



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

**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**

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

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL
TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

AUTORES:

**MARIANA JARAMILLO DE LA RIVA AGÜERO
FLOR TATIANA SOLEDAD GONZALES TELLO**

ASESOR:

DR. JOHANN MARTÍN VEGA DIENSTMAIER

LIMA – PERÚ

2022

JURADO

Presidente: Dra. Silvana Virginia Sarabia Arce
Vocal: Dra. Monica Lourdes Flores Noriega
Secretario: Dr. Jorge Martin Arevalo Flores

Fecha de Sustentación: 23 de septiembre de 2022

Calificación: Aprobado

ASESOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

ASESOR

Dr. Johann Martín Vega Dienstmaier

Departamento Académico de Clínicas Médicas de la Facultad de Medicina

ORCID: 0000-0002-5686-4014

DEDICATORIA

Esta investigación está dedicada a nuestras familias, por su constante soporte y apoyo durante estos largos 7 años y que, aunque algunos no estén más con nosotros, siempre nos han alentado a seguir creciendo y aprendiendo.

A los médicos residentes de psiquiatría quienes durante nuestra etapa de externas nos ayudaron a explorar el camino del estudio de la mente, pudiendo encontrar en la psiquiatría un interesante campo de investigación.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Dr. Vega y al Dr. Cruzado, quienes fueron nuestros maestros en nuestra etapa de alumnas, por haber sido nuestros primeros mentores en el mundo de la investigación en psiquiatría, brindándonos las herramientas y el conocimiento necesario para apoyarnos a leer, aprender y redactar nuestros proyectos.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El proyecto de investigación no recibió financiamiento de ninguna institución, por lo que fue autofinanciado.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

No se declaran conflictos de interés.

TABLA DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	5
III. MATERIALES Y MÉTODOS	6
IV. RESULTADOS	9
V. DISCUSIÓN	11
VI. CONCLUSIONES	17
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18
VIII. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS	24
ANEXOS	

RESUMEN

Antecedentes: La depresión postparto (DPP) y el trastorno disfórico premenstrual (TDPM) afectan frecuentemente la funcionalidad de la mujer; su asociación ha sido previamente demostrada, sin embargo, no se ha estudiado la relación entre cada síntoma del TDPM y la DPP. **Objetivos:** Evaluar la relación entre cada síntoma del TDPM y los niveles de DPP. **Metodología:** 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 Edimburgo (EPDS). Se realizó un análisis bivariado para determinar las variables relacionadas significativamente con los puntajes de la EPDS y, posteriormente uno multivariado, para hallar el mejor modelo predictivo. **Resultados:** De acuerdo al análisis bivariado, la cefalea (coeficiente=3,26; $p=0,002$) y la sensación de agobio (coeficiente=4,95; $p=0,003$) se asocian 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 síntomas individuales de cefalea y sensación de agobio se relacionan significativamente a los puntajes de la EPDS, lo cual podría utilizarse para formular encuestas de tamizaje en gestantes, considerando además factores de riesgo como antecedente de depresión, antecedente de aborto y edad. **Palabras clave:** Síndrome Premenstrual, Depresión Posparto.

ABSTRACT

Background: Postpartum depression (PPD) and premenstrual dysphoric disorder (PMDD) frequently affect women's functionality; its association has been previously demonstrated, however, the relationship between each symptom of PMDD and PPD has not been studied. **Objective:** To evaluate the relationship between each symptom of PMDD and the levels of PPD. **Methods:** A secondary analysis of a database of 321 women evaluated cross-sectionally in the first year postpartum 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 was performed to determine the variables significantly related to the EPDS scores and, subsequently, a multivariate analysis to find 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 PDDS (coefficient=2,52; p<0,001) as a single variable. Other associated variables were: history of 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 individual symptoms of headache and feeling overwhelmed 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 history of depression, history of abortion and age.

Key words: Premenstrual syndrome, Postpartum depression.

