

Tzitziqui Ahuanda Morales-Chavez,^{1a} Gabriela Morales-Patiño,^{2b} Berenice Argüello-Florián^{1c}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 80, Servicio de Medicina Familiar. Morelia, Michoacán, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Regional No. 1, Servicio de Ginecología y Obstetricia. Morelia, Michoacán, México

Proyecto autorizado por el Comité Local de Ética e Investigación en Salud del IMSS R-2022-1602-037

Doi: 10.5281/zenodo.15722981

ORCID

0009-0005-8850-5541^a

0009-0008-0324-7435^b

0000-0002-8845-3463^c

Palabras clave:

Depresión Posparto

Violencia de Pareja

Puerperio

Mujeres

Keywords:

Depression, Postpartum

Intimate Partner Violence

Postpartum Period

Women

Correspondencia:

Berenice Argüello Florián

Correo electrónico:

berenice021422@gmail.com

Fecha de recepción:

19/08/2024

Fecha de aceptación:

24/12/2024

Resumen

Introducción: la depresión posparto es ocasionada por factores hormonales debido al proceso de gestación, en la cual inciden factores psicosociales que pueden condicionar la presentación de síntomas, como el antecedente de depresión, violencia de pareja, escolaridad y estado civil, entre otros.

Objetivo: analizar los factores psicosociales asociados con depresión posparto y violencia de pareja en mujeres puérperas.

Metodología: estudio transversal analítico realizado con 219 mujeres puérperas seleccionadas por muestreo probabilístico por conveniencia. Se utilizó el cuestionario de Depresión Posnatal de Edimburgo y la versión corta de la *Woman Abuse Screening Tool*. El análisis de asociación de variables se hizo con chi cuadrada, en el programa SPSS, versión 23.

Resultados: del total de mujeres puérperas, 28.3% presentó depresión posparto. La media de edad fue de 26 años. La escolaridad básica fue secundaria en 37% ($p = 0.028$), hubo referentes de violencia de pareja en 43.5% ($p = 0.001$) y antecedente de depresión en 16.1% ($p = 0.024$); el estado civil predominante fue unión libre ($p = 0.239$).

Conclusiones: se identificó depresión posparto en una de cada 4 mujeres puérperas. Los factores asociados con depresión posparto fueron escolaridad básica de secundaria, antecedente de violencia de pareja y antecedente de depresión. No se encontró relación entre el estado civil y la depresión posparto.

Abstract

Introduction: Postpartum depression is caused by hormonal factors associated with pregnancy, which are influenced by psychosocial factors that can influence the onset of symptoms, such as a history of depression, intimate partner violence, education level, and marital status, among others.

Objective: To analyze the psychosocial factors associated with postpartum depression and intimate partner violence in women in the postpartum period.

Methodology: Analytical cross-sectional study carried out with 219 postpartum women selected by convenience probability sampling. The Edinburgh Postnatal Depression Questionnaire and the short version of the Woman Abuse Screening Tool were used. Variable association analysis was performed using a chi-square test in SPSS, version 23.

Results: Out of the total postpartum women, 28.3% had postpartum depression. The mean age was 26 years. 37% had completed secondary school ($p = 0.028$), 43.5% had reported intimate partner violence ($p = 0.001$), and 16.1% had a history of depression ($p = 0.024$); the predominant marital status was civil union ($p = 0.239$).

Conclusions: Postpartum depression was identified in 1 out of 4 postpartum women. Factors associated with postpartum depression were secondary school, a history of intimate partner violence, and a history of depression. No relationship was found between marital status and postpartum depression.

