



<https://doi.org/10.24245/gom.v90i1.6985>

Depresión posparto durante la pandemia de COVID-19

Postpartum depression during COVID-19 pandemic.

Roberto Ambriz-López,¹ Sandra Rocío Flores-Venegas,² Juan Antonio Soria-López,³ Geraldina Guerrero-González,⁴ Adrián Kawas-Morales,⁵ Luis Adrián Álvarez-Lozada⁶

Resumen

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de depresión posparto durante la pandemia de COVID-19 y los factores asociados con la infección.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, analítico, transversal y comparativo efectuado en pacientes atendidas en el Hospital Dr. José Eleuterio González entre los meses de febrero a mayo 2021 luego de cumplir 24 a 48 horas de puerperio. Se aplicó, por escrito, la Escala de Edimburgo. Se consideró tamizaje positivo a la depresión posparto con puntaje mayor de 10. Se compararon dos grupos: pacientes con antecedente de prueba positiva a COVID-19 y sin ésta. Se descartaron las pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, reumáticas, embarazo con óbito o con malformaciones.

RESULTADOS: Se estudiaron 116 pacientes: 56 positivas a COVID-19 y 60 sin antecedente de enfermedad. La prevalencia de depresión fue de 15%. El antecedente de COVID-19 agregó 2 puntos positivos a la Escala de Edimburgo, aunque no resultó en un factor asociado con depresión. Los factores asociados con un puntaje mayor de 10 fueron: escolaridad de secundaria y preparatoria, y el sexo masculino del recién nacido. El sexo de los recién nacidos resultó en porcentajes similares en ambos grupos.

CONCLUSIONES: La contingencia por COVID-19 y el antecedente de infección por SARS CoV-2 no demostraron asociación con la depresión. La escolaridad superior y el nacimiento de un varón se observaron en mujeres con puntaje en la Escala de Edimburgo mayor de 10.

PALABRAS CLAVE: Prevalencia; Escala de Edimburgo; depresión posparto; pandemia de COVID-19; puerperio; enfermedades reumáticas; hospitales.

Abstract

OBJECTIVE: To determine the prevalence of postpartum depression during the COVID-19 pandemic and the factors associated with infection.

MATERIALS AND METHODS: Observational, analytical and cross-sectional study and carried out in patients attended at Hospital Dr. José Eleuterio González from February to May 2021 after 24 to 48 hours of puerperium. The Edinburgh Scale was applied in writing. Positive screening was considered for postpartum depression with a score greater than 10. Two groups were compared: patients with a history of positive COVID-19 test and those without. Patients with chronic degenerative diseases, rheumatic diseases, pregnancy with death or malformations were excluded.

RESULTS: A total of 116 patients were studied: 56 positive for COVID-19 and 60 with no history of disease. The prevalence of depression was 15%. A history of COVID-19 added 2 positive points to the Edinburgh Scale, although it did not result in a factor associated with depression. Factors associated with a score greater than 10 were: junior high and high school education, and male sex of the newborn. Newborn sex resulted in similar percentages in both groups.

¹ Ginecoobstetra con especialidad en Medicina Materno Fetal.

² Ginecoobstetra, residente de Medicina Materno Fetal.

³ Ginecoobstetra con especialidad en Medicina Materno Fetal, jefe del servicio de Obstetricia.

⁴ Doctorado en ciencias, Coordinación de Investigación.

⁵ Residente de Psiquiatría.

⁶ Médico pasante en Servicio Social. Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León.

Recibido: noviembre 2021

Aceptado: diciembre 2021

Correspondencia

Sandra Rocío Flores Venegas
sandra.rocio.fv@gmail.com

Este artículo debe citarse como:

Ambriz-López R, Flores-Venegas SR, Soria-López JA, Guerrero-González G, Kawas-Morales A, Álvarez-Lozada LA. Depresión posparto durante la pandemia de COVID-19. Ginecol Obstet Mex 2022; 90 (1): 8-20.



CONCLUSIONS: COVID-19 contingency and history of SARS CoV-2 infection showed no association with depression. Higher schooling and male birth were observed in women with Edinburgh Scale score greater than 10.

KEYWORDS: Prevalence; Postpartum depression; Edinburgh Scale; COVID-19 pandemic; Puerperium; Rheumatic diseases; Hospitals.

