

Facultad de Medicina Alberto Hurtado



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL GRADO ACADÉMICO DE BACHILLER EN MEDICINA

Título:

**Frecuencia y factores asociados a ideación y
conducta suicida en mujeres en el primer
año posparto**

Alumnos:

**Ostolaza Vite, Angie Rosa María
Peña López, Estefanía Alexandra
Sanchez Tapia, Fernando Rafael**

Asesores:

**Dr. Johann Martín Vega Dienstmaier
Dr. Paulo Jorge Martín Ruiz Grosso**

2017

TABLA DE CONTENIDOS

Resumen	(1)
Abstract	(2)
Introducción	(3)
Materiales y Métodos	(5)
Resultados	(10)
Discusión.....	(12)
Referencias Bibliográficas.....	(15)
Declaración de Conflictos de Interés.....	(19)
Tablas, gráficos y figuras.....	(20)

RESUMEN

Objetivos: estimar la frecuencia de espectro suicida y determinar su relación con variables sociodemográficas, clínico psiquiátricas y ginecológicas en mujeres en el primer año posparto en un hospital público peruano. **Materiales y Métodos:** estudio transversal descriptivo que utilizó datos secundarios de un trabajo de investigación realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima en 1997. Se seleccionó 321 mujeres durante el primer año posparto, identificándose variables sociodemográficas, clínico-psiquiátricas, ginecológicas e espectro suicida buscando la presencia del síntoma 9 de depresión mayor del DSM IV (Structural Clinical Interview for DSM Disorders). **Resultados:** Se encontró una frecuencia de 15.89 % (IC 95%: 11.59-19.56) de espectro suicida en mujeres durante el primer año posparto. Estado civil separada/divorciada (OR = 5.36; p = 0.04), abortos previos (OR = 2.46; p = 0.08) , dormir menos de 6 horas (OR=4.6; p=0.004) y lactancia materna (OR=0.14;p=0.02) resultaron relacionados. Entre enfermedades psiquiátricas: depresión mayor (OR = 14.52; p <0.001), trastorno obsesivo compulsivo (OR = 3.96; p= 0.001), trastorno disfórico premenstrual (OR=3.25; p=0.002) y episodio maniaco o hipomaniaco previo (OR=2.12; p=0.025) también presentaron relación. **Conclusiones:** Se estimó la frecuencia de espectro suicida en mujeres de hasta un año posparto en 15.58%. Se encontraron relacionados: aborto previo, estado civil separada o divorciada, dormir menos de seis horas, depresión mayor, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno disfórico premenstrual ,episodio maniaco o hipomaniaco previo y la lactancia materna

Palabras claves: suicidal behaviour, suicide attempt, post partum, suicidal ideation

Frequency and factors associated with suicidality in women in the first postpartum year

ABSTRACT

Objective: to estimate the frequency of suicidality in until one year postpartum women in a general hospital as well as the relationship with sociodemographic, psychiatric and gynecological variables. **Methods:** descriptive cross-sectional study which was carried out by reviewing a database from a previous study in Cayetano Heredia Hospital, Lima in 1997. A total of 321 women were selected to evaluate sociodemographic, clinical variables and suicidality by searching for symptoms related to criterion 9 for major depression using the DSM-IV scale (Structured Clinical Interview for DSM Disorders). **Results:** a frequency of 15.89% (95% CI: 11.59-19.56) of suicidality among one year postpartum women was found. There was a relation with separated / divorced status (OR = 5.36, p = 0.04), previous abortions (OR = 2.46, p = 0.08), sleep less than 6 hours (OR = 6, p = 0.004) and breastfeeding. Among the psychiatric illnesses studied, major depression (OR = 14.52, p <0.001), obsessive-compulsive disorder (OR = 3.96, p = 0.001), premenstrual dysphoric disorder (OR = 3.25, p = 0.002) and previous manic or hypomanic episode (OR = 2.12; p = 0.025) were also related.

Conclusions: The frequency of suicidality in women up to one year postpartum was estimated in 15.58%. In addition, the variables related with suicidality were: previous abortion, separated or divorced marital status, sleeping less than six hours, major depression, obsessive compulsive disorder, premenstrual dysphoric disorder, previous manic episode and breastfeeding.

