

Estructura de la sintomatología depresiva en una muestra de mujeres con menos de un año postparto.

Structure of the depressive symptomatology in a sample of women with less than 1 year postpartum.

Johann M. Vega-Dienstmaier ^{1,a;2,b}

RESUMEN

Objetivos: Explorar la estructura de la sintomatología depresiva en mujeres postparto. **Material y Métodos:** En 321 mujeres que acudieron a un hospital general con menos de 1 año postparto, se exploró, mediante correlaciones tetracóricas y regresiones logísticas, la vinculación entre diversos síntomas depresivos, y entre éstos y el diagnóstico de depresión mayor. **Resultados:** Los síntomas que tuvieron mayor vinculación entre sí y también con el diagnóstico de depresión mayor fueron: fatiga, tristeza, anhedonia, tendencias suicidas, hiporexia, dificultades de concentración, retardo psicomotor, sentimientos de culpa, agitación psicomotriz y pesadez de extremidades. Por otro lado, la hipersomnia y el apetito elevado no se relacionaron con el resto de sintomatología depresiva. **Conclusiones:** Los resultados del estudio sugieren que, en esta muestra de mujeres postparto, la hipersomnia y la elevación del apetito no forman parte del síndrome depresivo; y que los síntomas centrales de la depresión son: fatiga, tristeza y anhedonia, los cuales coinciden con los tres síntomas que la CIE-10 considera fundamentales para el diagnóstico de depresión.

PALABRAS CLAVE: Depresión, sintomatología, postparto.

SUMMARY

Objectives: To explore the structure of the depressive symptomatology in postpartum women. **Material and Methods:** Among 321 women with less than 1 year postpartum assisting to a general hospital, links between diverse depressive symptoms and between them and major depression diagnosis were explored using tetrachoric correlations and logistic regressions. **Results:** The symptoms most linked between them and with the diagnosis of major depression were: fatigue, sadness, anhedonia, suicidal trends, low appetite, concentration problems, psychomotor retardation, guilt, psychomotor agitation and leaden paralysis. On the other hand, hypersomnia and increased appetite did not relate to the rest of the depressive symptoms. **Conclusions:** The findings suggest that in this sample of postpartum women, hypersomnia and increased appetite are not part of depressive syndrome; and that the core symptoms of depression are fatigue, sadness and anhedonia, which coincide with the three major symptoms of depression according to the ICD-10.

KEYWORDS: Depression, symptomatology, postpartum.

¹ Sección de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Servicio de Neuro-Psiquiatría, Hospital Cayetano Heredia. Lima, Perú.

^a Profesor asociado; ^b Psiquiatra.

INTRODUCCIÓN

En la mayoría de las ramas de la Medicina, la clasificación diagnóstica de los problemas de salud se basa en sus mecanismos causales o fisiopatológicos, motivo por el cual nos referimos a ellos como enfermedades; sin embargo, en el caso de la Psiquiatría los mecanismos causales no se conocen con claridad por lo cual se habla de *trastornos mentales* (1,2).

Se ha propuesto que la validez de los diagnósticos psiquiátricos debe basarse en criterios tales como las características demográficas de los pacientes, la agregación familiar, la personalidad premórbida, los factores precipitantes, la descripción de la sintomatología, los exámenes auxiliares, las pruebas psicométricas, la delimitación respecto a otros trastornos mentales, la estabilidad diagnóstica a lo largo del tiempo, el pronóstico y la respuesta al tratamiento (3,4). Sin embargo, la mayoría de estos criterios asumen que los trastornos mentales son entidades discretas con límites claros entre sí, lo cual no se ha confirmado por la evidencia existente hasta el momento; en la práctica, tal enfoque no ha sido muy útil para propósitos de sistemas de clasificación que, hoy en día, se basan principalmente en descripciones sintomatológicas (1).

Por lo tanto, a falta de un conocimiento suficiente de los mecanismos causales de los trastornos mentales, probablemente la mejor estrategia disponible en este momento para entenderlos y clasificarlos es el estudio de su estructura sintomatológica y la identificación de posibles límites diferenciales mediante el uso de los avances en metodología estadística (1).

En tal contexto, un síndrome puede ser definido como un conjunto de síntomas interrelacionados que constituyen una estructura característica que lo diferencia de otros. Sin embargo, algunos autores ponen en duda que los síndromes utilizados en psiquiatría cumplan con este criterio, lo cual estaría relacionado con la gran superposición de síntomas y la alta comorbilidad que se ha encontrado entre los diferentes trastornos mentales descritos en las clasificaciones existentes (5).

La estructura de la sintomatología de los trastornos mentales no ha sido adecuadamente investigada, debido a limitaciones metodológicas y a que los estudios generalmente asumían que los síndromes estaban formados por los síntomas descritos en las clasificaciones actuales; sin embargo, últimamente

se están desarrollando métodos informáticos que permiten analizar gráficamente la vinculación entre los síntomas tal como sucede con el llamado análisis de redes (6,7).

En el caso particular de la depresión, de acuerdo a una revisión sistemática, los estudios realizados hasta el momento no proporcionan una evidencia concluyente de la existencia de dimensiones de síntomas depresivos o de subtipos sintomáticos de depresión, lo cual implica la necesidad de mejorar la metodología para clasificar la depresión y analizar sus dimensiones o que, desde otra perspectiva, simplemente no existen subtipos de depresión (8).

