual	2,5156	1,1009 , 3,9304	<0,001

Tabla 2. Modelos predictivos de la EPDS a partir de síntomas premenstruales y otras variables, en base a análisis multivariado mediante regresión lineal heterocedástica.

MODELO	Coefficiente	IC (95%)	P	BIC	AIC
Modelo 1					
10. Sensación de agobio	4,3033	0,9965 , 7,6101	0,011	1874,93	1859,85
11b. Cefalea	2,8747	0,8279 , 4,9214	0,006		
Modelo 2					
Trastorno disfórico premenstrual	2,5156	1,1009 , 3,9303	<0,001	1868,85	1880,16
Modelo 3					
10. Sensación de agobio	3,2320	-0,0938 , 6,5579	0,057	1871,06	1852,22
11b. Cefalea	2,6657	0,6453 , 4,6861	0,010		
Antecedente de depresión mayor	2,0307	0,7580 , 3,3034	0,002		
Modelo 4					
10. Sensación de agobio	3,2104	-0,0918 , 6,5127	0,057	1866,50	1843,91
11b. Cefalea	2,6092	0,6025 , 4,6159	0,011		
Antecedente de depresión mayor	2,1367	0,8691 , 3,4042	0,001		
Pareja	1,6816	0,2613 , 3,1019	0,020		
Modelo 5					
10. Sensación de agobio	3,2984	0,0086 , 6,5883	0,049	1869,55	1843,19
11b. Cefalea	2,5595	0,5606 , 4,5585	0,012		
Antecedente de depresión mayor	2,0204	0,7507 , 3,2901	0,002		
Pareja	1,5068	0,0774 , 2,9362	0,039		
Aborto	1,1003	-0,2049 , 2,4056	0,098		
Modelo 6					
10. Sensación de agobio	3,0598	-0,2121 , 6,3317	0,067	1870,48	1840,36
11b. Cefalea	2,6103	0,6259 , 4,5947	0,010		
Antecedente de depresión mayor	2,0146	0,7545 , 3,2747	0,002		
Pareja	1,7717	0,3338 , 3,2097	0,016		
Aborto	1,3555	0,0404 , 2,6705	0,043		
Edad	-0,0993	-0,1875 , -0,0111	0,027		

BIC: Criterio de información Bayesiano; AIC: Criterio de información de Akaike

DISCUSIÓN

Aunque la relación entre el SPM y la DPP ha sido ampliamente evaluada (4, 16-18), hasta donde tenemos conocimiento, éste es el primer estudio que investiga la relación entre los síntomas individuales del TDPM y la DPP. En el análisis bivariado se encontró que la cefalea (coeficiente=3,26) y la sensación de agobio (coeficiente=4,95) se asocian a un mayor puntaje de la EPDS, lo cual se confirmó en el análisis multivariado. Cabe resaltar que con sólo dichos dos síntomas del TDPM, se puede obtener más información para predecir los puntajes de la EPDS que a partir del diagnóstico completo de TDPM (que incluye a sus 20 síntomas).

Si bien estos hallazgos resaltan la importancia de la cefalea y la sensación de agobio como síntomas individuales del TDPM para predecir la DPP, estos no serían los más vinculados a la etapa perimenstrual. Un estudio realizado en Norteamérica, halló que la distensión abdominal (tamaño de efecto=1,33) y los cambios de humor (tamaño de efecto=1,16), están más asociados a los días perimenstruales que al resto del ciclo, en comparación con la sensación de agobio (tamaño de efecto=0,84) y la cefalea (tamaño de efecto=0,63) (25). Por otro lado, en el Perú, se ha hallado que los síntomas más frecuentes son la distensión abdominal (prevalencia=52,3%), dentro de los físicos; y la irritabilidad (prevalencia=39,2%), dentro de los emocionales. La cefalea es el segundo síntoma más frecuente (prevalencia=38,4%), la sensación de agobio es el segundo menos frecuente (prevalencia=14,5%) (15).