Keywords: suicidal behaviour, suicide attempt, postpartum, suicidal ideation

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales representan una causa importante de pérdida de calidad de vida y la consecuencia más grave que ellos conllevan es el suicidio (1). La Organización Mundial de la Salud define al suicidio como un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados (2).

El suicidio representa una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. En el Perú, la tasa de suicidio parece haberse incrementado de 1.0 en el año 2009 a 1.13 en el año 2013 por cada 100 000 habitantes (4). En la población general, los suicidios son cometidos principalmente por hombres de mediana edad (5,6), mientras que los intentos suicidas son más frecuentes entre las mujeres jóvenes (7,8). En mujeres en edad reproductiva, los suicidios representan la cuarta causa de mortalidad (9). Es claro que el suicidio es una preocupación mundial, pero es sumamente importante también cuando hablamos de mortalidad materna (10). El papel del periodo perinatal como factor de riesgo para suicidio aun es controversial; diversos estudios han encontrado que la tasa de mortalidad por suicidio en mujeres en periodo postparto es menor a la de mujeres de la misma edad que no han gestado mientras que otros sugieren que las cifras de mortalidad incrementan en el periodo postparto(11).

El suicidio representa el 20% de las muertes maternas en el puerperio, ubicándose como la séptima causa de muerte materna dentro de los 6 meses post parto (12). Por este motivo, el suicidio representa un importante problema de salud pública (13).

Se ha encontrado relacionado con espectro suicida en el posparto al trastorno por abuso de sustancias, trastorno psiquiátrico o ambos; otros estudios han encontrado también incremento del riesgo suicida en madres con antecedente de abuso físico en la infancia, trastornos del sueño y ansiedad (14,15).

Además otros investigadores encontraron que mujeres que no habían terminado la escuela primaria en comparación con mujeres que habían terminado estudios secundarios presentan mayor tendencia a ideas suicidas en el posparto (16). Por último, hay estudios que usando la escala de Depresión Posnatal de Edimburgo encontraron que la ideación suicida estaba relacionada con la edad materna temprana, ausencia de pareja, raza no caucásica, laceración vaginal grave, muerte fetal o del bebé (17).

De acuerdo a la literatura revisada, podemos observar que los factores de riesgo en puérperas para ideación suicida son muchos y varían de acuerdo a los distintos escenarios. A pesar de que en nuestro país existen algunos estudios sobre depresión posparto y los factores de riesgo asociados (18,19); es importante resaltar que la población proviene principalmente de instituciones especializadas en Salud Mental o es poco representativa (20). Además, en el Perú aún no se ha investigado la frecuencia de la espectro suicida suicida en mujeres en el periodo posparto y los posibles factores de riesgo asociados.

OBJETIVOS:

- Estimar la frecuencia de ideación y conducta suicida en mujeres en el primer año posparto en un hospital público peruano.
- Determinar la relación de las variables sociodemográficas y clínicas con la ideación/conducta suicida.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio

Se realizó un estudio transversal descriptivo utilizando datos secundarios que provienen de la base de datos de un estudio que tuvo como objetivo evaluar la prevalencia y los factores relacionados a la depresión posparto (21), el cual fue realizado en el Hospital Cayetano Heredia de Lima con la autorización del Comité de Ética del mismo y el de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Población

Mujeres en edad reproductiva captadas entre enero y agosto de 1997 en los consultorios externos de planificación familiar y pediatría (madres) del Hospital Nacional Cayetano Heredia (Lima, Perú).

Criterios de inclusión

Pacientes cuya fecha de parto sea menor a 1 año de la fecha de la encuesta.

Criterios de exclusión

Pacientes cuya fecha de parto exceda más de 1 año de la fecha de la encuesta.

Pacientes que no completen la encuesta por cualquier motivo incluyendo rechazo a participar en el estudio.

Muestra y Marco Muestral

Se captaron 441 pacientes de las cuales declinaron a participar 16. Por ello, se estudió 425 mujeres y se obtuvo consentimiento informado por escrito de las mismas. Se excluyó a mujeres con menos de siete años de instrucción, a las gestantes y a aquellas que habían tenido un aborto u óbito en los 12 meses previos. De este grupo se seleccionó 321 mujeres que se encontraban en el primer año posparto.