Por lo expuesto, estudiar la estructura de los síntomas psiquiátricos evaluando el grado de vinculación entre ellos es importante para verificar la validez y mejorar la clasificación de los trastornos mentales, en particular de los trastornos afectivos.

El objetivo del presente estudio fue explorar la estructura de la sintomatología depresiva en mujeres con menos de un año postparto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se utilizó una base de datos de un estudio que tuvo como objetivo evaluar la frecuencia y los factores relacionados a la depresión postparto (9), realizado en el Hospital Cayetano Heredia (Lima, Perú) con la autorización del Comité de Ética del mismo y el de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. En el presente trabajo se utilizó información de 321 mujeres cursando el primer año postparto y que, previa firma de un consentimiento informado, habían sido examinadas con la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV, usando específicamente las preguntas relacionadas con la formulación del diagnóstico de depresión mayor y su tipificación como melancólica o atípica. En base a esta evaluación se estableció la presencia o ausencia de depresión mayor y de los siguientes síntomas depresivos:

- 1- Tristeza (ánimo triste o depresivo):** Haberse sentido triste o deprimida, la mayor parte del día, durante casi todos los días.
- 2- Polo matutino:** Si se siente peor por la mañana y el ánimo va mejorando a medida que transcurre el día.
- 3- Falta de reactividad del ánimo:** Si el ánimo de la participante no mejora, ni siquiera temporalmente, a pesar de que algo bueno le haya ocurrido.

- 4- **Sentimiento de depresión cualitativamente distinto:** Si el sentimiento negativo tiene una naturaleza cualitativamente diferente a lo que ocurre cuando la persona se siente triste por una pérdida, por ejemplo, cuando un ser querido fallece.
- 5- **Anhedonia:** Pérdida del interés o el gusto por las cosas que usualmente la participante disfrutaba hacer, la mayor parte del día, casi todos los días.
- 6- **Fatiga:** Si se ha sentido cansada o con falta de energías para hacer las cosas casi todos los días.
- 7- **Hiporexia:** Si el apetito había estado disminuido, casi todos los días.
- 8- **Apetito elevado:** Casi todos los días.
- 9- **Deseo de carbohidratos:** Deseo intenso y hasta desesperación por comer dulces, chocolates, galletas, etc.
- 10- **Insomnio de conciliación:** Dificultad para iniciar el sueño o quedarse dormida cinco o más noches por semana.
- 11- **Insomnio terminal:** Si se despierta demasiado temprano (2 horas antes de lo usual) al menos cinco o más noches por semana.
- 12- **Hipersomnia:** Si duerme demasiado (más de 10 horas por día).
- 13- **Agitación psicomotriz:** Si se ha sentido inquieta o intranquila casi todos los días y si esto ha sido notado por alguna otra persona.
- 14- **Retardo psicomotriz:** Si refiere que sus movimientos o su conversación eran más lentos de lo usual casi todos los días y si esto ha sido notado por alguna otra persona.
- 15- **Pensamientos de minusvalía:** Ideas de no valer mucho o no servir para nada, presentes casi todos los días.
- 16- **Sentimientos de culpa:** Si refiere sentirse culpable sin razón por algo que ha hecho o ha dejado de hacer, casi todos los días.
- 17- **Dificultad para concentrarse:** Si refiere problemas para pensar o concentrarse, casi todos los días.
- 18- **Indecisión:** Si le cuesta trabajo tomar decisiones sobre cosas de la vida diaria, casi todos los días.
- 19- **Ideas o conducta suicida:** Si refiere que sería mejor morir, había pensado hacerse daño o había hecho algo para hacerse daño.
- 20- **Pesadez en extremidades (“parálisis de plomo”):** Si ha sentido las piernas o los brazos pesados (como si estuvieran “llenos de plomo”).
- 21- **Hipersensibilidad al rechazo:** Si cuando alguien rechaza, critica o se burla de la participante, ella presenta una reacción más intensa que la que tendrían otras personas.
- 22- **Conductas evasivas por hipersensibilidad al**

rechazo: Si evita hacer cosas o estar con ciertas personas por temor a ser criticada o rechazada.

Análisis de datos

Se utilizaron los programas STATA versión 11 para el análisis estadístico y el NodeXL (Network Overview Discovery and Exploration for Excel, Social Media Research Foundation) para generar los gráficos de redes que representan la vinculación entre los síntomas.

Se exploró la estructura de la sintomatología depresiva considerando 3 enfoques de análisis:

Análisis 1: Se comparó la proporción en que cada síntoma depresivo estaba presente entre las participantes con y sin depresión mayor, calculándose asimismo las razones de momios (odds ratios, OR, sigla en inglés) correspondientes.

Análisis 2: Para estudiar la relación entre cada uno de los síntomas depresivos y entre ellos y la presencia de depresión mayor, se utilizaron las llamadas correlaciones tetracóricas, cuyo objetivo fundamental es evaluar la relación entre variables binarias que, se asume, provienen de variables no observables o latentes de naturaleza continua, dicotomizadas al momento de ser estudiadas. Por ejemplo, la tristeza puede considerarse como una variable continua que se categoriza como “presente” o “ausente” cuando se aplica un instrumento determinado. Aunque las correlaciones de Pearson se han utilizado tradicionalmente para estudiar relaciones entre ítems que representan síntomas psiquiátricos, tienen el inconveniente de que teóricamente deben aplicarse sólo a variables continuas con distribución normal, lo cual generalmente no ocurre con las preguntas de instrumentos psicométricos. El problema es aún más evidente si las variables en las que se registran los síntomas son dicotómicas, para lo cual se recomienda actualmente el uso de correlaciones tetracóricas (10). Las correlaciones tetracóricas entre los síntomas depresivos que resultaron significativas ($p < 0,05$) se graficaron con el programa NodeXL en 2 figuras, la primera sin corrección de Bonferroni utilizando el algoritmo circular y la otra con la corrección de Bonferroni usando el algoritmo de Harel-Koren.