ANTECEDENTES

El embarazo y el posparto representan un periodo de cambio y adaptación fisiológica de aparatos y sistemas en la mujer durante el que también suceden ajustes emocionales a los que se añaden los cambios en la vigilia y el sueño. Esto se refleja en incremento de la vulnerabilidad a cambios de ánimo que pueden derivar en grados de depresión de leve hasta psicosis posparto.¹

Las mujeres son un grupo vulnerable en situaciones de emergencias globales durante las que se genera una perturbación psicosocial que puede incrementar la prevalencia de trastornos psíquicos.²

La prevalencia de depresión posparto varía en relación con su determinación por un instrumento de autoinforme (Escala de Tamizaje de Depresión) y al establecer el diagnóstico clínico. En el mundo se informa una prevalencia de 13%.³ En México varía del 23 a 32.6%, dependiendo del reporte.^{4,5} En el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González se han llevado a cabo estudios que reportaron una prevalencia de 12% en el 2013.⁶

El riesgo de padecer depresión en el posparto es del doble que en cualquier otra etapa de la vida.⁷ Los factores de riesgo asociados son: estrés

(experimentar un embarazo y nacimiento asociado con complicaciones maternas o fetales), antecedente de psicopatologías o problemas de pareja y falta de apoyo social.^{8,9}

La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (*Edinburgh Postpartum Depression Scale EPDS*) es una herramienta de tamizaje desarrollada a partir de la Escala de Irritabilidad, Depresión y Ansiedad (IDA) y la Escala de Depresión y Ansiedad; la selección de 10 ítems de ambas escalas tiene una sensibilidad del 85%, especificidad del 77% y valor predictivo positivo del 83%.¹⁰ Es un instrumento con ventajas que facilitan la discusión de problemas emocionales y apoya el seguimiento del curso clínico de la depresión posparto.¹¹ Es una de las escalas más utilizadas como instrumento para tamizaje de síntomas de depresión en la etapa perinatal, validada por estudios nacionales y extranjeros.^{12,13}

El diagnóstico de depresión, según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (5a ed), se define por la coexistencia de cinco o más de los siguientes síntomas, que deben prevalecer prácticamente todos los días durante un lapso de 2 semanas: 1) ánimo depresivo la mayor parte del tiempo, casi todos los días por dos semanas; 2) pérdida de interés en o de la capacidad de gozar de actividades que la persona habitualmente disfruta; 3) fatiga o falta de energía; 4) sentimientos de culpa o minusvalía;

5) inquietud o sensación de enlentecimiento; 6) dificultad para concentrarse; 7) alteraciones en el sueño y 8) pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.¹

En el 2013, el término “posparto” se modificó por “periparto” por la observación de que el 50% de los episodios de depresión posparto se inician durante el curso del embarazo, por lo que da continuidad a los trastornos de ánimo perinatales, haciendo referencia al trastorno durante el embarazo, alrededor del nacimiento y cuatro semanas posteriores al parto.¹

Los trastornos depresivos se asocian con pérdida sustancial de la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, aumento de las tasas de mortalidad, mayor demanda de los servicios de salud, aumento de los costos económicos de los servicios médicos.²

En el contexto actual de emergencia sanitaria mundial por la COVID-19 se han llevado a cabo estudios de grupos sociales afectados (trabajadores de la salud, estudiantes universitarios, mujeres embarazadas) con síntomas relacionados con estrés postraumático debido al fenómeno social actual.^{14,15,16} En Turquía, en abril de 2020, se reportó una prevalencia del 35.2% de pacientes con positividad a la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (puntuación mayor a 13), lo que contrasta con lo reportado antes de la crisis en la República Mexicana y en Nuevo León.^{6,12,17} La repercusión psicológica al término de un embarazo durante la emergencia sanitaria actual se ha reportado en estudios que varían en diseño, adaptándose a las restricciones sociales de confinamiento, con uso de plataformas digitales. Para el estudio aquí comunicado se llevó a cabo un tamizaje para depresión posparto y del resultado se busca hacer una comparación con la prevalencia reportada en nuestro hospital antes de la pandemia (12% en 2013)⁶ y observar el efecto agregado de la pandemia prevaleciente

en el estado psicológico de la paciente en el puerperio inmediato.

El objetivo de este estudio fue: determinar la prevalencia de depresión posparto durante la pandemia de COVID-19 y los factores asociados con la infección.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal, relacional, analítico y comparativo efectuado en pacientes atendidas en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González entre los meses de febrero a mayo de 2021 durante el puerperio inmediato con la aplicación de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo de manera escrita, previo informe del estudio, objetivos y potenciales beneficios a la paciente, al expresar su consentimiento de manera verbal.