Definición operacional de variables

A. Variables dependientes:

Espectro Suicida

Se considera que existe espectro suicida si el paciente ha pensado que mejor sería morirse, ha pensado en hacerse daño, ha tenido pensamientos recurrentes sobre morir (no solo miedo a morir), ha pensado en suicidarse, ha tenido un plan específico para suicidarse o ha hecho algo para suicidarse

a. Variables sociodemográficas

1. Edad

Se registró la edad en años según lo referido por la participante y se dicotomizó en: menores de 25 años y 25 años o más.

2. Grado de instrucción

Se registró el grado de instrucción de acuerdo al número de años estudiados. Se dicotomizó en: secundaria incompleta o menos (menos de once años de estudios) y secundaria completa o más (once años o más).

3. Estado civil

Se consideró el estado civil reportado por la participante según las siguientes tres categorías: casada/conviviente, soltera, y separada/divorciada.

4. Consumo de Café

Se registró el número de tazas de café al mes según lo referido por la participante y se dicotomizó en: menos de una taza a la semana y una o más tazas semanales.

5. Tabaco

Se registró el número de cigarrillos al mes según lo referido por la participante y se dicotomizó en: 0 (ningún cigarrillo al mes) y 1 (uno o más cigarrillos al mes).

6. Alcohol

Se registró el número de veces al mes que la participante refería consumir alcohol y se dicotomizó en: 0 (ninguna vez) y 1(una o más veces al mes).

7. Cantidad de horas de sueño al día

Se registró el número de horas de sueño referidas por la participante y se utilizó 3 categorías: $< 6\text{h/día}$, de 6 a $<10\text{ horas/día}$ y $\geq 10\text{h /día}$.

8. Lactancia materna

Si la participante afirmó que al momento de la entrevista estuvo dando de lactar (dicotómica).

b. Variables clínico-ginecológicas

1. Número de Gestaciones:

Según el número referido por la participante se incluyó recién nacidos a término, recién nacidos pre-término, abortos, molas hidatiformes, abortos ectópicos; se consideró embarazo gemelar como una sola gestación. Se dicotomizó en: primíparas y multíparas (se incluyó dentro de esta última grandes multíparas).

2. Nacidos Pre término:

Se consideró recién nacidos pre-término a todas aquellas gestaciones que culminaron antes de las 37 semanas. Se dicotomizó en 0 (ningún nacido pre-término) y uno (uno o más nacidos pre-término).

3. Abortos:

Se registró el número de abortos según lo referido por la participante. Se definió aborto como la terminación espontánea o provocada de la gestación antes de la vigésima semana contando desde el primer día de la última menstruación normal, o la expulsión del producto de la gestación con peso menor a 500 gramos. Se operativizó como una variable numérica discreta y se dicotomizó en cero (ningún aborto) y uno (uno o más abortos).

c. Variables clínico-psiquiátricas

1. Depresión Mayor

Definición acorde a criterios de Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV.

2. Trastorno Disfórico Premenstrual

Definición acorde a criterios de Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV.

3. Trastorno Obsesivo Compulsivo

Definición acorde a criterios de Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV

4. Episodio Maniaco o Hipomaniaco Previo

Definición acorde a criterios de Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV.

Procedimientos y Técnicas

Se utilizó una base de datos de un estudio cuyo objetivo consistía en evaluar la estructura de la sintomatología depresiva en 321 mujeres cursando el primer año postparto realizado en el Hospital Cayetano Heredia (Lima, Perú).

En el presente estudio se empleó información de esta base de datos, y que previa firma de un consentimiento informado, había sido examinada con la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV para depresión mayor (22), usando específicamente preguntas relacionadas a tendencia suicida incluidas en la sección de episodio depresivo actual indagando específicamente por: ideas de muerte, ideas autolesivas y conducta suicida.

Se consideró ideación o conducta suicida, el cumplir el síntoma 9 del criterio A para depresión mayor del DSM IV: pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Plan de Análisis

Se utilizó el programa estadístico Stata Version 11.0 y se realizó un análisis descriptivo de la población en estudio, se obtuvo porcentajes, odds ratio, intervalos de confianza al 95% y $P > z$.