Análisis 3: Se exploraron las relaciones entre cada uno de los síntomas y el resto de ellos a través de regresiones logísticas. Esto se hizo construyendo para cada síntoma depresivo un modelo en el que

dicho síntoma era la variable dependiente y cada uno de los demás síntomas, las variables independientes (se excluyeron los síntomas que no se vincularon significativamente a ninguno de los demás en el análisis de correlaciones tetracóricas). Si un síntoma incluido como variable independiente tenía un coeficiente de

regresión positivo y estadísticamente significativo ($p < 0,05$), se consideró que estaba vinculado con el síntoma que participaba como variable dependiente. Después, se construyó una red para representar las vinculaciones significativas resultantes con el NodeXL utilizando el algoritmo de Harel-Koren.

Tabla 1. Comparación de la frecuencia de síntomas depresivos entre las participantes con y sin depresión mayor.

Síntomas	Depresión mayor		P (Chi2)	OR (IC-95%)
	No	Si		
Ánimo decaído o triste	6,29% (19/302)	78,95% (15/19)	<0,001	55,86 (16,88-184,84)
Cansancio	21,74% (65/299)	89,47% (17/19)	<0,001	30,6 (6,89-135,87)
Anhedonia	5,98% (18/301)	63,16% (12/19)	<0,001	26,95 (9,46-76,78)
Indecisión	9,97% (30/301)	68,42% (13/19)	<0,001	19,57 (6,93-55,28)
Falta de reactividad del ánimo	49,01% (148/302)	94,74 (18/19)	<0,001	18,73 (2,47-142,08)
Ideas o conducta suicida	12,25% (37/302)	68,42% (13/19)	<0,001	15,52 (5,56-43,32)
Culpa	7,31% (22/301)	52,63% (10/19)	<0,001	14,09 (5,19-38,29)
Agitación psicomotriz	6,31% (19/301)	42,11% (8/19)	<0,001	10,79 (3,88-30,01)
Problemas de concentración	7,02% (21/299)	42,11% (8/19)	<0,001	9,63 (3,5-26,51)
Hiporexia	9,27% (28/302)	47,37% (9/19)	<0,001	8,81 (3,3-23,49)
Minusvalía	4,32% (13/301)	26,32% (5/19)	<0,001	7,91 (2,47-25,3)
Insomnio terminal	10,30% (31/301)	36,84% (7/19)	0,001	5,08 (1,86-13,86)
Retardo psicomotriz	7,31% (22/301)	26,32% (5/19)	0,004	4,53 (1,49-13,74)
Insomnio de conciliación	9,67% (29/300)	31,58% (6/19)	<0,001	4,31 (1,52-12,21)
Pesadez en extremidades	27,57% (83/301)	57,89% (11/19)	0,005	3,61 (1,4-9,29)
Hipersensibilidad ante el rechazo	52,53% (156/297)	84,21% (16/19)	0,007	4,82 (1,38-16,89)
Polo matutino	8,94% (27/302)	26,32% (5/19)	0,014	3,64 (1,22-10,87)
Evitar situaciones de posible rechazo	39,40% (119/302)	68,42% (13/19)	0,013	3,33 (1,23-9,01)
Sentimiento cualitativamente distinto	37,09% (112/302)	63,16% (12/19)	0,024	2,91 (1,11-7,6)
Apetencia por carbohidratos	11,96% (36/301)	26,32% (5/19)	0,069	2,63 (0,89-7,73)
Apetito alto	16,89% (51/302)	26,32% (5/19)	0,294	1,76 (0,61-5,1)
Hipersomnia	12,29% (37/301)	15,79% (3/19)	0,655	1,34 (0,37-4,81)

RESULTADOS

El número de días postparto en las 321 mujeres que tenían menos de un año de haber dado a luz fue, en promedio, 136,07 (desviación estándar (DE)=103,08) con una mediana=121 (percentil 25=43, percentil

75=215). La edad promedio fue 25,05 años (DE=5,44). El grado de instrucción fue de 11 años (DE=2,04). La mayor parte eran casadas o convivientes (87,23%) con un 10,59% de solteras; 19 participantes (5,92%) reunieron los criterios de depresión mayor según el DSM-IV.

Tabla 2. Correlaciones tetracóricas entre síntomas depresivos y entre éstos y depresión mayor.