Introducción

El periodo postnatal temprano tiene un alto riesgo de episodios nuevos y recurrentes de enfermedades mentales.¹ La depresión posparto (DPP) es un episodio de depresión mayor que no se autolimita y que cumple con criterios establecidos, como estado de tristeza, pérdida del interés por las actividades cotidianas la mayor parte del día, sentimientos de culpa, alteración del sueño, dificultad para concentrarse, agitación o retraso psicomotor, falta de energía e ideas de muerte, los cuales deben presentarse todo el día, casi todos los días, por lo menos durante dos semanas.^{2,3}

Se estima que una de cada 5 mujeres puede presentar depresión mayor a lo largo de su vida. En Cuba (2018), la depresión posparto se presentó en el 13.66% de mujeres de la provincia de Granma y se identificaron factores predominantes como el no tener pareja, depresión y violencia previas.⁴ En El Salvador (2019), se presentó en el 44.4% de mujeres entre 15 y 46 años, en su mayoría en unión libre, amas de casa y con bachillerato completo.⁵ Se tienen reportes de Venezuela, donde la cifra fue de 24.46% en 2017.⁶

Respecto al factor de violencia de pareja, en un estudio realizado en 378 mujeres puérperas en Etiopía (2019) se reportó violencia en 23.8% de ellas y el 27% presentó depresión posparto; asimismo, se determinó que la soltería es la primera variable sociodemográfica que tiene una asociación significativa con la depresión posparto.⁷

En México, la depresión posparto se ha reportado con una prevalencia inicial del 9% y a las 6 semanas después del embarazo de 13.8%. No obstante, hay reportes en los que la depresión posparto afecta hasta al 56% de las mujeres latinas residentes en Estados Unidos y en México;⁸ por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que se preste mayor atención a las habilidades, actitudes y capacidades de los profesionales de la salud para mejorar el reconocimiento y la asistencia de dicha patología.

Aun así, los factores de riesgo para depresión posparto no están muy claros y cambian a lo largo del tiempo y en cada comunidad.⁹ Se han considerado factores como la falta de redes de apoyo, embarazos no deseados, bajo nivel socioeconómico, antecedentes heredofamiliares y personales de depresión, edades extremas y abortos previos, al igual que la vulnerabilidad de las mujeres con antecedente de cuadros depresivos o de violencia.^{10,11} Se ha confirmado que la disfuncionalidad familiar es uno de los predictores más potentes de la depresión posparto¹² y

que la violencia de pareja afecta al estado de ánimo y en consecuencia incide en que haya presencia de depresión.¹³ Las madres deprimidas tienen mayor dificultad para la crianza de los niños pequeños y la calidad del cuidado es deficiente, lo cual influye en el desarrollo neurocognitivo del niño.¹⁴

Se ha identificado que durante el embarazo o en el posparto, la mayoría de las mujeres no comunican que se sienten deprimidas y, por lo tanto, esta situación pasa inadvertida para el personal de salud en el primero y segundo nivel de atención; en consecuencia, hay un subdiagnóstico de la depresión posparto y con ello las afectaciones en el binomio madre-hijo, en el desarrollo intrauterino del bebé y las alteraciones en las relaciones sociales.^{15,16}

Hacer el tamizaje durante las primeras semanas del posparto puede contribuir a mejorar el pronóstico; para ello, la prueba más utilizada, recomendada y validada para los profesionales de atención primaria es la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo;^{17,18} se aplica en dos momentos: tercer trimestre del embarazo y entre las 6 y 12 semanas después del parto.⁸

En nuestro medio no se cuenta con estudios sobre los factores asociados a depresión posparto, lo cual es limitante para su identificación y tratamiento oportunos; por ello, es importante llevar a cabo un cribado constante en toda mujer en riesgo. Por lo anterior, el propósito fue analizar la asociación entre los factores de depresión posparto y la violencia de pareja en mujeres puérperas.

Metodología

Estudio transversal analítico, el cual se llevó a cabo de enero a agosto de 2023 en población derechohabiente del IMSS, adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 80 de Morelia, Michoacán, México.

El tamaño de muestra se calculó con la fórmula para poblaciones infinitas, con un intervalo de confianza de 94%, error estándar 5%, probabilidad de éxito de 75% y probabilidad de fracaso de 25%. Como resultado se obtuvo una muestra de 219 mujeres puérperas de 16 a 40 años. No se incluyeron las mujeres en tratamiento por enfermedad psiquiátrica o que culminaron el embarazo con producto no viable.