Asimismo, se realizó un análisis bivariado relacionando la variable dependiente (espectro suicida) con las variables independientes socio-demográficas, clínico-ginecológicas y clínico-psiquiátricas para estimar la magnitud y significancia de las mismas como predictores de la variable a estudiar mediante la obtención de Odds Ratio, valor “p” e intervalos de confianza al 95%.

Finalmente, se realizó un análisis multivariado relacionando la variable dependiente (espectro suicida) con las variables independientes que resultaron asociadas significativamente ($p < 0.2$), excluyendo a las clínico-psiquiátricas pues estas modifican la fuerza de asociación del resto de variables en análisis.

Aspectos Éticos

El presente proyecto se presentó al Comité Institucional de Ética para Humanos para evaluación y se ejecutó una vez fue aprobado por el mismo.

Medidas de confidencialidad de la información obtenida

La información que pueda identificar a los participantes se codificó en una base de datos de identidades que se mantuvo guardada bajo clave y separada del resto de datos resultantes de las variables de interés, vinculada con esta solamente mediante un código alfanumérico. Únicamente los investigadores principales y el asesor tendrán acceso a esta base de datos.

Los documentos digitales y la base de datos se guardaron en un ordenador y copia electrónica ambos bajo contraseña, la cual es conocida por los investigadores principales y el asesor. Asimismo, la base de datos sólo se visualizó a través de Stata 11.0 donde no se mostraron datos que pudiesen identificar a los participantes.

RESULTADOS

Como se puede observar en la tabla 1, estudiamos 321 mujeres de hasta un año posparto. La edad promedio fue de 25.05 años (DE=5.44). Asimismo, el grado de instrucción fue de 11 años (DE=2.04). Respecto al estado civil, la mayoría de las participantes eran casadas/convivientes (88%), 11% de solteras y 2% de separadas/divorciadas.

El 58% de las mujeres eran primíparas y el 42% eran multíparas/gran multíparas, 12% tuvieron partos pre-término. Se observó que un 16% de las participantes presentaron algún aborto durante su vida y un 97% (310) daban lactancia materna a sus bebés. El 53.13% de las participantes bebía café menos de una vez a la semana, el 95% de las participantes eran no fumadoras (ninguna vez al mes) y un 79% no bebía alcohol (ninguna vez al mes).

Respecto a enfermedades psiquiátricas, 19 participantes (6%) presentaban depresión mayor, 29 mujeres (9%) presentaban trastorno obsesivo compulsivo, el 13% (43 mujeres) sufrían de trastorno disfórico premenstrual y un 22% (70 participantes) presentaron episodio maniaco o hipomaniaco previo.

Por otro lado, un 75% (242 mujeres) dormían entre 6 y 9 horas y media, 20% (63 participantes) dormían diez horas o más y un 5% (16 mujeres) dormían menos de 6 horas.

Se observó que un 15.89% (51 participantes) (IC 95%: 11.59-19.56) presentaban espectro suicida. Asimismo, 48 (14.95%) pensamiento de que sería mejor morir, 22(6.85%) ideas suicidas y 6 (1.87%) intento suicida.

En la tabla 2 se hizo una evaluación con todas las variables independientes y se halló, a manera de un análisis exploratorio que ser separada/divorciada estaría relacionado con espectro suicida (OR=5.36), así como haber presentado un aborto (2.46) y dormir menos de 6 horas (OR=4, 66).

Por otro lado, se observó también que la lactancia materna podría estar relacionada con disminución de espectro suicida, donde se podría sugerir sería un factor protector, sin embargo requeriría estudios más complejos que puedan aclararlo. (OR=0.14).

Respecto a enfermedades psiquiátricas, se encontró que todas las estudiadas podrían estar relacionadas a la variable dependiente en estudio, las mujeres con depresión mayor presentaron (OR=14.52), trastorno disfórico premenstrual (OR=3.25), episodio maniaco o hipomaniaco previo (OR=2.12).

Finalmente, en la tabla 3 donde se realizó un análisis multivariado relacionando la variable dependiente (espectro suicida) con las variables independientes que resultaron asociadas significativamente ($p < 0.2$), excluyendo a las clínico-psiquiátricas pues estas modificarían la magnitud de relación del resto de variables en análisis; se mantuvieron las relaciones observadas en la tabla 2, sin embargo, respecto a nacidos pre término, si bien en la tabla 2 el valor de p es 0.084, al realizar el odds ratio ajustado en la tabla 3, este perdió la significancia ($p=0.1$).