Síntomas	Abrev	Trist	Anhed	Hipor	ApEle	ApCH	InsCon	InsTer	Hipers	Agitac	Retar	Fatig
Tristeza	Trist	-										
Anhedonia	Anhed	0,64**	-									
Hiporexia	Hipor	0,47*	0,52**	-								
Apetito Elevado	ApEle	0,14	0,00	-1,00*	-							
Apetencia por carbohidratos	ApCH	0,14	0,03	0,04	0,28*	-						
Insomnio de conciliación	InsCon	0,12	0,44*	0,37*	-0,05	-0,11	-					
Insomnio terminal	InsTer	0,31*	0,42*	0,63**	-0,08	0,11	0,61**	-				
Hipersomnia	Hipers	0,07	0,12	-0,12	-0,04	-0,07	-0,22	-0,03	-			
Agitación psicomotriz	Agitac	0,69**	0,42*	0,53**	0,05	0,16	0,22	0,53**	-0,01	-		
Retardo psicomotriz	Retar	0,22	0,42*	0,35*	-0,12	-0,14	0,03	0,42*	-0,29	0,40*	-	
Fatiga	Fatig	0,66**	0,67**	0,59**	0,19	0,22	0,40*	0,48**	0,01	0,47**	0,52**	-
Minusvalía	Minus	0,52*	0,40*	0,42*	0,11	-0,20	0,36*	0,42*	0,11	0,53*	0,45*	0,42*
Culpa	Culpa	0,47*	0,46*	0,50**	-0,03	0,09	0,41*	0,33*	0,01	0,32*	0,16	0,63**
Problemas de concentración	Concen	0,61**	0,38*	0,54**	-0,07	0,27	0,10	0,31*	-0,05	0,36*	0,08	0,41*
Indecisión	Indec	0,42*	0,52**	0,40*	0,26*	0,19	0,26	0,29*	0,14	0,48*	0,23	0,54**
Tendencias suicidas	Suicid	0,66**	0,60**	0,52**	0,15	0,19	0,46*	0,52**	-0,05	0,58**	0,02	0,42**
Polo matutino	PolMat	0,53**	0,12	0,05	-0,10	0,10	-0,03	0,21	0,25	0,26	0,17	0,27*
Falta de reactividad	NoReac	1,00**	0,40*	0,34*	-0,11	0,03	0,41*	0,30*	0,02	0,40*	0,23	0,33*
Sentimiento cualitativa-mente distinto	SenDif	0,50**	0,29*	0,16	-0,07	0,05	0,25	0,20	0,03	0,25	0,19	0,26*
Pesadez	Pesad	0,31*	0,43*	0,36*	0,14	0,21	0,13	0,31*	-0,04	0,33*	0,28*	0,56**
Hipersensibilidad al rechazo	HSR	0,34*	0,28*	0,14	0,12	0,05	0,25	0,19	-0,01	0,45*	0,26	0,25*
Evitación del rechazo	EvR	0,19	0,09	0,19	0,12	0,03	0,19	0,27*	-0,16	0,41*	0,25	0,25*
Depresión mayor		0,87*	0,79*	0,58*	0,16	0,26	0,40*	0,46*	0,08	0,63*	0,41*	0,77*
Síntomas		Minus	Culpa	Concen	Indec	Suicid	PolMat	NoReac	SenDif	Pesad	HSR	EvR
Culpa		0,46*	-									
Problemas de concentración	Concen	0,41*	0,48*	-								
Indecisión	Indec	0,30	0,58**	0,49*	-							
Tendencias suicidas	Suicid	0,41*	0,49**	0,49**	0,42*	-						
Polo matutino	PolMat	0,30	0,09	0,36*	0,16	0,41*	-					
Falta de reactividad	NoReac	0,50*	0,38*	0,23	0,25*	0,51**	1,00**	-				
Sentimiento cualitativamente distinto	SenDif	0,19	0,25	0,02	0,11	0,40*	0,45*	1,00**	-			
Pesadez	Pesad	0,01	0,39*	0,45*	0,42*	0,26*	0,27*	0,22*	0,13	-		
Hipersensibilidad al rechazo	HSR	0,30	0,41*	0,21	0,47**	0,30*	0,19	0,17	0,10	0,11	-	
Evitación del rechazo	EvR	0,21	0,41*	0,31*	0,39*	0,24*	-0,08	0,22*	0,15	0,11	0,32*	-
Depresión mayor		0,53*	0,68*	0,59*	0,75*	0,71*	0,35*	0,64*	0,32*	0,38*	0,43*	0,34*

Abrev=Abreviatura

* p<0,05

**p<0,05 con corrección de Bonferroni (se excluye variable "depresión mayor")

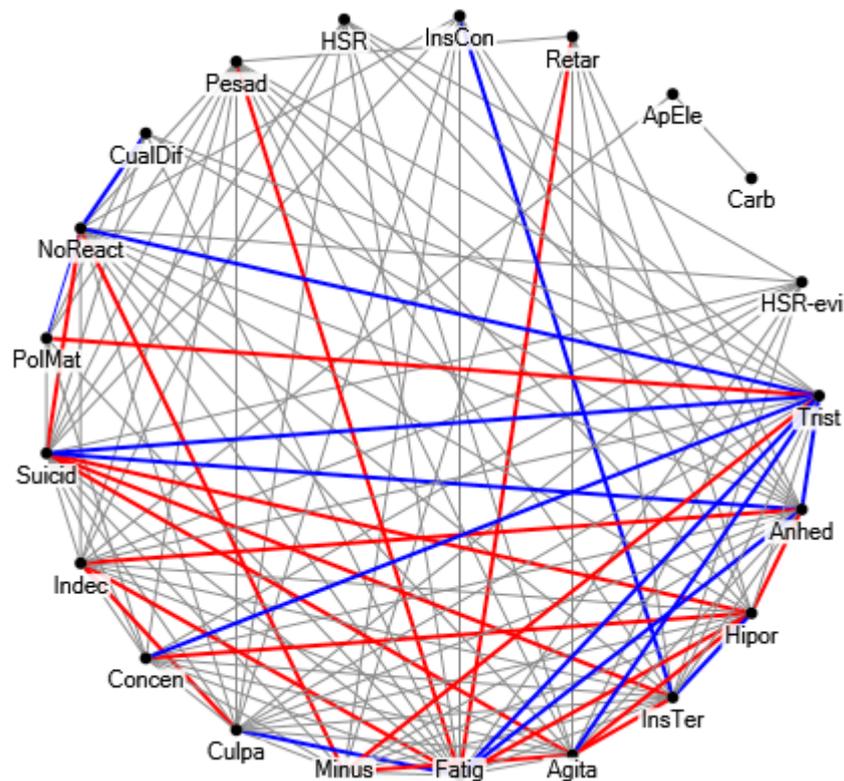
En la tabla 1 se compara la proporción de síntomas entre las mujeres deprimidas y no deprimidas. Se observa que la gran mayoría de síntomas se asociaron significativamente con el diagnóstico de depresión mayor; esto no ocurrió, sin embargo, con los síntomas de hipersomnía, aumento del apetito y apetencia por carbohidratos.