En el caso de mujeres menores de edad, se les proporcionó a los padres o tutores una explicación breve sobre la investigación y sus propósitos, así como la solicitud del consentimiento informado. A las mujeres puérperas

menores de 18 años, se les entregó un asentimiento informado.

Instrumento de medición

Se utilizó la Escala de depresión posnatal de Edimburgo,⁸ validada en estudios con mujeres mexicanas, y se obtuvo una sensibilidad de 45 a 100% y una especificidad de 72 a 100%. La escala cuenta con un total de 10 preguntas, cada una con 4 opciones de respuesta tipo Likert con puntaje de 0 a 3 según la seriedad de los síntomas. La puntuación ≥ 10 es indicativa de depresión posparto.¹⁸ En la muestra del presente estudio, la confiabilidad con alfa de Cronbach fue de 0.801.

Asimismo, se utilizó la versión corta en español del *Woman Abuse Screening Tool* (WAST), validado por Fogarty y Brown¹⁶ en pacientes hispanohablantes, para ser utilizada en atención primaria y detectar la violencia de pareja. Esta reportó una sensibilidad de 93% y una especificidad de 68%. La estructura del instrumento se compone de 2 preguntas con 3 opciones de respuesta. La pregunta 1 dice: En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja? La puntuación de 1 se aplica para las respuestas positivas: A-mucha tensión, B-alguna tensión y la puntuación de 0 se aplica para las respuestas negativas: C-sin tensión. La pregunta 2 dice Usted y su pareja resuelven sus discusiones con: A-mucha dificultad, B-alguna dificultad y C-sin dificultad. Así, la puntuación final oscila entre 0 y 2, y se consideró como resultado positivo para violencia de pareja el de 2 puntos.¹⁶ En la muestra del presente estudio, la fiabilidad fue de 0.832 mediante alfa de Cronbach.

Para identificar otros factores asociados, se hizo una recolección de datos personales de las mujeres participantes que incluyó la edad materna, estado civil y escolaridad; para valorar si tuvo depresión previa, se preguntó si había sido diagnosticada con trastorno depresivo por personal de salud antes del último embarazo.

Las variables cualitativas se presentaron en frecuencias y porcentajes, y las variables cuantitativas en medias con desviación estándar (distribución normal). La estadística inferencial fue con la prueba no paramétrica chi cuadrada para determinar la asociación entre variables categóricas. Se consideró que había significación estadística con un valor de $p < 0.05$. Todos los cálculos se hicieron con el paquete estadístico SPSS, versión 23.

Este proyecto de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité Local de Ética e Investigación en Salud del IMSS (R-2022-1602-037). Todos los participantes

tuvieron conocimiento del objetivo de la investigación y colaboraron con libertad.

Resultados

Del total de 219 participantes, la tercera parte de las mujeres púerperas (28.3%) obtuvo tamizaje positivo para depresión posparto y solo el 16.1% refirió tener antecedentes de depresión. La media de edad fue de 26.8 ± 6 años, el 51.6% de las mujeres refirieron que convivían en unión libre y el 37% que tenía escolaridad de secundaria. Casi la mitad de las mujeres púerperas (43.5%) con tamizaje positivo de depresión posparto refirió haber vivido violencia de pareja. Cabe señalar que del grupo de mujeres con tamizaje negativo para depresión posparto (71.7%), el 6.3% refirió antecedentes de depresión y 22.1% violencia de pareja (cuadro I).

En la figura 1 se muestra que menos de la mitad de las mujeres púerperas que presentaron tamizaje positivo para depresión posparto han sufrido violencia de pareja (43.5%).

La mayor parte de las mujeres con tamizaje positivo de depresión posparto no tiene antecedente de algún tipo de depresión diagnosticada a lo largo de su vida. Se destaca que en ambos grupos las mujeres púerperas refieren tener antecedentes de depresión (figura 2).