DISCUSIÓN

Se registra poca cantidad de estudios acerca de frecuencia y factores asociados a espectro suicida en el posparto. Respecto a frecuencia, Jia-In Lee et al. encontraron que el 18.49% de la población general presenta espectro suicida en algún momento de su vida(22); en el caso de mujeres posparto, Tavares et al. estudiaron un grupo de 919 mujeres brasileñas en dicho periodo buscando riesgo suicida, para ello se utilizó el Mini International Neuropsychiatric Interview y reportaron una prevalencia de 11.5% la cual es relativamente menor a la encontrada en nuestro estudio (15.89%)(23). Al analizar dichos resultados podemos decir que si bien algunos estudios consideran el periodo posparto como protector para espectro suicida es muy difícil comparar estos valores debido son realizados en diferentes circunstancias, poblaciones, etc.

En base a los resultados obtenidos vemos que el estado civil podría estar relacionado respecto a espectro suicida en mujeres de hasta un año post parto, pues, a pesar de que nuestra población de estudio sólo incluía seis mujeres separadas / divorciadas lo cual es un factor limitante realizar el análisis, el OR era 5.96, ello nos indicaría una probable fuerte relación que sería interesante corroborar en estudios de mayor complejidad que nos permitan indagar por asociación. Revisando la literatura disponible, no se han encontrado estudios acerca de este punto en relación a espectro suicida en mujeres posparto específicamente.

Sin embargo, Batterham et al. en un estudio longitudinal realizado en Australia en el que participaron 6616 adultos, hallaron que después de la separación se incrementó casi tres veces la ideación suicida y ocho veces los planes e intentos en dos años posteriores a la separación (24).

Respecto a abortos, se han revisado varios artículos que estudiaron la relación del aborto con trastornos mentales posteriores a este evento, y la mayoría encuentra este como un riesgo

mayor para problemas de salud mental posteriores, incluyendo el espectro suicida (25,26). Un estudio realizado en el año 2014 en Finlandia encontró que las mujeres con un aborto previo tienen un riesgo de 3 veces en comparación a mujeres que no han estado embarazadas (27).

Por otro lado, si bien en este estudio al encontrar cierta relación, podría sugerir una probable asociación entre espectro suicida y lactancia materna, no se han encontrado estudios que determinen la asociación entre ellas. Sin embargo, Yusuff, Tang, Binns y Lee estudiaron un grupo de mujeres de hasta 3 meses posparto y encontraron que aquellas que daban de lactar a sus bebés tenían puntajes menores en la escala de depresión posparto de Edimburgo, lo cual nos podría dar cierto grado de relación basándonos en la relación directa de depresión con espectro suicida (28). Sin embargo, es importante recalcar que Brown, Rance y Bennett indican que si bien tener problemas o dificultades al dar de lactar está conectado con depresión pos parto, no es claro si esto precede o es el origen de la depresión en sí (29).

Referente a las enfermedades psiquiátricas, otro punto evaluado en el presente estudio fue la relación de trastorno obsesivo compulsivo (OR=3.96) e ideación/conducta suicida en mujeres hasta un año post parto que presentan este trastorno; en el año 2015 se realizó un meta análisis sobre suicidio y TOC, que incluyó cuarenta y ocho estudios, encontraron baja asociación entre ambos pero si se halló relación entre las mismas (30).

Asimismo, respecto al síndrome disfórico pre menstrual (OR=3.25); buscando bibliografía, se encontró solo un trabajo previo realizado en Francia que encuentra fuerte relación entre ambos (31).

Al indagar trastorno bipolar como asociación para espectro suicida en el posparto, expresado en este estudio como episodio maniaco o hipomaniaco previo (OR=2,12), no se encontraron estudios que hayan estudiado esta relación. A pesar de ello, Tidemalm et al. indican que desorden bipolar está asociado con aumento de riesgo de intento suicida en población en

general (32). Asimismo, Khan et al. refiere que tanto el embarazo como el posparto representan periodos de mayor vulnerabilidad para mujeres con desorden bipolar (33).