La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo está diseñada con 10 preguntas con respuestas de opción múltiple ponderada en puntos del 0 al 3 en la escala de Likert, según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 se calificaron en orden inverso (por ejemplo: 3, 2, 1, 0). Se sumaron todos los puntos para dar el total. Un resultado de 10 o más puntos muestra la probabilidad de depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 10 significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatas. Una puntuación de 13 se considera positiva para depresión. Si bien es una herramienta de tamizaje no sustituye la valoración médica-clínica.¹⁰

Al momento de obtener una puntuación de 10 o más se informó a la paciente el resultado y se efectuó la valoración psiquiátrica antes del alta del hospital. El diagnóstico psiquiátrico se emitió enseguida de cada valoración y se asentó en el expediente. Las pacientes susceptibles de



valoración psiquiátrica posterior, según el juicio del clínico, recibieron una invitación para seguimiento en la consulta externa de Psiquiatría, de acuerdo como lo ameritó cada diagnóstico en particular.

Se utilizó un punto de corte de 10 para maximizar la sensibilidad de la escala de tamizaje y, así, evitar falsos negativos; se identificó una mayor cantidad de pacientes que cumplieran los criterios diagnósticos.¹³

Criterios de inclusión: pacientes en puerperio, con evolución normal del embarazo y prueba positiva para COVID-19 confirmada con PCR efectuada en un laboratorio consignado en el expediente o con diagnóstico establecido durante la hospitalización en la Unidad Hospitalaria de Alta Especialidad y Medicina Avanzada contigua al Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González.

El grado de severidad de la enfermedad por COVID-19 se clasificó con los criterios expresados por la Organización Mundial de la Salud en mayo del 2020:

- *Enfermedad leve:* con fiebre, tos, anorexia, disnea, mialgias, diarrea, náuseas y saturación de oxígeno mayor de 90%.
- *Enfermedad moderada:* con fiebre, tos, anorexia, disnea y mialgias asociados con neumonía y saturación de oxígeno $\geq 90\%$.
- *Enfermedad grave:* cuadro de dificultad respiratoria con saturación de oxígeno menor de 90%.¹⁸

Las pacientes asintomáticas se clasificaron según tuvieran prueba PCR positiva y ausencia de síntomas (prueba efectuada por antecedente de contacto familiar o solicitada por programación quirúrgica de cesárea).

Criterios de exclusión: pacientes analfabetas, con antecedente de cuadro clínico de COVID-19 sin prueba de PCR de laboratorio, con embarazo actual con óbito, estado depresivo ya diagnosticado, enfermedad reumática (lupus, artritis reumatoide), enfermedad crónico-degenerativa (diabetes, estados hipertensivos), feto con malformaciones y mujeres con enfermedad oncológica en curso.

Se registraron datos personales de: edad, estado civil, escolaridad, embarazos, consultas prenatales, vía de nacimiento, semanas de embarazo, embarazo planeado o no, antecedente de depresión, sexo del recién nacido, sexo fetal esperado e inicio de lactancia (antecedente de lactancia con los hijos previos).

El cálculo del tamaño de muestra se hizo con la fórmula de estimación de una proporción en población finita, fundamentada por 3602 nacimientos de enero a octubre en 2020 y una prevalencia de depresión posparto del 24% (el doble de la prevalencia reportada en la misma institución en 2013: 12%)⁶ durante el periodo estudiado de la pandemia por COVID-19, una precisión del 5%, un poder de 80% y un nivel de significación a dos colas de 0.05, calculando una $n = 112$ pacientes requeridas en el estudio. Para el reclutamiento se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

La estadística descriptiva se expresó en frecuencias y porcentajes para variables categóricas; para las cuantitativas se reportaron medidas de tendencia central y dispersión (media-mediana; desviación estándar-rango intercuartil), previa valoración de la distribución de las variables por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Las variables categóricas se compararon con χ^2 de Pearson o prueba exacta de Fisher y las cuantitativas con t de Student o U de Mann Whitney para grupos independientes. Se consi-

deró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$ y un intervalo de confianza de 95%. La información se procesó en el paquete estadístico SPSS-v25.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina y Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la Universidad Autónoma de Nuevo León, con clave de registro: GI21-00007

RESULTADOS

Se reunieron 116 pacientes de las que 56 (48%) resultaron positivas a COVID-19 durante el embarazo y 60 (52%) sin antecedente de enfermedad. Se calculó una prevalencia de tamizaje positivo para depresión posparto del 15% (se estableció un punto de corte 10 o más puntos en la Escala de Edimburgo).