La mayor parte de las mujeres con tamizaje positivo de depresión posparto contaba con educación básica de secundaria (37%) y bachillerato (32.2%); solo el 3.2% refirió que tenía estudios de posgrado. En el grupo con tamizaje negativo, el 36.3% refirió educación de bachillerato y el 38.8% grado de licenciatura (figura 3).

El estado civil predominante en el 51.6% de las mujeres púerperas con tamizaje positivo de depresión posparto fue unión libre; en el caso de las mujeres púerperas con tamizaje negativo, el 52.8% eran casadas y el 40.1% vivían en unión libre (figura 4).

Discusión

La depresión posparto es una patología muy frecuente en nuestro medio, con cifras que van en aumento. Esto puede relacionarse con diversos factores sociodemográficos de cada grupo de población. Tal situación amerita que en las mujeres púerperas se considere la valoración y el tamizaje de la depresión posparto.

El tamizaje permitió identificar al 28.3% de mujeres púerperas con depresión posparto que acudieron a la

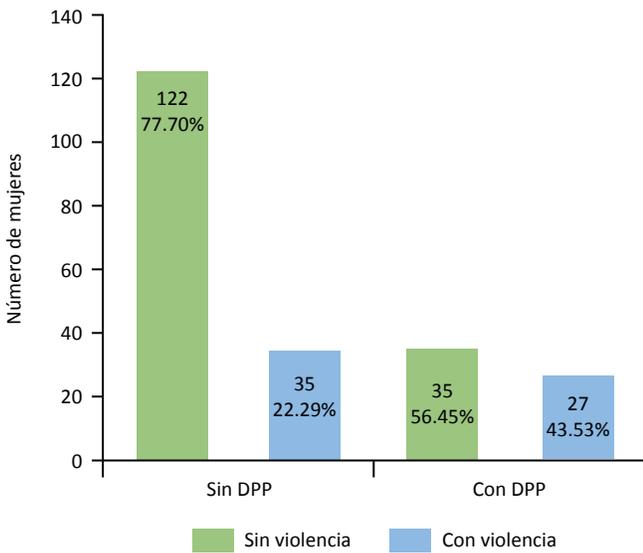
Cuadro I Características de las mujeres puérperas con tamizaje positivo y negativo para depresión posparto (n = 219)

Características	Media ± de (RIC)		p
	n (%)	n (%)	
Edad (en años)	26.84 ± 6.047 (16-38)	28.41 ± 5.429 (18-40)	
	Positivo	Negativo	
Depresión posparto	62 (28.3)	157 (71.7%)	
Estado civil			0.239
Soltera	6 (6.80)	9 (5.73)	
Casada	23 (37.09)	83 (52.86)	
En unión libre	32 (51.61)	63 (40.12)	
Viuda	1 (1.61)	1 (0.63)	
Divorciada	0 (0.00)	1 (0.63)	
Escolaridad			0.028*
Primaria	3 (4.83)	6 (3.82)	
Secundaria	23 (37.09)	32 (20.38)	
Preparatoria	20 (32.25)	57 (36.30)	
Licenciatura	14 (22.58)	61 (38.85)	
Posgrado	2 (3.22)	1 (0.63)	
Antecedente depresión			0.024*
Sí	10 (16.12)	10 (6.36)	
No	52 (83.87)	147 (93.63)	
Violencia de pareja			0.001*
Sí	27 (43.54)	35 (22.29)	
No	35 (56.45)	122 (77.70)	