El modelo 6, que incluye las variables sensación de agobio, cefalea, antecedente de depresión mayor, presencia de pareja, aborto y edad, fue el que mejor predijo el puntaje de la EPDS obteniendo el menor AIC de los modelos. En este modelo, la variable de ajuste que mayor efecto tuvo fue el antecedente de depresión mayor (coeficiente=2,01). Estudios previos, han demostrado que la presencia de antecedentes psiquiátricos es el principal factor de riesgo para DPP, siendo éste hasta 20 veces más alto en pacientes con depresión mayor antes de su primer parto (26). Asimismo, al incluir dicho antecedente en el análisis, se pierde la significancia ($p>0,05$) de la sensación de agobio. Esto podría deberse a que la depresión mayor es un factor relacionado al TDPM, y un predictor de severidad del mismo, generando que los síntomas individuales del TDPM cobren menos importancia para predecir el aumento de puntaje de la EPDS

cuando se les considera en el mismo modelo (27). Sumado a esto, se ha hallado que ciertas mujeres con depresión mayor, presentan exacerbaciones premenstruales de sus síntomas, sin ser parte de un TDPM. Esto podría haberse presentado en la muestra de estudio, planteándose que la sensación de agobio sería parte del cuadro depresivo más que del TDPM (28). Si bien este síntoma no se encuentra dentro de los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor, sí se relaciona a la ansiedad generalizada, un trastorno muy asociado a depresión mayor (29).

El siguiente factor encontrado, que predice DPP, es la presencia de pareja. Se ha vinculado la DPP con las relaciones maritales; hallándose que tener una pobre relación de pareja y poco apoyo social tienen asociación moderada a fuerte con DPP, mientras que ser soltera tiene asociación más leve (30). Otro estudio, ha hallado que las pacientes solteras tienen un riesgo similar de DPP que las que tienen pareja, cuando se tiene en cuenta la calidad de la relación (31). Añadido a esto, en un metaanálisis se encontró a la falta de apoyo de la pareja como principal factor de riesgo de DPP en mujeres latinas y otro factor relevante fue la violencia reciente por parte de la pareja (32). Según la presente investigación, de las mujeres evaluadas, las que tenían pareja presentaban 1,54 puntos más en la EPDS en comparación con las que estaban solteras, por lo que se encuentra dentro de los factores de riesgo. Esto podría estar relacionado a que, en la población estudiada, las relaciones de pareja no necesariamente conllevan a apoyo social adecuado para la crianza del niño. Por ende, sería importante evaluar otros factores, como paternidad no deseada, la falta de satisfacción marital, pobre apoyo de la pareja y la posibilidad de violencia doméstica, que expliquen el aumento del riesgo de DPP.

La edad es otra variable que predice la DPP. Una cohorte realizada en Suecia halló que la relación entre la edad y la DPP dependía del antecedente de depresión; siendo que, para mujeres con historial de depresión, las que se encontraban entre 15 y 24 años tenían menor riesgo y las que tenían 30-39, tenían un riesgo mayor. Mientras que las mujeres que no tenían dicho antecedente y se encontraban entre 15-24 y mayores de 35 tenían mayor riesgo de presentar DPP (26). Otros estudios han demostrado que la edad menor de 24 años se relaciona a la DPP (20) o al desarrollo de síntomas depresivos en el periodo postparto (33). Aunque, estudios demuestran que una mayor edad aumenta el riesgo de DPP (34). En contraste con estos estudios, en el análisis bivariado no se encontró

relación con la edad ($p=0,131$), sin embargo, en el modelo 6 se encontró que a menor edad, mayor puntaje en la EPDS, lo cual podría deberse a la menor experiencia y madurez de las madres.

Finalmente, el antecedente de aborto fue otra de las variables predictoras de DPP, lo cual ya se ha documentado previamente. En un estudio se encontró que el 50% de pacientes con abortos previos desarrollaban depresión durante el primer año postparto (35); mientras otro trabajo realizado a nivel nacional halló que el antecedente de aborto aumentaba 3 veces el riesgo de DPP (19). Esto podría deberse a que dicho antecedente representa un evento traumático que predispone a depresión durante la etapa postparto.

La relevancia de estos hallazgos radica en que es posible valorar el riesgo de DPP con sólo dos síntomas premenstruales (cefalea y agobio) sin la necesidad del diagnóstico de TDPM, el cual requiere realizar mayor cantidad de preguntas, por ende más tiempo de evaluación. Sin embargo, es necesario continuar realizando investigaciones que puedan corroborar la capacidad predictiva de estas dos variables para DPP. Si es que estos resultados son reproducibles, podrían ser utilizados en la práctica clínica dentro de la evaluación de las gestantes.