Ambos grupos tuvieron características similares de: edad, índice de masa corporal y semanas de embarazo. Se contabilizaron 60 embarazadas sin enfermedad (20 de ellas con antecedentes de parto, 29 de cesárea y 11 de aborto) y 56 pacientes con antecedente de COVID-19 (21 con parto previo, 20 con cesárea y 15 con aborto). **Cuadro 1**

Existieron diferencias en las variables:

- Puntaje del Cuestionario de Edimburgo (el grupo con antecedente de COVID-19 tuvo media de 2 puntos más que las pacientes sin enfermedad). **Cuadro 1**
- Consultas de control prenatal: el grupo con antecedente de COVID-19 tuvo más consultas, con una media de 7 en comparación de 6 del otro grupo). **Cuadro 1**

Cuadro 1

Edad de las madres y características físicas

La edad de las pacientes estuvo entre los límites de 17 a 43 años, con una media de 26

años. Predominó el grupo de 20 a 29 años de pacientes sin enfermedad y con antecedente de COVID-19. El promedio de índice de masa corporal fue de obesidad de segundo grado.

Cuadro 1

Escolaridad y estado civil

El mayor porcentaje (65.5%) fue de educación básica (primaria y secundaria) y 34% con enseñanza superior (**Cuadro 6**). Las pacientes con puntaje mayor a 10 se encontraron en los grupos de secundaria y preparatoria. **Cuadro 2**

En relación con el estado civil, el grupo mayoritario fue el de unión libre con 63 pacientes (54%). Las pacientes con pareja al momento del nacimiento se reportaron con un puntaje de Edimburgo mayor a 10 puntos en 11%, mientras que las pacientes solteras tuvieron un puntaje mayor a 10 en 3.4%. **Cuadro 3**

Puntaje en Escala de Edimburgo por grupo

La cantidad de pacientes con puntaje en Escala de Edimburgo mayor a 10 fue de 7 en el grupo sin enfermedad. En el grupo con antecedente de COVID-19 positivo fue de 10. **Cuadro 4**

La influencia de haber padecido COVID-19 durante el embarazo fue significativa al contestar el cuestionario de Edimburgo, debido a que este grupo de pacientes tuvo una media de 2 puntos más que las pacientes sin enfermedad en el puntaje total (lo que puede acercarnos a un tamizaje positivo igual o mayor a 10 puntos).

En los **Cuadros** comparativos **5** y **6** se observa una diferencia de medias de 6.13 puntos en pacientes con antecedente de COVID-19 y 4.42 puntos en pacientes sin enfermedad, con un valor estadísticamente significativo de $p = 0.041$.

**Cuadro 1.** Características sociodemográficas generales

Grupos		n	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Pacientes sin antecedente de COVID-19	Puntos de Edimburgo	60	0	14	4.42	3.590
	Edad	60	17	39	25.65	6.656
	Peso de la madre (kg)	60	53.0000	115.0000	72.703333	12.4207449
	Talla de la madre (m)	60	1.42	1.78	1.5772	0.07110
	IMC (kg/m ²)	60	22.3	42.6	29.252	4.6347
	Semanas de embarazo	60	30.6000	42.0000	38.731667	1.8637025
	Pacientes	60	1	7	2.85	1.436
	Partos	20	1	4	2.33	0.966
	Cesáreas	29	1	3	1.45	0.572
	Abortos	11	1	4	1.73	1.104
	Consultas de control prenatal	60	0	15	6.13	3.011
Pacientes con antecedente de COVID-19 positivo	Puntos de Edimburgo	56	0	26	6.13	5.202
	Edad	56	17	43	26.96	6.373
	Peso de la madre (kg)	56	52.6000	150.0000	79.167857	18.2432165
	Talla de la madre (m)	56	1.45	1.78	1.5782	0.06918
	IMC (kg/m ²)	56	20.2	66.7	31.809	7.4673
	Semanas de embarazo	56	29.0000	41.5000	37.803571	2.5042483
	Pacientes	56	1	11	2.75	1.761
	Partos	21	1	8	2.14	1.590
	Cesáreas	20	1	2	1.50	0.513
	Abortos	15	1	4	1.35	0.786
	Consultas de control prenatal	56	2	25	7.41	3.499

Cuadro 2. Escolaridad y puntaje en la Escala de Edimburgo

Escolaridad	Sin antecedente de COVID-19	Antecedente de COVID-19 positivo	Puntaje de Edimburgo igual o mayor de 10	Total
Primaria	12 (20%)	4 (7.1%)	0	16
Secundaria	34 (56%)	26 (46.4%)	8	60
Preparatoria	13 (21%)	17 (30.4%)	7	30
Licenciatura	1 (1.7%)	9 (16%)	2	10
Total	60	56	17	116

Cuadro 3. Estado civil y puntaje en la Escala de Edimburgo

Estado civil	Sin antecedente de COVID-19	Antecedente de COVID-19 positivo	Puntaje de Edimburgo igual o mayor de 10	Total
Soltera	11 (18.3%)	15 (27%)	4	26
Unión libre	35 (58.3%)	28 (50%)	9	63
Casada	10 (16.7%)	12 (21.4%)	4	22
Divorciada	2 (3.3%)	1 (2%)	0	3
Separada	2 (3.3%)	0	0	2
Total	60	56	17	116