RIC: rangos intercuartílicos

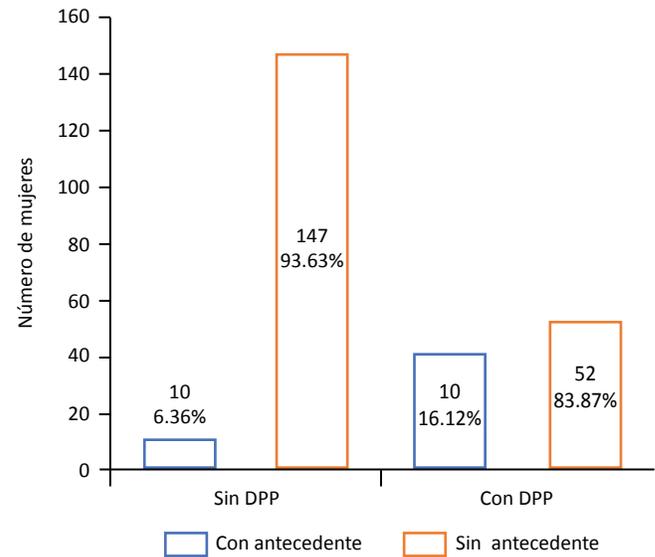
*Cifra estadísticamente significativa (p < 0.05).

Figura 1 Proporción de mujeres puérperas con tamizaje positivo y negativo de depresión posparto que refirieron violencia de pareja (n = 219)



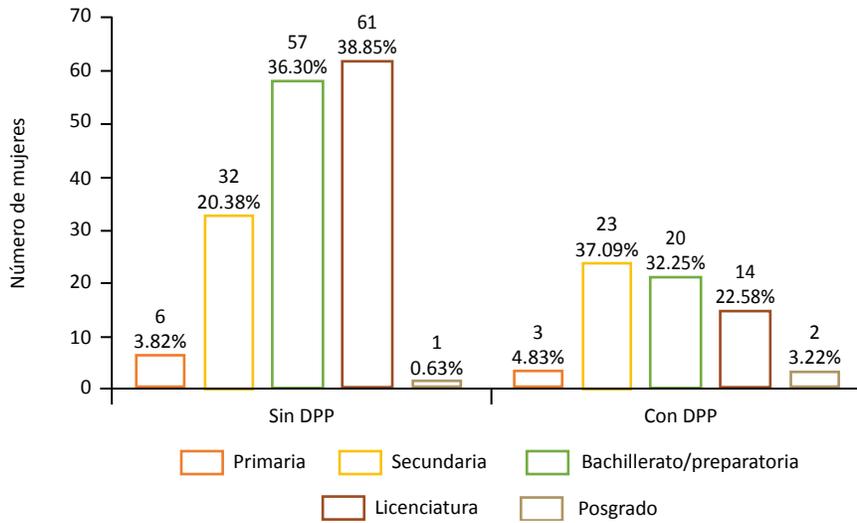
DPP: depresión posparto

Figura 2 Antecedente de diagnóstico de depresión en mujeres puérperas con tamizaje positivo y negativo de depresión posparto (n = 219)



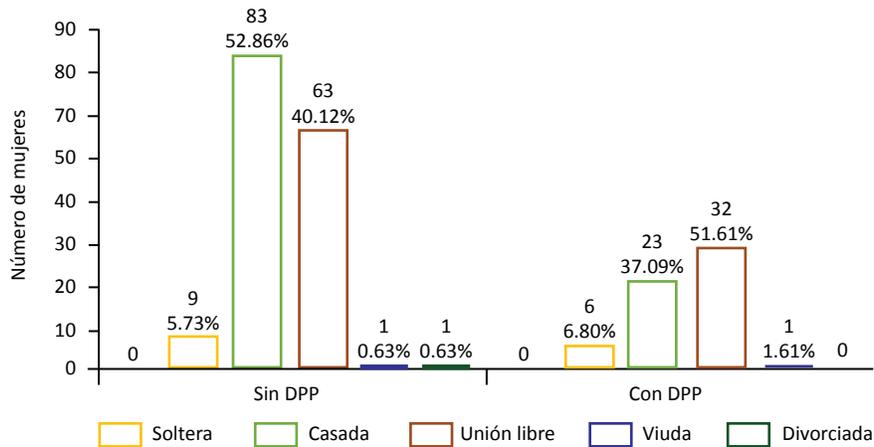
DPP: depresión posparto

Figura 3 Escolaridad de las mujeres puérperas con tamizaje positivo y negativo de depresión posparto (n = 219)