I. INTRODUCCIÓN

La DPP es una patología frecuente del puerperio, sin embargo, la prevalencia mundial es muy variable dependiendo de los países estudiados, encontrándose valores desde 0 a 60% en una revisión sistemática (1). En Latinoamérica, se han encontrado las siguientes prevalencias: 22% en Chile (2); 46,3% en Colombia (3); 24,3% en Brasil (4); y 37,2% en Argentina (5). En Perú, en 1999, se encontró una prevalencia de 5,92% en un estudio realizado en un hospital de Lima (6), mientras que en Arequipa, se encontraron síntomas depresivos en un 45% de las gestantes (7). Cabe resaltar que el antecedente de síndrome premenstrual (SPM) se ha asociado a la depresión en el puerperio (6). Este trastorno tiene una prevalencia mundial de 47,8% (8), sin embargo, esta varía. En Francia se ha encontrado una prevalencia de 12% (9), y en Brasil, de 60% (10). Con respecto al TDPM, en Múnich se encontró una prevalencia de 5,8% (11), por otro lado, en Perú, la prevalencia fue de 12,5% (12).

La DPP implica síntomas típicos de depresión mayor, tales como ánimo deprimido, pérdida del interés, alteraciones del apetito y del sueño, ideas de inutilidad o culpa, alteración de la concentración, y en casos más graves, ideación suicida. El DSM-5 lo categoriza como una depresión mayor de inicio en el periparto, es decir que se inicia durante el embarazo o en el primer mes posparto (13). Sin embargo, se han encontrado picos de prevalencia de DPP en el sexto mes del posparto (14). Por otro lado, de acuerdo a The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), se define como depresión perinatal a los episodios que se presentan en los

primeros 12 meses después del parto (15). Para la detección de DPP se puede utilizar la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), la cual explora los siguientes ítems: optimismo, capacidad de disfrute, culpabilidad, preocupación, pánico, capacidad de afrontar problemas, dificultad para dormir, tristeza, tendencia al llanto e ideas de autoagresión (16). Un estudio realizado en el Perú evaluó la capacidad de este instrumento para identificar depresión mayor en mujeres dentro del primer año post parto, obteniendo una sensibilidad de 84,21% y una especificidad de 79,47% utilizando 13,5 como punto de corte (17).

El SPM, se define como la presencia de síntomas tanto físicos (distensión abdominal, sensibilidad o dolor en las mamas, cefalea, mialgias o artralgias, edema de extremidades y alteración del peso) como emocionales (irritabilidad, ansiedad, ánimo deprimido, confusión, aislamiento social e ira) en la fase lútea del ciclo menstrual, los cuales desaparecen al final de la menstruación (18). De acuerdo al ACOG (19), los síntomas deben estar presentes 5 días antes de la menstruación, en los últimos 3 meses 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 (ánimo depresivo, labilidad emocional, ansiedad o irritabilidad) además de síntomas físicos o somáticos, siendo necesario que estén presentes al menos cinco en total (entre físicos y psíquicos) y que causen malestar significativo con alteración en actividades sociales, laborales o académicas (13,20).

El riesgo incrementado de desarrollar DPP en pacientes con antecedente de SPM o TDPM se ha evidenciado en múltiples estudios. En el 2018, en Brasil se encontró