La tabla 2 muestra las correlaciones tetracóricas entre los diversos síntomas depresivos, y entre ellos y el diagnóstico de depresión mayor. Aquí podemos observar que, en general, cada síntoma depresivo tiene correlaciones estadísticamente significativas con un número importante de otros síntomas. Sin embargo, la hipersomnía no se correlaciona con ninguno del resto de los síntomas y el aumento de apetito

sólo se correlaciona con la indecisión y el deseo de carbohidratos.

En las figuras 1 y 2 se muestra la estructura de la sintomatología depresiva en base a las correlaciones tetracóricas significativas, sin considerar y considerando la corrección de Bonferroni, respectivamente.

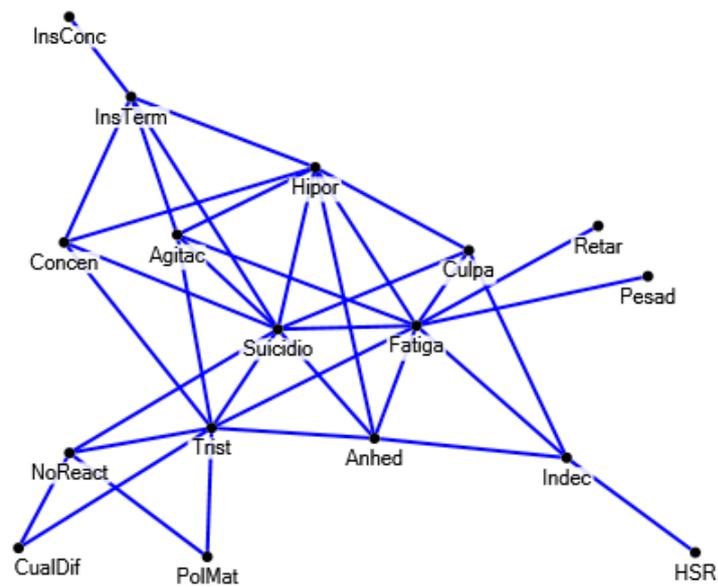
La figura 3 muestra la estructura de la sintomatología depresiva en base a los resultados significativos de la exploración de asociación entre síntomas utilizando regresiones logísticas: se puede apreciar que los síntomas centrales son fatiga, tristeza y anhedonia. En relación a este núcleo hay vinculación cercana con tendencias suicidas, hiporexia, dificultades de



En gris: correlaciones $\leq 0,5$
 En rojo: correlaciones $> 0,5$ y $\leq 0,6$
 En azul: correlaciones $> 0,6$.

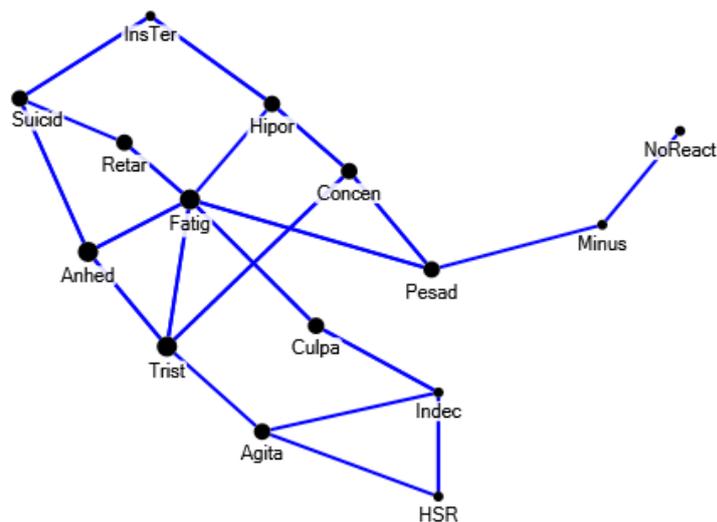
Trist=Tristeza, Anhed=Anhedonia, Hipor=Hiporexia, InsTer=Insomnio Terminal, Agita=Agitación, Fatig=Fatiga, Minus=Minusvalía, Culpa=Culpa, Concen=Dificultad para concentrarse, Indec=Indecisión, Suicid=Tendencias suicidas, PolMat=Polo matutino, NoReact=Falta de reactividad del ánimo, CualDif=Sentimiento cualitativamente diferente, Pesad=Pesadez de extremidades, HSR=Hipersensibilidad al rechazo, InsCon=Insomnio de conciliación, Retar=Retardo psicomotriz, ApEle=Apetito elevado, Carb=Apetencia por carbohidratos, HSR-evi=Evitación por hipersensibilidad al rechazo.