DPP: depresión posparto

Figura 4 Estado civil de las mujeres puérperas con tamizaje positivo y negativo de depresión posparto (n = 219)



DPP: depresión posparto

UMF No. 80. La mayoría de ellas vivían en unión libre y tenían escolaridad secundaria. Esta situación es similar a lo descrito por Santamaría-Caballero *et al.*¹⁹ en el noreste de México, estudio en el que 22% de las mujeres embarazadas presentó síntomas inespecíficos de depresión o ansiedad. Esta cifra fue considerablemente mayor que la obtenida por Romero *et al.*²⁰ con el 16% que presentó tamizaje positivo, escolaridad secundaria y unión libre. Santiago-Sanabria *et al.*²¹ encontraron en población mexicana que ser soltera es un factor protector de depresión pos-

parto y ser casada es un factor de riesgo para padecerla. Lo mismo observaron Paolantonio *et al.*²² en Argentina, para quienes la mayor incidencia se dio en mujeres casadas y hubo correlación entre mayor grado de escolaridad y menor predisposición a la depresión posparto. Esto podría atribuirse a los cambios socioculturales de los últimos años en las distintas poblaciones estudiadas.

La edad promedio de la depresión posparto coincide con los estudios en población mexicana y población brasileña, con una media de edad de 26 años,²³ sin dejar

de considerar que la región geográfica puede influir en la edad de presentación; por ejemplo, en mujeres españolas la edad media fue de 32 años.²⁴

El estado civil se asocia con la presencia de sintomatología depresiva, esto según el estudio realizado en Chiapas, México,²⁵ en el cual predominaron las mujeres solteras en contraste con lo registrado en el presente estudio, en el que hubo una mayor incidencia de depresión posparto en mujeres que vivían en unión libre. Lo anterior es similar en el caso de un centro materno infantil en Lima, Perú,²⁶ con incidencia del 20.5% y en la investigación hecha por González-González⁴ en Cuba, con incidencia del 13.66%. También son similares las características sociodemográficas de las mujeres con depresión posparto, que refirieron antecedentes de violencia de pareja y algún tipo de depresión a lo largo de su vida; en consecuencia, los antecedentes de trastornos depresivos, bipolares o de ansiedad son factores de riesgo de depresión posparto.²⁷

Se puede afirmar que en las mujeres con antecedentes de depresión hay una alta tasa de recaídas de episodios depresivos durante el embarazo.²¹ Aunado al antecedente de depresión previa, la violencia de pareja también se asocia significativamente con el riesgo de desarrollar depresión posparto. Al respecto, Shitu *et al.*⁷ encontraron en Etiopía que la depresión posparto se presentó en el 27% de las mujeres, de las cuales el 22.13% refirió haber vivido violencia de pareja. En este sentido, las mujeres expuestas a violencia familiar tienen mayor riesgo de presentar depresión posparto que aquellas que no estuvieron expuestas a este factor,²⁸ así como la relación entre la depresión posparto con la presencia de violencia de pareja.¹² Dicha información coincide con los datos obtenidos en México, referentes al 43.9% de mujeres de 15 años o más con agresiones que provienen de su pareja.¹³

Macías-Cortés *et al.*¹⁸ hacen referencia a que la edad promedio de las mujeres que presentaron depresión posparto fue de 26 años, similar a la descrita en la presente investigación, así como el predominio de la educación básica completa. Sin embargo, vivir en unión libre fue el estado civil de las mujeres con depresión posparto en su mayoría,

a diferencia de lo encontrado por Macías-Cortés *et al.*, quienes notaron un predominio de mujeres casadas.

Conclusiones

Se identificó la depresión posparto en una de cada 4 mujeres puérperas que acuden a consulta en la Unidad de Medicina Familiar No. 80 de Morelia, Michoacán, México. Los factores asociados con depresión posparto fueron escolaridad secundaria, antecedente de violencia de pareja y antecedente de depresión. No se encontró relación entre estado civil y depresión posparto; sin embargo, puede influir para desencadenarla.