que la presencia de síntomas emocionales previos a la menstruación aumentaba 3 veces el riesgo de desarrollar DPP (21). Por otro lado, en un estudio realizado en Suecia, se halló que en pacientes multíparas, el antecedente de SPM y TDPM aumentaba el riesgo de DPP en el periodo comprendido entre 5 días después del parto y 6 semanas después de este (22). Asimismo, en Corea, se encontró que la prevalencia de SPM en pacientes con depresión posparto era de 34,8%, mientras que en pacientes sin DPP, esta era de 4,9% (23). Más aún, en Perú se ha demostrado que el TDPM es un factor relacionado a DPP (6). Otras variables relacionadas según estudios realizados en Latinoamérica incluyen: el bajo nivel educativo, poco apoyo de la pareja, multiparidad, complicaciones ginecoobstétricas y no dar lactancia materna exclusiva (4,5,7); y específicamente en Perú, el antecedente de depresión, la ausencia de pareja, gestaciones previas, abortos previos, violencia doméstica y controles prenatales incompletos (24). Asimismo, se ha descrito una asociación de la DPP con la tristeza en el último trimestre de gestación, edad menor de 24 años, multiparidad y antecedente familiar de depresión (25).

La DPP comprende un problema de salud pública que requiere intervenciones para prevenirla, tratarla a tiempo y manejar las consecuencias que esta trae. Es importante considerar que esta patología puede ser de difícil detección, ya que las pacientes no suelen comentar sobre sus emociones en una consulta médica (26). La DPP tiene repercusiones en el vínculo madre-hijo y el desarrollo infantil, principalmente en las capacidades sociales y de lenguaje (27). Asimismo, un 30 a 50% de mujeres con DPP persisten con depresión después del primer año después

del parto, el cual es un período de trascendental importancia en el neurodesarrollo infantil (28).

Teniendo en cuenta que el Perú tiene una alta tasa de embarazo adolescente de entre 13 a 17% dependiendo de la región, que las gestantes en la sierra y selva tienen altos índices de pobreza y que 62,4% de mujeres gestantes de la costa, 62,1% de la sierra y 59,4% de la selva no planificaron su gestación entre los años 2014 y 2018 (29), es razonable llegar a la conclusión de que las gestantes peruanas se encuentran en riesgo de desarrollar DPP. Por este motivo y por la relación ya estudiada entre el TDPM y la DPP, es de relevancia el estudio de los síntomas específicos del TDPM que puedan verse relacionados con los puntajes de la EPDS, lo cual no se ha investigado previamente. Conociendo específicamente los síntomas premenstruales que se asocian a DPP se podría facilitar la identificación de las mujeres en riesgo de este trastorno para hacerles un seguimiento cercano que permita una detección temprana de la depresión y con ello disminuir el impacto que ésta genera en el funcionamiento materno y el desarrollo de los neonatos.

II. OBJETIVOS

Objetivo general:

Evaluar la relación entre cada síntoma individual de trastorno disfórico premenstrual y los niveles de depresión postparto, medidos por medio del puntaje de la EPDS.

Objetivos específicos:

1. Explorar la relación entre los síntomas del TDPM y el puntaje de la EPDS mediante análisis bivariado.
2. Hallar el mejor modelo predictivo para los puntajes de la EPDS, en base a los síntomas premenstruales y otras variables demográficas y clínicas (análisis multivariado).

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño

Se realizó un análisis secundario de una base de datos procedente de un estudio de corte transversal sobre depresión postparto (12).

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.

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 (17) (Anexo 2).

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 (Anexo 1).

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 (30).

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.

IV. 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. Asimismo, también 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 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; asimismo 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.

V. DISCUSIÓN

Aunque la relación entre el SPM y la DPP ha sido ampliamente evaluada (6, 21-23), 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 las molestias del TDPM que se asocian a un mayor puntaje de la EPDS son la cefalea (coeficiente=3,26) y la sensación de agobio (coeficiente=4,95). Estos hallazgos se confirman en el análisis multivariado. Es relevante indicar que con sólo dos de los síntomas del TDPM (cefalea y sensación de agobio) se puede obtener más información para predecir los puntajes de la EPDS, que a partir del diagnóstico completo de TDPM (que incluye la evaluación de 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 el nivel de DPP, estos no serían los más prevalentes. 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, y mientras que la cefalea es el segundo síntoma más frecuente (prevalencia=38,4%), la sensación de agobio es el segundo menos frecuente (prevalencia=14,5%) (12). Por otro lado, analizando la presentación de estos síntomas durante el ciclo menstrual, 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 más aún que con la cefalea (tamaño de efecto=0,63) (31). Estos resultados implican que los síntomas más frecuentes y relacionados a los días perimenstruales no son aquellos que tienen mayor impacto en la EPDS.