Respecto a horas de sueño, si bien no se han encontrado estudios de espectro suicida en el posparto, si se encontraron estudios referentes a depresión postparto. Dorheim et al. encontraron que el dormir menos horas está relacionado a depresión independientemente de cualquier otro factor de riesgo (34). Asimismo, Dorheim et al. en otro estudio indica que el insomnio podría ser un predictor de recurrencia de depresión en el posparto en pacientes que presentaron depresión previamente (35). Finalmente, Gelaye et al. utilizando el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg encontró que una pobre calidad de sueño está asociada a ideación suicida anteparto (36). Si bien nuestro estudio, se enfocó sólo en horas de sueño, podría tener alguna relación con la calidad del mismo, pues dormir menos de 6 horas podría estar relacionado con una pobre calidad de sueño. Sería interesante realizar estudios adicionales que se enfoquen en calidad de sueño y posparto debido a que los hallazgos implicarían plantear intervenciones en gestantes y mujeres en periodo posparto, haciendo mayor énfasis en aquellas que padecen o padecieron de una enfermedad psiquiátrica por el gran riesgo que tienen de presentar espectro suicida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide: a framework. 2012; Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/75166>
2. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015 Aug 22;386(9995):743–800.
3. Orsolini L, Valchera A, Vecchiotti R, Tomasetti C, Iasevoli F, Fornaro M, et al. Suicide during Perinatal Period: Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Correlates. *Front Psychiatry*. 2016 Aug 12;7:138.
4. Hernández-Vásquez A, Azañedo D. Evolución y diferencias regionales de la mortalidad por suicidios en el Perú, 2004-2013. *Revista Peruana de [Internet]*. 2016; Available from: <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2562>
5. Mościcki EK. Gender differences in completed and attempted suicides. *Ann Epidemiol*. 1994 Mar;4(2):152–8.
6. CDC. Preventing suicide: program activities guide. National Center for Injury Prevention and Control. 2010;099–8211.
7. Younes N, Melchior M, Turbelin C, Blanchon T, Hanslik T, Chee CC. Attempted and completed suicide in primary care: not what we expected? *J Affect Disord*. 2015 Jan 1;170:150–4.
8. Parra Uribe I, Blasco-Fontecilla H, García-Parés G, Giró Batalla M, Llorens Capdevila M, Cebrià Meca A, et al. Attempted and completed suicide: Not what we expected? *J Affect Disord*. 2013 Sep 25;150(3):840–6.
9. Ortega LAG, Karch D. Precipitating circumstances of suicide among women of reproductive age in 16 U.S. States, 2003-2007. *J Womens Health* . 2010 Jan;19(1):5–7.

10. Gomes FA, O'Brien B, Nakano AMS. Attempted suicide in reproductive age women. *Health Care Women Int.* 2009 Aug;30(8):707–19.
11. Palladino CL, Singh V, Campbell J. Homicide and suicide during the perinatal period: findings from the National Violent Death Reporting System. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2011; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3428236/>
12. Gold KJ, Singh V, Marcus SM, Palladino CL. Mental health, substance use and intimate partner problems among pregnant and postpartum suicide victims in the National Violent Death Reporting System. *Gen Hosp Psychiatry.* 2012 Mar;34(2):139–45.
13. Weng S-C, Chang J-C, Yeh M-K, Wang S-M, Chen Y-H. Factors influencing attempted and completed suicide in postnatal women: A population-based study in Taiwan. *Sci Rep.* 2016 May 12;6:25770.
14. Comtois KA, Schiff MA, Grossman DC. Psychiatric risk factors associated with postpartum suicide attempt in Washington State, 1992-2001. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 Aug;199(2):120.e1–5.
15. Tavares D, Quevedo L, Jansen K, Souza L, Pinheiro R, Silva R. Prevalence of suicide risk and comorbidities in postpartum women in Pelotas. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012 Oct;34(3):270–6.
16. Kim JJ, La Porte LM, Saleh MP, Allweiss S, Adams MG, Zhou Y, et al. Suicide risk among perinatal women who report thoughts of self-harm on depression screens. *Obstet Gynecol.* 2015 Apr;125(4):885–93.
17. Vega-Dienstmaier JM. Estructura de la sintomatología depresiva en una muestra de mujeres con menos de un año postparto. *Rev Neuropsiquiatr.* 2015;78(4):221.
18. Atencia Olivas SM. Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrion durante abril--junio, 2015. 2015; Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4355>