El abordaje de las mujeres con depresión posparto en el primer nivel de atención debe ser multifactorial e interprofesional. Se debe realizar el tamizaje en toda mujer durante las visitas de seguimiento del puerperio o valoración del recién nacido; sobre todo, en mujeres con antecedente de violencia de pareja durante la gestación. Un pilar fundamental para el seguimiento multidisciplinario de las mujeres con depresión posparto es la terapia cognitivo-conductual, así como el tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), de los que son de primera línea la sertralina y la paroxetina.

Algunas limitantes para este estudio fueron el tiempo del que disponían las mujeres participantes, porque la entrevista fue en la sala de espera previo a su consulta. Otra limitante fue que las mujeres acudían a la consulta en compañía de su pareja y al informar sobre el propósito del estudio y las encuestas, las parejas no aceptaron la participación de las mujeres. El tiempo fue limitado para realizar una valoración integral completa de las mujeres, a fin de identificar otros factores que pudieran estar implicados en el desarrollo de la depresión posparto.

Agradecimientos

Al personal del Consultorio de Planificación Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 80 de Morelia, Michoacán, México.

Referencias

1. Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry*. 2020;19(3):315. doi: 10.1002/wps.20769
2. Malpartida-Ampudia MK. Depresión posparto en atención primaria. *Rev Médica Sinerg*. 2020;5(2):355. doi: 10.31434/rms.v5i2.355
3. Viquez-Quesada M, Valverde-Chinchilla K. Detección temprana de la depresión posparto. *Ciencia y Salud*. 2022;6(5):39-40. doi: 10.34192/cienciaysalud.v6i5.474
4. González-González A, Casado-Méndez PR, Molero-Segreña M, et al. Factores asociados a depresión posparto. *Arch Med Cama-*