Otro hallazgo relevante es que 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 predice el puntaje de la EPDS considerando que tuvo el menor AIC de todos los modelos (1840,35). En este modelo, la variable de ajuste que mayor efecto tuvo fue el antecedente de depresión mayor (coeficiente=2,01). Esto se ve reforzado por estudios realizados previamente, que han demostrado que la presencia de antecedentes psiquiátricos son el principal factor de riesgo para depresión postparto, siendo el riesgo de DPP hasta 20 veces mayor en pacientes con antecedente de depresión mayor antes de su primer parto (32). Asimismo, es interesante que cuando se incluye el antecedente de depresión mayor en el análisis, se pierde la significancia ($p > 0,05$) de la variable sensación de agobio. Esto podría deberse a que la depresión mayor es un factor relacionado al TDPM, así como un predictor de severidad del mismo, generando que ciertos síntomas individuales del TDPM cobren menos importancia para predecir el aumento de puntaje de la EPDS, cuando se les considera en el mismo modelo (33). Sumado a esto, se ha hallado que ciertas mujeres con depresión mayor, presentan exacerbaciones premenstruales de sus síntomas, que no forman parte de un TDPM. Esto podría haberse presentado en un grupo de nuestra muestra de estudio, planteándose que la sensación de agobio sería parte del cuadro depresivo más que un síntoma propio del TDPM (34). Es

necesario mencionar que, si bien este síntoma no se encuentra dentro de los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor, sin embargo sí está relacionado con la ansiedad generalizada, un trastorno muy asociado a depresión mayor (35).

El siguiente factor que predice DPP, de acuerdo al estudio, es la presencia de pareja. Estudios anteriores han identificado asociación de la DPP con las relaciones maritales; se ha hallado que tener una pobre relación de pareja y poco apoyo social son factores que tienen asociación moderada a fuerte con DPP, mientras que ser soltera tiene asociación más leve (36). 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 (37). 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 como otro factor relevante a la violencia reciente por parte de la pareja (38). Lo obtenido en la presente investigación muestra que 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. En una cohorte realizada en Suecia, se halló que la relación entre la edad y la DPP dependía de la presencia 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 (32). Asimismo, otros estudios han demostrado que la edad menor de 24 años se relaciona a la DPP (25) o al desarrollo de síntomas depresivos en el periodo postparto (39). Por otro lado, otros estudios demuestran que una mayor edad aumenta el riesgo de DPP (40). En contraste con estos estudios, en el análisis bivariado realizado 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 a edades menores.

Finalmente, el antecedente de aborto fue otra de las variables predictoras de DPP según el modelo 6, 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 (41). Asimismo, otro trabajo realizado a nivel nacional halló que el antecedente de aborto aumentaba 3 veces el riesgo de DPP (24). 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 de establecer el diagnóstico de TDPM, lo cual requeriría realizar una serie más extensa de preguntas enfocadas en diversos síntomas, lo que implicaría un mayor tiempo de

evaluación. Sin embargo, es necesario continuar realizando investigaciones en el futuro 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.

Si bien la relación entre el TDPM y la DPP ha sido ampliamente estudiada, los resultados han sido variables y uno de los motivos son las diferentes definiciones que pueden llevar a confusión entre los síntomas premenstruales, el SPM y el TDPM (42). Debido a que, de acuerdo al DSM IV, en el TDPM deben estar presentes 5 síntomas y causar disfuncionalidad, mientras que el número de días en que se presenten no es determinante, y, considerando que en este análisis se evaluó individualmente cada síntoma, sin poder determinar su impacto en la funcionalidad, se utilizaron los síntomas incluidos en el DSM IV, cuando estaban presentes 5 días antes de la menstruación por, al menos, 3 ciclos menstruales consecutivos, tomando como referencia la guía de la ACOG (18).