Figura 1. Vinculación entre síntomas depresivos en base a las correlaciones tetracóricas significativas ($p < 0,05$), utilizando el algoritmo circular.



Trist=Tristeza, Anhed=Anhedonia, Hipor=Hiporexia, InsTerm=Insomnio Terminal, Agitac=Agitación, Fatiga=Fatiga, Culpa=Culpa, Concen=Dificultad para concentrarse, Indec=Indecisión, Suicidio=Tendencias suicidas, PolMat=Polo matutino, NoReact=Falta de reactividad del ánimo, CualDif=Sentimiento cualitativamente diferente, Pesad=Pesadez de extremidades, HSR=Hipersensibilidad al rechazo, InsCon=Insomnio de conciliación, Retar=Retardo psicomotriz.

Figura 2. Estructura de la sintomatología depresiva en base a las correlaciones tetracóricas significativas ($p < 0,05$) considerando la corrección de Bonferroni y utilizando el algoritmo de Harel-Koren.



Trist=Tristeza, Anhed=Anhedonia, Hipor=Hiporexia, InsTer=Insomnio Terminal, Agita=Agitación, Fatig=Fatiga, Minus=Minusvalia, Culpa=Culpa, Concen=Dificultad para concentrarse, Indec=Indecisión, Suicid=Tendencias suicidas, NoReact=Falta de reactividad del ánimo, Pesad=Pesadez de extremidades, HSR=Hipersensibilidad al rechazo, Retar=Retardo psicomotriz.

Figura 3. Estructura de la sintomatología depresiva en base a los resultados de regresiones logísticas entre los síntomas depresivos (Algoritmo de Harel-Koren).

concentración, retardo psicomotor, sentimientos de culpa, agitación psicomotriz y pesadez de extremidades. Más distantes figuran insomnio terminal, indecisión, hipersensibilidad al rechazo, ideas de minusvalía y falta de reactividad del ánimo.

DISCUSIÓN

A falta de un conocimiento suficiente de las causas y mecanismos fisiopatológicos de la mayoría de trastornos mentales, una forma muy importante de verificar la validez de los diagnósticos que se usan en psiquiatría es mediante el estudio de la estructura de sus síndromes (1,2), los cuales, de acuerdo a este enfoque, deberían estar constituidos por síntomas que guarden una asociación significativa entre sí.

La evidencia actual está a favor de que la mayor parte de la psicopatología presente en los trastornos mentales es de naturaleza dimensional (no categórica) (11). Asumiendo tal premisa, el análisis factorial o el análisis de componentes principales son métodos estadísticos para estudiar la estructura de los constructos en psiquiatría y psicología. De esta manera, los resultados del análisis factorial permiten agrupar en una determinada dimensión los síntomas que guardan una relación más estrecha entre sí (sugiriendo la existencia de un síndrome) pero no proporcionan mayor información respecto a las relaciones entre los síntomas (pertenecientes al mismo factor o a factores diferentes); adicionalmente, el fraccionamiento de la sintomatología psiquiátrica en diferentes factores podría ser artificial y nos impediría ver la posible continuidad entre síndromes aparentemente diferentes. En el presente estudio se ha empleado el análisis de redes que tiene la ventaja de generar un gráfico que ilustra con más claridad las relaciones entre los síntomas al permitir observar la cercanía de un síntoma respecto a otro y la formación de conglomerados de síntomas sin asumir que hay necesariamente límites definidos entre un síndrome y otro o que hay variables latentes detrás de la estructura representada. Finalmente, el gráfico de redes, además de mostrar la estructura interna de las dimensiones o síndromes, permite visualizar también las relaciones entre síndromes aparentemente diferentes (6).

Los resultados del presente estudio sugieren que en esta muestra de mujeres con menos de un año postparto:

1) Los síntomas depresivos centrales son la fatiga, la tristeza y la anhedonia.

- 2) La hipersomnia y la elevación del apetito no parecen guardar mayor relación con la depresión mayor ni con los otros síntomas depresivos individuales.
- 3) Otros síntomas depresivos importantes son las tendencias suicidas, hiporexia, dificultad en la concentración, retardo psicomotor, sentimientos de culpa, agitación psicomotriz y pesadez de extremidades.
- 4) Más distantes pero con vinculación significativa con el síndrome depresivo se encuentran el insomnio terminal, indecisión, hipersensibilidad al rechazo, ideas de minusvalía y falta de reactividad del ánimo.

El hallazgo de que los síntomas depresivos centrales (al menos en esta muestra de mujeres postparto) son fatiga, tristeza y anhedonia, es coherente con los criterios que usa la CIE-10 (12) que considera a estos tres síntomas como los más típicos de este cuadro, requiriendo que dos de ellos estén presentes para hacer el diagnóstico (además de por lo menos dos de los síntomas depresivos restantes). En concordancia con la CIE-10 y estos resultados, el DSM-5 (13) también resalta la importancia de la tristeza y la anhedonia, requiriendo que uno de ellos esté presente para poder hacer el diagnóstico de depresión mayor; no obstante, el DSM-5 no da tanta importancia a la fatiga, síntoma central según la estructura representada en la figura 3.