- güey. 2019;23(6):771-3. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000600770&lng=es.
5. Vallecampo de Magaña AM. Relación entre riesgo y factores asociados a depresión postparto del puerperio inmediato de mujeres con bajo riesgo obstétrico. *Crea Ciencia*. 2021;14(1): 12-24. doi: 10.5377/creaciencia.v14i1.13200
 6. Meléndez M, Díaz M, Bohorjas L, et al. Depresión postparto y los factores de riesgo. *Rev. Salus*. 2017;21(3):7-12. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375955679003>
 7. Shitu S, Geda B, Dheresa M. Postpartum depression and associated factors among mothers who gave birth in the last twelve months in Ankessa district, Awi zone, North West Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):435. doi: 10.1186/s12884-019-2594-y
 8. Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primer y segundo niveles de atención. *Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud*; 2021. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-666-21/ER.pdf>
 9. Ceriani-Ceradas JM. Postpartum depression: Risk an early detection. *Arch Argent Pediatr*. 2020;118(3):154-5. doi: 10.5546/aap.2020.eng.154
 10. Villegas-Loaiza N, Paniagua-Dachner A, Vargas-Morales JA. Generalidades y Diagnóstico de la depresión posparto. *Rev Medica Sinerg*. 2019;4(7). doi: 10.31434/rms.v4i7.261
 11. Domeyko-Prieto M, Aracena M, Vergés A, et al. Antecedente de depresión, síntomas de estrés postraumático, apoyo social percibido: prediciendo la depresión posparto. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol*. 2022;87(5): 326. doi: 10.24875/rechog.22000063
 12. Silva L, Amaral TO, Souza C, et al. Síntomas depresivos en gestantes y violencia de pareja: un estudio transversal. *Enferm. Glob*. 2020;60(1):8-10. doi: 10.6018/eglobal.408841
 13. Medina I, Medina A. Violencias contra las mujeres en las relaciones de pareja en México. *Rev. Interst. Soc*. 2019;18(1):271-3. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-49642019000200269&lng=es&nrm=iso
 14. Huang Y, Liu Y, Wang Y, et al. Family function fully mediates the relationship between social support and perinatal depression in rural Southwest China. *BMC Psychiat*. 2021;21(1):2. doi: 10.1186/s12888-021-03155-9
 15. Falana SD, Carrington JM. Postpartum Depression: Are You Listening? *Nurs Clin North Am*. 2019;54(4):562. doi: 10.1016/j.cnur.2019.07.006
 16. Pichiule M, Gandarillas A, Pires M, et al. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool (WAST) en población general. *Gac Sanit*. 2020;34(6):595-7. doi: 10.1016/j.gaceta.2019.04.006
 17. Helke A, Chakole S. A Review on Risk Factors of Postpartum Depression in India and Its Management, *Cureus*. 2022;14(9):3. doi: 10.7759/cureus.29150
 18. Macías-Cortés EC, Lima-Gómez V, Asbun-Bojalil J. Exactitud diagnóstica de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo: consecuencias del tamizaje en mujeres mexicanas. *Gac Med Mex*. 2020;156:202-8. doi: 10.24875/gmm.19005424
 19. Santamaría-Caballero DL, De Paula-Suelto K, Abaunza-Pretelt LC, et al. Trastornos psiquiátricos desencadenados por la gestación: una revisión sistemática de la literatura. *Revista Neuronum*. 2020; 6(4):86.
 20. Romero R, Orozco LA, Ybarra JL, et al. Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol*. 2017;82(2):152-62. doi: 10.4067/S0717-75262017000200009
 21. Santiago-Sanabria L, Ibarra-Gussi PM, Rendón-Macías ME, et al. Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. *Ginecol Obstet Mex*. 2023;91(4):227-40. doi: 10.24245/gom.v91i4.8456
 22. Paolantonio MP, Manoiloff LM, Faas AE. Incidencia de la depresión posparto y factores de riesgo asociados en madres cordobesas. *Revista de Psicología*. 2023;22(2):80-99. doi: 10.24215/2422572Xe166
 23. Moll MF, Matos A, Borges GB, et al. Ocurrencia y factores asociados con la depresión posparto en un área urbana de Brasil. *Rev UM*. 2023;22(1):134-66. doi: 10.6018/eglobal.525191
 24. Riquelme-Gallego B, Martínez-Vazquez S, Amezcua-Prieto C, et al. Differences in psychological symptoms in pregnancy and postpartum before and during COVID-19: A cross-sectional Study. *Clínica y Salud*. 2023;34(2):85-90. doi: 10.5093/clysa2023a20
 25. Gómez-Pérez M, Salvatierra B, Sánchez-Ramírez G, et al. Factores relacionados con la sintomatología depresiva en mujeres en edad reproductiva de Chiapas, México. *Acta Universitaria*. 2023;33(1): 6-8. doi: 10.15174/au.2023.3609
 26. Ramos M, Rivera L. Asociación entre depresión posparto y apoyo de la pareja en un centro materno infantil de Lima. *An Fac Med*. 2022;83(1):19-24. doi: 10.15381/anales.v83i1.20562
 27. Van Niel MS, Payne JL. Perinatal depression: A review. *Cleve Clin J Med*. 2020;87(5):273-7. doi: 10.3949/ccjm.87a.19054
 28. Vasquez-Plasencia GA, Rodríguez-Díaz DR, Correa-Arangoitia A, et al. Disfuncionalidad familiar y violencia familiar como factores de riesgo de depresión puerperal. *Hospital Regional de Cajamarca, Perú*. 2014. UCV – Scientia. 2017;9(2):148-9. doi: 10.18050/RevUcv-Scientia.v9

.....
Cómo citar este artículo/To reference this article:

Morales-Chavez TA, Morales-Patiño G, Argüello-Florián B. Tamizaje de depresión posparto y violencia de pareja: factores en mujeres puérperas que acuden a consulta de medicina familiar. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2025;33(3):e1517. doi: 10.5281/zenodo.15722981