Una limitación de este estudio es que la información sobre síntomas premenstruales 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. Es posible que el nivel de DPP afecte el recuerdo de los síntomas premenstruales así como de otras variables cuya relación ha sido explorada (tales como el antecedente de depresión mayor). Sumado a esto, al ser un estudio secundario, en la base de datos inicial no se incluyó en la población de estudio a adolescentes. Además, algunos factores no pudieron ser evaluados ni explorados como variables

predictoras. Este sería el caso de información relevante como el tipo de aborto (espontáneo o provocado), la vía de parto, antecedente de cefalea tensional o migraña y el uso de métodos anticonceptivos hormonales antes y después del parto.

Debido a que no es posible generalizar los datos a la población peruana actual, consideramos relevante que a futuro se puedan realizar investigaciones que evalúen de manera prospectiva la presencia o ausencia de síntomas premenstruales, desde la etapa pregestacional, y relacionarlos con la aparición de DPP. Además, considerar otros antecedentes médicos dentro de las variables de ajuste como son otros trastornos psiquiátricos (antecedente de ansiedad), uso de métodos anticonceptivos hormonales, evaluar el tipo de relación de pareja, la satisfacción marital, la presencia de violencia doméstica, vía de parto y tipo de aborto.

VI. CONCLUSIONES

En la muestra de participantes del hospital estudiado:

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

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.
2. José Urdaneta M, Ana Rivera S, José García I, Mery Guerra V, Nasser Baabel Z ACB. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. *Rev Chil Obs Ginecol.* 2010;75(5):312–20.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Vega Dienstmaier J, Mazzotti G, Stucchi Portocarrero S, Campos M. Prevalencia y factores de riesgo para depresión en mujeres posparto. *Actas Esp Psiquiatr.* 1999;27(5):299–303.
7. Masías Salinas MA, Arias Gallegos WL. Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. *Rev Medica Hered.* 2019;29(4):226.

8. 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.
9. Potter J, Bouyer J, Trussell J, Moreau C. Premenstrual syndrome prevalence and fluctuation over time: Results from a French population-based survey. *J Women's Heal.* 2009;18(1):31–9.
10. Petta CA, Osis MJD, de Pádua KS, Bahamondes L, Makuch MY. Premenstrual syndrome as reported by Brazilian women. *Int J Gynecol Obstet [Internet].* 2010;108(1):40–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.07.041>
11. 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.
12. Vega Dienstmaier J, Stucchi Portocarrero S, Mazzoti G, Salinas J. Prevalencia de Trastorno Disfórico Premenstrual y síntomas. *Rev Neuropsiquiatr.* 1998;61(1):82–7.
13. Asociación americana de Psiquiatría . Guía de los criterios diagnóstico del DSM-5. 5th ed. Arlington; 2015. 110–112 p.
14. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obs Gynecol.* 2005;106(5 Pt 1):1071–83.
15. ACOG Committee Opinion No. 757: Screening for Perinatal Depression. *Obstet Gynecol.* 2018;132(5):e208–12.

16. 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.
17. Vega Dienstmaier J, Mazzoti 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.
18. Hofmeister S, Bodden S. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *Am Fam Physician*. 2016;94(3):236–40.
19. Lichtmacher A. Guidelines for Women’s Health Care: A Resource Manual. 4th ed. Guidelines for women’s health care. Washington DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2014. 607–608 p.
20. Asociación americana de Psiquiatría. DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4th ed. Barcelona; 1995. 731–734 p.
21. 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.
22. 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.
23. 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.