Una limitación de este estudio es que la información sobre TDPM fue recolectada de manera retrospectiva, muchas veces teniendo que referirse a los ciclos menstruales previos al embarazo lo cual podría llevar a un sesgo de memoria. Asimismo, es posible que el nivel de DPP y otras variables afecten el recuerdo de los síntomas premenstruales. Sumado a esto, al ser un estudio secundario, en la base de datos no se incluyó a adolescentes y otros factores relevantes no pudieron ser evaluados, como el tipo de aborto (espontáneo o provocado), la vía de parto, el antecedente de cefalea tensional o migraña y el uso de métodos anticonceptivos hormonales antes y después del parto.

Otra de las limitaciones encontradas en el estudio fue que la base de datos utilizada, contenía información que fue recolectada en 1997. Si bien, durante el transcurso de los años la prevalencia de las patologías y las definiciones de SPM, TDPM y DPP pudieron cambiar, las relaciones entre las variables estudiadas no tendrían que hacerlo porque se trata de los síntomas premenstruales individuales y del nivel de DPP medido a través de la EPDS que es una escala vigente actualmente. Asimismo, el utilizar datos ya

recolectados para explorar posibles relaciones entre variables no estudiadas previamente permite obtener información nueva sin una inversión mayor de recursos.

Como no es posible generalizar los resultados a la población peruana actual, consideramos relevante que se puedan realizar investigaciones prospectivas que evalúen la presencia o ausencia de síntomas premenstruales desde la etapa pregestacional y que los relacionen con la aparición de DPP; y asimismo, que consideren otras variables de ajuste como trastornos psiquiátricos (ansiedad), uso de métodos anticonceptivos hormonales, tipo de relación de pareja, satisfacción marital, presencia de violencia doméstica, vía de parto y tipo de aborto.

En conclusión, en la muestra de participantes estudiada, la cefalea y la sensación de agobio son los síntomas del TDPM que se asocian significativamente al grado de DPP medido con la EPDS. Dichos dos síntomas premenstruales combinados se relacionan más con la DPP que el diagnóstico completo de TDPM. Otras variables asociadas a mayores puntajes de DPP fueron: el antecedente de aborto, la edad, el tener pareja y el antecedente de depresión mayor. Sin embargo, se requieren estudios prospectivos para verificar la capacidad predictiva de estas variables.

Fuentes de financiamiento

Autofinanciado.

Declaración de conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Correspondencia:

Flor Tatiana Soledad Gonzales Tello

Dirección: Calle Moisés Valiente 370, Chiclayo, 14011

Correo electrónico: flor.gonzales.t@upch.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACOG Committee Opinion No. 757: Screening for Perinatal Depression. *Obstet Gynecol.* 2018;132(5):e208–12.
2. Asociación americana de Psiquiatría. Guía de los criterios diagnóstico del DSM-5. 5th ed. Arlington; 2015. 110–112 p.
3. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord.* 2006;91(2–3):97–111.