De acuerdo al DSM-5 (13), la hipersomnia y el aumento del apetito o del peso forman parte de los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor (A3. “Insomnio o *hipersomnia* casi todos los días” y A4. “Pérdida de peso significativa sin estar haciendo dieta o *ganancia de peso...* o disminución o *aumento del apetito* casi todos los días”) y también figuran en el especificador “con características atípicas” aplicable a los trastornos depresivos. Debe remarcarse entonces que, en el presente estudio, estos síntomas no guardan mayor relación con la depresión mayor ni con los otros síntomas depresivos individuales. Por otro lado, la CIE-10 (12), no considera “aumento del apetito” dentro de los criterios para episodios depresivos (sólo puntualiza “pérdida del apetito”) ni menciona específicamente a la hipersomnia (sólo de manera general a los “trastornos del sueño”), lo cual está más de acuerdo con nuestros hallazgos.

Varios otros estudios no confirman la idea de que la hipersomnia y el aumento del apetito formen parte del síndrome depresivo: Cassano y col., en un estudio realizado en pacientes con depresión unipolar, encontraron que los síntomas de “apetito

aumentado”, “apetencia por dulces o carbohidratos”, “sentirse somnoliento todo el tiempo” y “necesitar dormir más”, no estuvieron relacionados de manera importante a ninguna de las dimensiones producto del análisis factorial de una serie de síntomas evaluados (14). Asimismo, Li y col., investigando en China la estructura de síntomas de depresión mayor con análisis factorial en pacientes mujeres, hallaron que el aumento del apetito, el incremento de peso y la hipersomnia estaban correlacionados con dimensiones diferentes al factor que incluía la mayoría de los síntomas depresivos (entre ellos: el ánimo depresivo, la disminución del apetito, la fatiga, los sentimientos de minusvalía y la dificultad para pensar, concentrarse y tomar decisiones) (15).

En dos estudios, utilizando análisis de redes para evaluar la estructura psicopatológica, la hipersomnia o el aumento de sueño tuvieron poca o ninguna relación con el resto de síntomas depresivos (6,7). En un trabajo de validación de una escala de depresión (la Escala de Psicopatología Depresiva), la hipersomnia no se correlacionó significativamente con el puntaje total de la Escala de Depresión de Zung ni con la severidad de la depresión, medida a través de la evaluación clínica realizada por el psiquiatra (16).

Por otro lado, se ha descrito que la dimensión lasitud (que incluye hipersomnia, fatiga y somnolencia) está más fuertemente relacionada a la depresión mayor en comparación al insomnio (17); sin embargo, no está claro en qué medida este vínculo entre lasitud y depresión depende de la presencia de fatiga, síntoma central de la estructura sintomatológica depresiva según los hallazgos del presente trabajo.

La hipersomnia y la hiperfagia, junto con la hipersensibilidad al rechazo, la “parálisis pesada” y la reactividad del ánimo conforman los llamados síntomas depresivos atípicos; sin embargo, la evidencia a favor de la existencia de este tipo de depresión no es muy consistente. Por ejemplo, los coeficientes de correlación entre síntomas atípicos que resultan significativos son, en general, débiles (Rho de 0,1 o menos), la reactividad del ánimo no tiene correlaciones significativas con ninguno de los otros síntomas atípicos y la hipersomnia sólo se correlaciona con la hiperfagia (18).

Por todo lo mencionado, no existe mucha evidencia de que la hipersomnia y el aumento de apetito sean síntomas que pertenezcan al síndrome depresivo, aun cuando parecen ser relevantes como indicadores

de bipolaridad (19-22). Asimismo, la presencia de características atípicas en un episodio depresivo se asocia con comorbilidad psiquiátrica de diverso tipo incluyendo trastornos de ansiedad (especialmente fobia social), por uso de sustancias, de personalidad (exceptuando el tipo antisocial), psicosis e intentos suicidas (23). Además, los síntomas atípicos son útiles para elegir el tratamiento farmacológico, anticipando una pobre respuesta a tricíclicos y mejoría con IMAOs o fluoxetina (24,25).

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, debe tenerse en cuenta que ha utilizado una muestra de mujeres con menos de 1 año postparto, por lo que los hallazgos sobre la estructura sintomatológica no necesariamente serían extrapolables a varones o a mujeres en otros momentos de su vida reproductiva. No obstante, por lo menos un estudio encuentra que la presentación clínica de los síntomas depresivos en las mujeres en edad reproductiva no difiere durante el embarazo, el periodo postparto y fuera de la época periparto (26), lo cual sugiere que la depresión postparto no sería un tipo distinto de depresión, con lo cual aumenta la posibilidad de que nuestros resultados sean aplicables a mujeres que no están en periodo postnatal. Asimismo, sólo se han evaluado síntomas depresivos presentes en el momento de la entrevista, no otros que podrían haber ocurrido en el pasado o síntomas ansiosos cuya relación con la depresión es muy estrecha en general (6) y particularmente en mujeres en estadio postparto (27).

En conclusión, nuestro estudio sugiere que en esta muestra de mujeres con menos de un año postparto los síntomas depresivos centrales son la fatiga, la tristeza y la anhedonia; y que la hipersomnia y la elevación del apetito no guardan mayor relación con el síndrome depresivo.

Conflictos de interés: El autor declara no tenerlos.