24. Young Candia, C. and Gutiérrez Villafuerte, C., 2017. 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.
25. Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Postpartum depression: prevalence and associated factors. *Cad Saude Publica*. 2017;33(9):e00094016.
26. 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.
27. 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.
28. Vliegen N, Casalin S, Luyten P. The course of postpartum depression: a review of longitudinal studies. *Harv Rev Psychiatry*. 2014;22(1):1–22.
29. Espinola-Sánchez MA, Racchumí-Vela A, Arango-Ochante P, Minaya-Léon P. Perfil sociodemográfico de gestantes en el Perú según regiones naturales. *Rev Peru Investig Matern Perinat*. 2019;8(2):24–34.
30. 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; 132 p.
31. Hartlage SA, Freels S, Gotman N. Criteria for Premenstrual Dysphoric Disorder: Secondary Analyses of Relevant Data Sets. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(3):300.

32. 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.
33. Padhy SK, Sarkar S, Beherre P, Rathi 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.
34. Kuehner C, Nayman S. Premenstrual Exacerbations of Mood Disorders: Findings and Knowledge Gaps. *Curr Psychiatry Rep*. 2021;23(11).
35. Wittchen H-U, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R Generalized Anxiety Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1994;51(5):355–64. Available from: doi:10.1001/archpsyc.1994.03950050015002
36. O’Hara MW, Mc Cabe JE. Postpartum depression: Current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:379–407.
37. 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.
38. 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* [Internet]. 2021;25(4):554–64. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10995-020-03104-0>
39. 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. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.121>
40. 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(October):1–10.
41. 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.
42. Amiel Castro RT, Pataky EA, Ehlert U. Associations between premenstrual syndrome and postpartum depression: A systematic literature review. *Biol Psychol* [Internet]. 2019;147(October). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2018.10.014>