4. Vega Dienstmaier J, Mazzotti G, Stucchi Portocarrero S, Campos M. Prevalencia y factores de riesgo para depresión en mujeres postparto. *Actas Esp Psiquiatr.* 1999;27(5):299–303.
5. Masías Salinas MA, Arias Gallegos WL. Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. *Rev Medica Hered.* 2019;29(4):226.
6. José Urdaneta M, Ana Rivera S, José García I, Mery Guerra V, Nasser Baabel Z ACB. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y múltiparas valoradas por la escala de Edimburgo. *Rev Chil Obs Ginecol.* 2010;75(5):312–20.
7. Cuero-Vidal OL, Díaz-Marín AM. Prevalencia de depresión posparto en el Hospital San Juan de Dios, Cali, Colombia. Septiembre-Diciembre, 2011. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2013;64(4):371–8.
8. Lobato G, Moraes CL, Dias AS, Reichenheim ME. Postpartum depression according to time frames and sub-groups: A survey in primary health care settings in Rio de Janeiro, Brazil. *Arch Womens Ment Health.* 2011;14(3):187–93.
9. Mathisen SE, Glavin K, Lien L, Lagerløv P. Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: A cross-sectional study. *Int J Womens Health.* 2013;5(1):787–93.
10. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150:782–6.
11. Vega Dienstmaier J, Mazzotti G, Campos M. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *Actas Esp Psiquiatr.* 2002;30(2):106–11.
12. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4th ed. Barcelona; 1995. 731–734 p.
13. Direkvand-Moghadam A, Sayehmiri K, Delpisheh A, Satar K. Epidemiology of premenstrual syndrome, a systematic review and meta-analysis study. *J Clin Diagnostic Res.* 2014;8(2):106–9.
14. Wittchen HU, Becker E, Lieb R, Krause P. Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. *Psychol Med.* 2002;32(1):119–32.
15. ACOG Committee Opinion No. 757: Screening for Perinatal Depression. *Obstet Gynecol.* 2018;132(5):e208–12.
16. Alves de Morais E, Marini FC, Cabral ACV. Association between emotional symptoms of premenstrual syndrome and the risk of developing depressive symptoms in the postpartum period. *Rev Médica Minas Gerais.* 2013;23(3):273–5.
17. Sylvén SM, Ekselius L, Sundström-Poromaa I, Skalkidou A. Premenstrual syndrome and dysphoric disorder as risk factors for postpartum depression. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013;92(2):178–84.
18. Lee Y-J, Yi S-W, Ju D-H, Lee S-S, Sohn W-S, Kim I-J. Correlation between postpartum depression and premenstrual dysphoric disorder: Single center study. *Obstet Gynecol Sci.* 2015;58(5):353.
19. Young C, Gutiérrez C. Factores asociados a depresión posparto en puérperas del servicio de obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Tesis para optar por el título de médico cirujano. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
20. Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Postpartum depression: prevalence and associated factors. *Cad Saude Publica.* 2017;33(9):e00094016.
21. Rapkin AJ, Mikacich JA, Moatakef-Imani B, Rasgon N. The clinical nature and formal diagnosis of premenstrual, postpartum, and perimenopausal affective disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2002;4(6):419–28.
22. González G, Moraes M, Sosa C, Umpierrez E, Duarte M, Cal J, et al. Depresión materna postnatal y su repercusión en el neurodesarrollo infantil: Estudio de cohorte. *Rev Chil Pediatr.* 2017;88(3):360–6.
23. Vliengen N, Casalin S, Luyten P. The course of postpartum depression: a review of longitudinal studies. *Harv Rev Psychiatry.* 2014;22(1):1–22.
24. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV Axis I Disorders: Scid-1 clinician version. 1st ed. Amer Psychiatric Pub Inc; 1997.
25. Hartlage SA, Freels S, Gotman N. Criteria for Premenstrual Dysphoric Disorder: Secondary Analyses of Relevant Data Sets. *Arch Gen Psychiatry.* 2012;69(3):300.
26. Silverman ME, Reichenberg A, Savitz DA, Cnattingius S, Lichtenstein P, Hultman CM, et al. The Risk Factors for Postpartum Depression: A Population Based Study. *Depress Anxiety.* 2017;34(2):178–87.
27. Padhy SK, Sarkar S, Beherre P, Rath R, Panigrahi M, Patil P. Relationship of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder with major depression: Relevance to clinical practice. *Indian J Psychol Med.* 2015;37(2):159–64.
28. Kuehner C, Nayman S. Premenstrual Exacerbations of Mood Disorders: Findings and Knowledge Gaps. *Curr Psychiatry Rep.* 2021;23(11).
29. Wittchen H-U, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R Generalized Anxiety Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen.* 1994;51(5):355–64. doi:10.1001/archpsyc.1994.03950050015002
30. O'Hara MW, Mc Cabe JE. Postpartum depression: Current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol.* 2013;9:379–407.
31. Akincigil A, Munch S, Niemczyk KC. Predictors of maternal depression in the first year postpartum: Marital status and mediating role of relationship quality. *Soc Work Health Care.* 2010;49(3):227–44.

32. Edwards LM, Le HN, Garnier-Villarreal M. A Systematic Review and Meta-Analysis of Risk Factors for Postpartum Depression Among Latinas. *Matern Child Health J.* 2021;25(4):554–64. DOI: 10.1007/s10995-020-03104-0
33. Bradshaw H, Riddle JN, Salimgaraev R, Zhaunova L, Payne JL. Risk factors associated with postpartum depressive symptoms: A multinational study. *J Affect Disord [Internet].* 2022;301(December 2021):345–51. DOI: 10.1016/j.jad.2021.12.121
34. Smorti M, Ponti L, Pancetti F. A Comprehensive Analysis of Post-partum Depression Risk Factors: The Role of Socio-Demographic, Individual, Relational, and Delivery Characteristics. *Front Public Heal.* 2019;7:1–10.
35. Giannandrea SAM, Cerulli C, Anson E, Chaudron LH. Increased risk for postpartum psychiatric disorders among women with past pregnancy loss. *J Women's Heal.* 2013;22(9):760–8.

Recibido: 17/10/2022

Aceptado: 30/11/2022