Cuadro 4. Puntaje en la Escala de Edimburgo por grupo

Variable	n = 116	Edimburgo menor de 10 puntos	Edimburgo igual o mayor de 10 puntos
Pacientes sin antecedente de COVID-19	60 (52%)	53 (46%)	7 (6%)
Pacientes con antecedente de COVID-19 positivo	56 (48%)	46 (40%)	10 (9%)

Cuadro 5. Comparación estadística de grupos

COVID-19		n	Media	Desviación típica	Error típico de la media
Puntos en Escala de Edimburgo	Pacientes sin COVID-19	60	4.42	3.590	0.464
	Pacientes con antecedente de COVID-19 positivo	56	6.13	5.202	0.695

Cuadro 6. Prueba de muestras independientes

Variable	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	Prueba t para la igualdad de medias								
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típico de la diferencia	IC95% para la diferencia	
									Inferior	Superior
Puntos en la Escala de Edimburgo	Varianzas iguales	1.857	0.176	-2.070	114	0.041	-1.708	0.825	-3.343	-0.074
	Sin varianzas iguales			-2.045	96.925	0.044	-1.708	0.835	--3.367	-0.050



Depresión posparto y antecedente de enfermedad por COVID-19

De las 56 pacientes positivas a COVID-19, la mayoría cursó con enfermedad leve y moderada (87%); de ellas, 10 tuvieron un puntaje mayor a 10 puntos. La paciente con antecedente de enfermedad severa tuvo una puntuación menor a 10.¹⁸ **Cuadro 7**

Trimestre de gestación con diagnóstico de COVID-19

El diagnóstico de COVID-19 durante el embarazo fue más frecuente en el tercer trimestre, seguido del primero; ambos grupos tuvieron 4 pacientes con puntaje mayor a 10 en la Escala de Depresión posparto. **Cuadro 8**

Cuadro 7. Depresión posparto y antecedente de enfermedad por COVID-19

COVID-19 positivo	Pacientes	Puntaje de Edimburgo mayor de 10	Puntos de Edimburgo
Asintomática	6 (11%)	1	3-11 (\bar{x} 7)
Enfermedad leve	27 (48%)	5	2-26 (\bar{x} 17)
Enfermedad moderada	22 (39%)	4	1-18 (\bar{x} 6)
Enfermedad severa	1 (2%)	0	7
Total	56	10	

Cuadro 8. Trimestre del embarazo al diagnóstico de COVID-19

Trimestres del embarazo	Pacientes con diagnóstico de COVID-19	Puntaje de Edimburgo igual o mayor de 10
Primero	21	4
Segundo	6	2
Tercero	27	4
Puerperio	2	0
Total	56	10

Embarazo planeado

Ambos grupos mostraron frecuencias y porcentajes equitativos. No se observaron diferencias significativas en esta variable. **Cuadro 9**

Nacimiento estresante

Tomando como variable los nacimientos obtenidos con aplicación de fórceps o cesárea de urgencia se valoró el puntaje en la Escala de Edimburgo de ambos grupos. En el grupo de pacientes sanas se registraron 31 nacimientos estresantes y 27 en el grupo con antecedente de COVID-19. La vía de nacimiento no tuvo repercusión en el puntaje obtenido en el cuestionario de Edimburgo. **Cuadro 10**

Comparación del sexo del recién nacido

Ambos grupos tuvieron un porcentaje similar de uno y otro sexo. En ambos grupos (con y sin antecedente de COVID-19 positivo) quienes tuvieron un recién nacido masculino obtuvieron más de 10 puntos en la escala de Edimburgo (10%), y 4.3% con recién nacido femenino. **Cuadro 11**

Cuadro 9. Embarazo planeado

Embarazo planeado	Frecuencia	%	
Pacientes sin antecedente de COVID-19	Sí	27	45
	No	33	55
	Total	60	100
Pacientes con antecedente de COVID-19 positivo	Sí	26	46.4
	No	30	53.5
	Total	56	100
Total	56	100	

Cuadro 10. Comparación entre el nacimiento estresante y el puntaje en la Escala de Edimburgo

Puntaje de Edimburgo		Puntaje de Edimburgo		Total
		Menor a 10 puntos	Igual o mayor a 10 puntos	
Nacimiento estresante	No	46	12	58
	Sí	53	5	58
Total		99	17	116