VIII. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

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

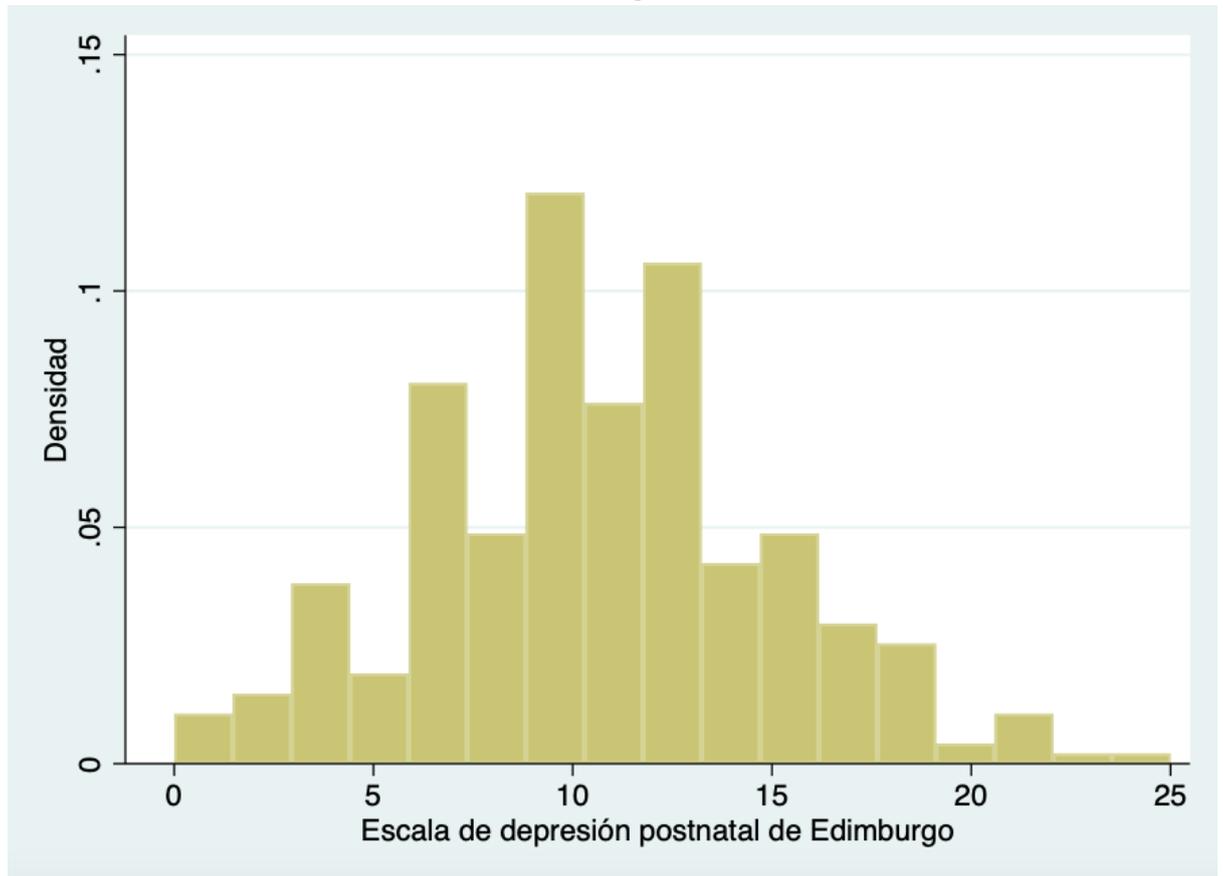


Tabla 1: Análisis bivariado realizado mediante regresión lineal heterocedástica, que muestra la relación de los síntomas del TDPM y otras variables con el puntaje de la EPDS.

	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
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. Hipersomnia	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	1874,927	1859,854
11b. Cefalea	2,8747	0,8279 , 4,9214	0,006		
Modelo 2					
Trastorno disfórico premenstrual	2,5156	1,1009 , 3,9303	<0,001	1868,845	1880,159
Modelo 3					
10. Sensación de agobio	3,2320	-0,0938 , 6,5579	0,057	1871,061	1852,220
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	1866,500	1843,909
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	1869,547	1843,190
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	1870,476	1840,355
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

ANEXOS

Anexo 1: Escala de evaluación de síntomas premenstruales

Evaluación de síntomas premenstruales

Por favor recuerde lo que suele pasar la semana antes de la menstruación:

Para marcar "S" el síntoma debe estar presente los 7 días antes de la menstruación y ausente al menos por 7 días después de la menstruación.

1. ¿Se siente triste, con el ánimo decaído o disgustada con usted misma? 0. No. 1. Sí. ___ días
2. ¿Se siente nerviosa intranquila o tensa.....? 0. No. 1. Sí. ___ días
3. ¿Su ánimo cambia bruscamente pudiendo repentinamente sentirse triste o llorar, o afectarle en forma exagerada la manera cómo los demás lo tratan.....? 0. No. 1. Sí. ___ días
4. ¿Se siente irritable, se molesta o se pelea fácilmente con los demás....? 0. No. 1. Sí. ___ días
5. ¿Pierde interés por sus actividades de todos los días.....? 0. No. 1. Sí. ___ días
6. ¿Tiene problemas para concentrarse.....? 0. No. 1. Sí. ___ días
7. ¿Se cansa con facilidad, le hace falta energía.....? 0. No. 1. Sí. ___ días
8. A. ¿Su apetito disminuye.....? 0. No. 1. Sí. ___ días
B. ¿Come en exceso.....? 0. No. 1. Sí. ___ días
C. ¿Tiene desesperación por comer cierto tipo de alimentos.....? 0. No. 1. Sí. ___ días
D. ¿Desesperación por comer carbohidratos (dulces, galletas, chocolates).....? 0. No. 1. Sí. ___ días
9. A. ¿Tiene dificultad para quedarse dormida.....? 0. No. 1. Sí. ___ días
B. ¿Tiene dificultad para permanecer dormida, se despierta varias veces.....? 0. No. 1. Sí. ___ días
C. ¿Duerme demasiado (> 10 horas/día).....? 0. No. 1. Sí. ___ días
10. ¿Se siente abrumada por las cosas o fuera de control.....? 0. No. 1. Sí. ___ días
11. Otros síntomas físicos:
 - A. ¿Hinchazón o dolor en las mamas.....? 0. No. 1. Sí. ___ días
 - B. ¿Dolor de cabeza.....? 0. No. 1. Sí. ___ días
 - C. ¿Dolor en los músculos o en las articulaciones.....? 0. No. 1. Sí. ___ días
 - D. ¿Se le infla el abdomen.....? 0. No. 1. Sí. ___ días
 - E. ¿Ganancia de peso (la ropa, zapatos o anillos le quedan más ajustados)?.....? 0. No. 1. Sí. ___ días
12. ¿Interfieren estos síntomas en sus actividades diarias de manera importante?.....? 0. No. 1. Sí.
13. ¿Los síntomas han aparecido en la mayoría de los ciclos menstruales...? 0. No. 1. Sí.
14. ¿Desde cuándo presenta estas molestias? ___/___/___
15. ¿Hasta cuándo las ha presentado.....? ___/___/___