19. Vásquez F. Estudio de intento de suicidio en el servicio de emergencia del Instituto de Salud Mental “Honorio delgado Hideyo Noguchi” 1994-1996. *An Salud Mental*. 1997;13(1-2):59–85.
20. Vega-Dienstmaier JM, Stucchi-Portocarrero S, Campos M. Prevalencia y factores de riesgo para depresión en mujeres posparto. *Actas Esp Psiquiatr*. 1999;27(5):299–303.
21. First MB, Gibbon M. *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II)*. John Wiley & Sons Inc; 2004.
22. Jia-In L. et al. Prevalence of suicidal ideation and associated risk factors in the general population. *J Formos Med Assoc* 2010. Vol 109. No2
23. Tavares D, Quevedo L, Jansen K, Souza L, Pinheiro R, Silva R. Prevalence of suicide risk and comorbidities in postpartum women in Pelotas. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012 Oct;34(3):270-6
24. Batterham P, Butterworth P, Calear A, Christensen H, Fairweather-Schmidt A, Mackinnon A. Temporal effects of separation on suicidal thoughts and behaviours. *Australia Social Science & Medicine* 2014; 111: 58-63.
25. Mota NP, Burnett M, Sareen J. Associations between Abortion, Mental Disorders, and Suicidal Behaviour in a Nationally Representative Sample *The Canadian Journal of Psychiatry* 2010; 55(4):239-247.
26. Coleman PK. Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009. *The British Journal of Psychiatry* 2011; 199(3): 180-186.
27. Gissler M, Karalis E, Ulander VM. Decreased suicide rate after induced abortion, after the Current Care Guidelines in Finland 1987-2012. *Scand J Public Health*. 2015;43(1):99-101.

28. Yusuff AS, Tang L, Binns CW, et al. Breastfeeding and Postnatal Depression: A Prospective Cohort Study in Sabah, Malaysia. *J Hum Lact* 2016;32(2):277-81.
29. Brown A, Rance J, Bennett P. Understanding the relationship between breastfeeding and postnatal depression: the role of pain and physical difficulties. *J Adv Nurs* 2016; 72(2):273-82.
30. Angelakis I, Gooding P, Tarrier N. Suicidality in obsessive compulsive disorder (OCD): a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2015; 39:1-15.
31. Jaussett I, Olié E, Guillaume S, et al. Personality Traits of Suicidality Are Associated with Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder in a Suicidal Women Sample. *PloS one* 2016.
32. Tidemalm D, Haglund A, Karanti A, et al. Attempted suicide in bipolar disorder: risk factors in a cohort of 6086 patients. *PLoS One* 2014.
33. Khan SJ, Fersh ME, Ernst C, et al. Bipolar Disorder in Pregnancy and Postpartum: Principles of Management. *Curr Psychiatry Rep* 2016;18(2):13.
34. Dørheim SK, Bondevik GT, Eberhard-Gran M, et al. Sleep and depression in postpartum women: a population-based study. *Sleep* 2009;32(7):847-55.
35. Dørheim SK, Bondevik GT, Eberhard-Gran M, et al. Can insomnia in pregnancy predict postpartum depression? A longitudinal, population-based study. *PLoS One* 2014.
36. Gelaye B, Addae G, Neway B, et al. Poor sleep quality, antepartum depression and suicidal ideation among pregnant women. *J Affect Disord* 2017;209:195-200.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

No se tiene ninguna situación de conflicto de intereses real, potencial o evidente, incluyendo ningún interés financiero o de otro tipo, ni en relación con un tercero.

TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

Tabla1: Descripción de la muestra

Descripción de la Muestra	N	Porcentaje
Estado Civil	320	
Casada/Conviviente	280	87.5%
Soltera	34	10.63%
Separada	6	1.875%
Numero de Gestaciones	321	
Primipara	187	58.26%
Multipara	134	41.74%
Nacidos Pre Termino	321	
Si	41	12.77%
Abortos	321	
Si	51	15.89%
Café (tazas)	320	
Menos de una a la semana	170	53.13%
Una a la semana o más	150	46.87%
Tabaco (una o más veces al mes)	321	
Si	17	5.3%
Alcohol (una o más veces al mes)	321	
Si	69	21.5%
Depresión Mayor	321	
Si	19	5.92%
Trastorno Obsesivo Compulsivo	313	
Si	29	9.27%
Trastorno Disfórico Premenstrual	321	
Si	43	13.4%
Lactancia Materna	321	
No	11	3.43%
Episodio Maniaco o Hipomaniaco Previo	321	
SI	70	21.81%
Cantidad de Horas de Sueño	321	
6-<10	242	75.39%
Menos de 6 horas	16	4.98%
10 o mas	63	19.63%
Espectro Suicida	321	
Sí	50	15.58%
Pensamiento de que sería mejor morir	321	
Sí	48	14.95%
Ideas suicidas	321	
Sí	22	6.85%
Intento suicida	321	
Sí	6	1.87%

Tabla 2: Relación entre espectro suicida con variables sociodemográficas, clínico ginecológicas y clínico psiquiátricas (Odds Ratio Bivariado)

Espectro Suicida	N	Odds Ratio	IC1	IC2	P>z
Edad	321				
Menores de 25 años	169	Referencia			
25 años o más	152	0.70	0.38	1.30	0.26
Grado de Instrucción	321				
Secundaria Incompleta o menos	54	Referencia			
Secundaria Completa o más	267	0.67	0,32	1.41	0.29
Estado Civil	320				
Casada/Conviviente	280	Referencia			
Soltera	34	0.52	0.15	1.77	0.295
Separada	6	5.36	1.05	27.44	0.044
Numero de Gestaciones	321				
Primípara	187	Referencia			
Múltipara	134	0.99	0.54	1.82	0.968
Nacidos Pre Termino	321				
No	281	Referencia			
Si	40	2.01	0.91	4.42	0.084
Abortos	321				
No	270	Referencia			
Si	51	2.46	1.21	4.99	0.013
Café	320				
Menos de una taza la semana	170	Referencia			
Una taza a la semana o más	150	0.87	0.47	1.60	0.658
Tabaco	321				
No	304	Referencia			
Si	17	0.71	0.16	3.21	0.658
Alcohol	321				
No	252	Referencia			
Si	69	1.53	0.77	3.03	0.225
Depresión Mayor	321				
No	302	Referencia			
Si	19	14.52	5.56	43.32	<0.001
Trastorno Obsesivo Compulsivo	320				
No	284	Referencia			
Si	29	3.96	1.735.066	9.02	0.001
Trastorno Disfórico Premenstrual	321				
No	278	Referencia			
Si	43	3.25	1.57	6.71	0.002
Lactancia Materna	321				
No	11	Referencia			
Si	310	0.14	0.04	0.47	0.002
Episodio Maniaco o Hipomaniaco Previo	321				
No	251	Referencia			
SI	70	2.12	1.10	4.08	0.025
Cantidad de Horas de Sueño	321				
6-<10	242	Referencia			
Menos de 6 horas	16	4.6	1.61	13.15	0.004
10 o mas	63	0.86	0.38	1.96	0.720

Tabla 3: Relación entre espectro suicida con variables significativas (exclusión de variables clínico-psiQUIÁTRICAS) Odds Ratio Ajustado

Espectro Suicida	N	Odds Ratio	IC1	IC2	P>z
Estado Civil	320				
Casada/Conviviente	280	Referencia			
Soltera	34	0.74	0.21	2.67	0.648
Separada	6	6.96	1.24	38.81	0.027
Abortos	321				
No	270	Referencia			
Si	51	2.92	1.35	6.3	0.006
Lactancia Materna	321				
No	11	Referencia			
Si	310	0.15	0.04	0.55	0.004
Nacidos Pre Termino	321				
No	281	Referencia			
Si	40	2.09	0.87	5.03	0.1
Cantidad de Horas de Sueño	321				
6-<10	242	Referencia			
Menos de 6 horas	16	5.34	1.77	16.1	0.003
10 o mas	63	0.77	0.32	1.86	0.570