Cuadro 11. Comparación entre el sexo del recién nacido

Variable	Sexo	Frecuencia	Puntaje de Edimburgo mayor o igual a 10	Puntaje de Edimburgo menor de 10	%
COVID-19 negativa	Masculino	34	6	28	57
	Femenino	26	1	25	43
COVID-19 positiva	Masculino	33	6	27	59
	Femenino	23	4	19	41
Total		116	17	99	

Sexo del recién nacido esperado por la paciente

En referencia al sexo esperado por las pacientes, quienes se encontraron sin enfermedad respondieron que el recién nacido no coincidía con el sexo esperado por la madre en un 20%, mayor al de las pacientes con antecedente positivo de COVID-19 (9%). **Cuadro 12**

Lactancia materna actual y previa

El porcentaje de pacientes que amamantaron a sus hijos durante el embarazo actual fue mayor

en el grupo sin enfermedad (90 contra 66%).

Cuadro 13**Lactancia materna previa**

De las 116 pacientes, solo 76 reportaron lactancia durante el posparto en los embarazos previos (31 eran primigestas o tuvieron un aborto previo; 9 no lactaron en los embarazos anteriores). (**Cuadro 14**) La diferencia entre grupos de pacientes sanas y con antecedente de COVID-19 fue de 5% (68% de las pacientes sanas que sí lactaron

Cuadro 12. Sexo del recién nacido esperado por la paciente

Variable	Sexo del recién nacido	Frecuencia y (%)
Sin antecedente de COVID-19	Esperado	33 (55)
	No esperado	12 (20)
	Indiferente	15 (25)
Con antecedente de COVID-19 positiva	Esperado	23 (41)
	No esperado	5 (9)
	Indiferente	28 (50)



Cuadro 13. Lactancia materna actual

Lactancia actual		Frecuencia	%
Sin antecedente de COVID-19	Sí	54	90
	No	6	10
	Total	60	100
Con antecedente de COVID-19 positiva	Sí	37	66
	No	19	34
	Total	56	100

Cuadro 14. Lactancia materna previa

Lactancia materna en embarazos previos		Frecuencia	%
Sin antecedente de COVID-19	N/A	13	22
	Sí	41	68
	No	6	10
	Total	60	100
Con antecedente de COVID-19 positiva	N/A	18	32
	Sí	35	63
	No	3	5
Total	56	100	

en comparación con 61% con COVID-19 que no lactaron).

Antecedente de enfermedad psiquiátrica previa (ansiedad y depresión)

Se encontró algún trastorno afectivo previo al embarazo o durante el intervalo de los embarazos en 12 pacientes: 3 con trastorno afectivo tuvieron una puntuación mayor a 10. **Cuadro 15**

Pacientes valoradas por Psiquiatría

Se solicitaron 19 interconsultas al Departamento de Psiquiatría (**Figura 1**): 17 por tamizaje posi-

Cuadro 15. Antecedente de enfermedad psiquiátrica (ansiedad y depresión)

Antecedente de trastorno del ánimo (ansiedad y depresión)		Frecuencia	%
Sin antecedente de COVID-19	Sí	3	5
	No	57	95
	Total	60	100
Con antecedente de COVID-19 positiva	Sí	9	16
	No	47	84
	Total	56	100

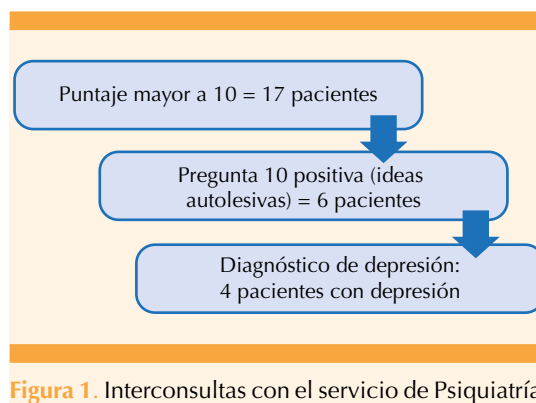


Figura 1. Interconsultas con el servicio de Psiquiatría.

vo y por negativo y pregunta 10 positiva (ideas autolesivas). Los diagnósticos de Psiquiatría incluyeron: trastorno depresivo mayor, episodio depresivo moderado, síntomas hipotímicos y trastorno adaptativo con síntomas mixtos (ánimo depresivo) sin alteraciones en el estado de ánimo.

DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio fue la medición de la prevalencia de depresión posparto durante la pandemia por COVID-19 y encontrar los factores asociados en las pacientes que finalizaron el embarazo en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González. Se encontró una prevalencia de depresión posparto del 15%; es decir con un aumento del 3% conforme a lo

reportado en nuestra institución en 2013.⁶ Sin embargo, está dentro de lo observado por otros autores a nivel nacional en periodos fuera de la actual pandemia originada por el SARS-CoV-2.⁵

Contrapuesto a lo documentado en 2020, Durankus y su grupo reportaron una prevalencia de 35.2% de depresión posparto. Hay diferencias entre el periodo de aplicación de la Escala de Edimburgo (población valorada por vía electrónica durante el mes de abril del 2020 al inicio de la pandemia con medidas de confinamiento comparado con nuestra población valorada en el 2021, con medidas menos restrictivas y valoración efectuada por personal de salud en contacto directo con la paciente).¹⁷

El antecedente de un episodio previo de depresión no demostró asociación con la depresión posparto en nuestra población al compararlo con otros ensayos;^{8,9} sin embargo, la muestra de pacientes puede ser una limitante para establecer esta afirmación.

La escolaridad con secundaria y preparatoria se asoció con mayor puntaje en la Escala de Edimburgo; sin embargo, el mayor porcentaje de pacientes se concentró en esos niveles. Similar a lo reportado por otros autores que asocian la menor escolaridad con mayor depresión posparto.⁹

El nacimiento de hijo varón coincidió con mayor frecuencia en el grupo de pacientes con puntaje igual o mayor a 10 en la Escala de Edimburgo. Sin embargo, los porcentajes de ambos grupos no mostraron diferencias estadísticamente significativas, por eso no fue posible asociarlo como factor con relevancia estadística. A pesar de ello, la asociación encontrada entre el sexo masculino del recién nacido y el mayor puntaje en la escala de Edimburgo de este estudio difiere de lo reportado por otros autores y con la aplicación de otras herramientas de estudio. En México, Cas-

tro y colaboradores, en un análisis secundario de los datos estadísticos de Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT 2012), encontraron una asociación entre el estado depresivo de la madre y el sexo femenino de los hijos (información obtenida de las consultas de niño sano de hijos menores de 5 años).¹⁹ Lo mismo se encontró en el reporte de Patel y su grupo en India, a través de una entrevista clínica inicial y aplicación de la Escala de Edimburgo en dos consultas subsecuentes que determinaron una prevalencia de depresión posparto del 23% en asociación con “sentimiento de infelicidad por el sexo femenino del recién nacido”.²⁰

Una debilidad de este estudio fue la muestra insuficiente de pacientes para determinar o asociar factores de riesgo. Aun así, no puede soslayarse el hecho de que se cuenta con información local, de un estudio de prevalencia de depresión posparto efectuado en el 2013 con la misma Escala de Edimburgo.⁶ Esto corrobora que la prevalencia de 3% fue superior durante la pandemia. La disponibilidad de datos propios de la institución fortalece los desenlaces de este ensayo.

El estudio actual sienta un precedente para emprender posteriores líneas de investigación que favorezcan un mayor análisis de la salud mental de las madres antes y después del parto, durante y posterior a la pandemia por SARS-CoV-2. De esta manera podrá saberse si hay o no repercusión del fenómeno global en la madre y su hijo.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto la influencia de la contingencia actual por COVID-19 en el aumento del 12% de prevalencia de depresión en el 2013 al 15%. Las mujeres que padecieron COVID-19 durante el embarazo sumaron 2 puntos positivos extras al contestar el Cuestionario de Edimburgo en comparación con las embarazadas sin el antecedente de la enfer-



medad. Este antecedente, en sí, no constituyó un factor asociado para el diagnóstico de depresión posparto. No se confirmó la diferencia entre el grado de severidad por COVID-19 y el puntaje mayor de 10 en la Escala de Edimburgo.

La escolaridad de secundaria y licenciatura constituyó un factor de riesgo para obtener un puntaje mayor a 10 en la escala de depresión posparto.

Las madres de neonatos de sexo masculino, en comparación con el grupo de mujeres sanas y el grupo con antecedente de COVID-19, tuvieron un puntaje mayor comparado con las mujeres que tuvieron recién nacidos del género femenino. El antecedente de trastorno de ansiedad o depresión previos al embarazo actual, no demostró asociación con un puntaje mayor a 10 en la escala de depresión posparto.

El estado civil de la paciente, al suceder el nacimiento, no influyó en la obtención de un puntaje menor en el tamizaje.

Se requieren estudios con mayor cantidad de casos para poder establecer la influencia de la pandemia en la salud mental de las pacientes durante el periparto. El tamizaje de depresión posparto es el paso inicial para el diagnóstico y tratamiento durante el puerperio (en el transcurso de la pandemia).