Anexo 2: escala de depresión postnatal de Edimburgo

Nos gustaría saber cómo se siente. Su respuesta debe describir de la mejor manera cómo se ha sentido durante la última semana (es decir, durante los 7 días que acaban de transcurrir) y no sólo cómo se ha sentido el día de hoy.

Durante la semana que acaba de transcurrir (los últimos 7 días):

1. ¿Ha podido reír y ver el lado divertido o agradable de las cosas?
 0. Igual que siempre.
 1. No tanto como antes.
 2. Definitivamente menos que antes.
 3. Nunca.
2. ¿Ha visto su futuro con optimismo?
 0. Igual que siempre.
 1. Un poco menos que antes.
 2. Definitivamente menos que antes.
 3. Prácticamente nunca.
3. ¿Se ha sentido culpable sin razón cuando las cosas han salido mal?
 3. Sí, la mayor parte del tiempo.
 2. Sí, a veces.
 1. No muy a menudo.
 0. No, nunca.
4. ¿Se ha sentido nerviosa o preocupada sin alguna buena razón?
 0. No, nunca.
 1. Casi nunca.
 2. Sí, a veces.
 3. Sí, muy frecuentemente.
5. ¿Ha sentido terror o pánico sin un motivo, "de la nada"?
 3. Sí, muy frecuentemente.
 2. Sí, a veces.
 1. No, no muy frecuentemente.
 0. No, nunca.
6. ¿Se ha sentido abrumada por las cosas que le pasan?
 3. Sí, la mayor parte del tiempo me he sentido incapaz de afrontar las cosas.
 2. Sí, a veces no me he sentido tan capaz de afrontar los problemas como antes.
 1. No, yo he podido afrontar la mayor parte de las situaciones.
 0. No, yo me siento tan capaz de afrontar los problemas como siempre.
7. ¿Se ha sentido tan intranquila que ha tenido dificultad para dormir?
 3. Sí, la mayor parte del tiempo.
 2. Sí, a veces.
 1. No muy frecuentemente.
 0. No, nunca.
8. ¿Se ha sentido triste o poco afortunada?
 3. Sí, la mayor parte del tiempo.
 2. Sí, muy a menudo.
 1. No muy a menudo.
 0. No, nunca.
9. ¿Se ha sentido tan triste que ha estado llorando?
 3. Sí, la mayor parte del tiempo.
 2. Sí, muy a menudo.
 1. Sólo a veces.
 0. No, nunca.
10. ¿Ha llegado a pensar en hacerse daño?
 3. Sí, muy frecuentemente.
 2. A veces.
 1. Casi nunca.
 0. Nunca.

Puntaje: _____