Agradecimientos: Un especial reconocimiento al Dr. Francisco Tejada Reátegui quien brindó financiamiento a través de Tejada Family Foundation, Inc, Miami, Florida para la realización del trabajo inicial sobre depresión en mujeres postparto (9) que dio origen a la base de datos utilizada en el presente estudio, y a todos los colaboradores que contribuyeron al trabajo inicial, especialmente a los Dres. Guido Mazzotti, Miguel Campos, Santiago Stucchi-Portocarrero, Pedro Saona, Hernán Sal y Rosas, Gustavo Matsuoka y Roberto Lescano.

Correspondencia:

Johann M. Vega-Dienstmaier.
 Av. José Pardo 1142-701. Miraflores, Lima 18, Perú.
 Correo electrónico: johann.vega.d@upch.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry*. 2003; 160:4-12.
2. Sartorius N. Why do we need a diagnosis? Maybe a syndrome is enough? *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(1):6-7.
3. Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1970; 126:983-987.
4. Kendler KS. The nosologic validity of paranoia (simple delusional disorder): a review. *Arch Gen Psychiatry*. 1980; 37:699-706.
5. Faravelli C, Castellini G, Landi M, Brugnera A. Are psychiatric diagnoses an obstacle for research and practice? Reliability, validity and the problem of psychiatric diagnoses. The case of GAD. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2012; 8:12-15.
6. Goekoop R, Goekoop JG. A network view on psychiatric disorders: Network clusters of symptoms as elementary syndromes of psychopathology. *PLoS ONE*. 2014; 9(11): e112734. doi:10.1371/journal.pone.0112734.
7. van Borkulo CD, Borsboom D, Epskamp S, Blanken TF, Boschloo L, Schoevers RA, et al. A new method for constructing networks from binary data. *Sci Rep*. 2014; 4: 5918. DOI: 10.1038/srep05918
8. van Loo HM, de Jonge P, Romeijn J, Kessler RC, Schoevers RA. Data-driven subtypes of major depressive disorder: a systematic review. *BMC Med*. 2012; 10:156.
9. Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti G, Stucchi-Portocarrero S, Campos M. Prevalencia y factores de riesgo para depresión en mujeres postparto. *Actas Esp Psiquiatr*. 1999; 27: 299-303.
10. Freiberg A, Stover JB, De la Iglesia G, Fernández M. Correlaciones policóricas y tetracóricas en estudios factoriales exploratorios y confirmatorios. *Cienc Psicol*. 2013; 7 (2): 151-164.
11. Haslam N, Holland E, Kuppens P. Categories versus dimensions in personality and psychopathology: a quantitative review of taxometric research. *Psychol Med*. 2012; 42(5): 903-20.
12. Organización Mundial de la Salud. CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Organización Mundial de la Salud; 1992.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition.* Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
14. Cassano GB, Benvenuti A, Miniati M, Calugi S, Mula M, Maggi L, et al. The factor structure of lifetime depressive spectrum in patients with unipolar depression. *J Affect Disord*. 2009; 115(1-2): 87-99.
15. Li Y, Aggen S, Shi S, Gao J, Li Y, Tao M, et al. The structure of the symptoms of major depression: exploratory and confirmatory factor analysis in depressed Han Chinese women. *Psychol Med*. 2014; 44: 1391-1401.
16. Vega-Dienstmaier JM, Stucchi-Portocarrero S, Valdez-Huarcaya N, Cabra-Bravo M, Zapata-Vega MI. The Depressive Psychopathology Scale: presentation and initial validation in a sample of Peruvian psychiatric patients. *Rev Panam Salud Publica*. 2011; 30(4): 317-26.
17. Koffel E, Watson D. The two-factor structure of sleep complaints and its relation to depression and anxiety. *J Abnorm Psychol*. 2009; 118(1): 183-194.
18. Posternak MA, Zimmerman M. Partial validation of the atypical features subtype of major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002; 59: 70-76.
19. Moreno DH, Andrade LH. Latent class analysis of manic and depressive symptoms in a population-based sample in São Paulo, Brazil. *J Affect Disord*. 2010; 123: 208-215.
20. Forty L, Smith D, Jones L, Jones I, Caesar S, Cooper C, et al. Clinical differences between bipolar and unipolar depression. *Br J Psychiatry*. 2008; 192(5):388-9.
21. Swann AC, Geller B, Post RM, Altshuler L, Chang KD, Delbello MP, et al. Practical clues to early recognition of bipolar disorder: A primary care approach. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2005; 7(1):15-21.
22. Bowden CL. A different depression: clinical distinctions between bipolar and unipolar depression. *J Affect Disord*. 2005; 84: 117-25.
23. Blanco C, Vesga-López O, Stewart JW, Liu SM, Grant BF, Hasin DS. Epidemiology of major depression with atypical features: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry*. 2012; 73(2):224-32.
24. Stewart JW, McGrath PJ, Quitkin FM, Klein DF. DSM-IV depression with atypical features: is it valid? *Neuropsychopharmacology*. 2009; 34(13): 2625-32.
25. Thase ME, Trivedi MH, Rush AJ. MAOIs in the contemporary treatment of depression. *Neuropsychopharmacology*. 1995; 12(3):185-219.
26. Hoertel N, López S, Peyre H, Wall MM, González-Pinto A, Limosin F, et al. Are symptom features of depression during pregnancy, the postpartum period

and outside the peripartum period distinct? Results from a nationally representative sample using item response theory (IRT). *Depress Anxiety*. 2015; 32(2):129-40.

27. Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti G, Campos M. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *Actas Esp Psiquiatr*. 2002;30: 106-11.

Recibido: 22/08/2015 Aceptado: 26/11/2015
--