REFERENCIAS

1. Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. Asociación Americana de Psiquiatría. 2014. Pág 99,100,103-105, 119-125. Consultado: 16/11/2021. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
2. Protección de la salud mental en situaciones de epidemias. Organización Panamericana de Salud PAHO/OMS. Unidad de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Rehabilitación. 2009. Página 1-22. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Pandemia%20de%20influenza%20y%20Salud%20mental%20Esp.pdf>
3. O'hara, M; Swain, A; Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis, *International Review of Psychiatry*, 1996; 8 (1): 37-54. <https://doi.org/10.3109/09540269609037816>
4. Cabada-Ramos E, Rincón-Cabada F, García-Cabrera KP, Munguía-Alamilla E, Torres-Iglesias E, MontoyaRodríguez M. Prevalencia de los síntomas de depresión posparto en población urbana, rural e indígena. *Rev Esp Med Quir* 2015; 20: 18-23. <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2015/rmq151d.pdf>
5. Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Álvarez A, Estrada-Martínez S, et al. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. *Gac Med Mex*. 2010; 146 (1): 1-9. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=24473>
6. Tamez-Cristerna E, et al. Prevalencia de depresión posparto en la población del Hospital Universitario "Dr. José E. González" utilizando la Escala de depresión posparto de Edimburgo. *Revista Medicina Universitaria*. XXVII Congreso Nacional de Investigación en Medicina. Trabajos libres orales. <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=X1665579613739575&r=304>
7. Areias MEG, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. *BJ Psychiat* 1996; 169 (1): 3035. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8818365/>
8. Mayberry LJ, Horowitz JA, Declercq E. Depression symptom prevalence and demographic risk factors among US women during the first 2 years postpartum. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs* 2007; 36 (6): 542-49. doi:10.1111/j.1552-6909.2007.00191.x <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17973697/>
9. Urdaneta MJ, Rivera SA, et al. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2011; 76 (2): 102-12. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262011000200007>
10. Cox J, Holden J, Sagovsky R. Detection of postnatal depression development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *BJ Psychiat* 1987; 150: 782-86. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3651732/> DOI: 10.1192/bjp.150.6.782
11. CENETEC. Guía de Práctica clínica: Prevención, Diagnóstico y manejo de la Depresión Prenatal y Postparto en el primero y segundo niveles de atención. Evidencias y recomendaciones. Julio 2014. cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-666-14/ER.pdf
12. Espíndola JG, Morales F, Mota C, et al. Calibración del punto de corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatol Reprod Hum* 2004; 18 (3): 179-86. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=21431>

13. Levis B, Negeri Z, Sun Y, Benedetti A, Thombs BD. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ* 2020; m4022. <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4022/peer-review> doi:10.1136/bmj.m4022
14. Cuijpers P, van Straten A, Smit F, Mihalopoulos C, Beekman A. Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. *Am J Psychiat* 2008; 165 (10): 1272–1280. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18765483/>
15. Dosil M, Ozamiz-Etxebarria N, et al. Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2020. <https://doi.org/doi:10.1016/j.rpsm.2020.05.004>
16. Marelli S, Castelnuovo A, et al. Impact of COVID-19 lockdown on sleep quality in university students and administration staff. *J Neurol* 2020; 268 (1): 8-15. doi: 10.1007/s00415-020-10056-6
17. Durankuş F, Aksu E. Effects of the COVID-19 pandemic on anxiety and depressive symptoms in pregnant women: a preliminary study. *The Journal of maternal-fetal & neonatal medicine* 2020; 1-7. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1763946>
18. Organización Mundial de la Salud. Manejo Clínico de la COVID-19. Orientaciones provisionales 27 de mayo de 2020; 16. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332638/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-spa.pdf>
19. de Castro Filipa, Place Jean Marie, Villalobos Aremis, Allen-Leigh Betania. Sintomatología depresiva materna en México: prevalencia nacional, atención y perfiles poblacionales de riesgo. *Salud Pública Méx* 2015; 57 (2): 144-54. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200009&lng=es.
20. Patel V, Rodrigues M, DeSouza N. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry* 2002; 159 (1): 43-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11772688/>

CITACIÓN ACTUAL

De acuerdo con las principales bases de datos y repositorios internacionales, la nueva forma de citación para publicaciones periódicas, digitales (revistas en línea), libros o cualquier tipo de referencia que incluya número doi (por sus siglas en inglés: Digital Object Identifier) será de la siguiente forma:

REFERENCIAS

1. Yang M, Gou, ZW, Deng CJ, Liang X, et al.* A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. *J Obstet Gynaecol Res.* 2017;25(11):239-42. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04..0015>.**

* Cuando la referencia contiene hasta tres autores, éstos se colocarán de forma completa. En caso de 5 autores o más, solo se colocan cuatro, seguidos de la palabra en latín “et al”.

** El registro Doi deberá colocarse con el link completo (como se indica en el ejemplo).