



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Depresión posparto y disfunción familiar como factores asociados para ideación suicida. Centro de Atención Primaria Señor de Luren, Ica. 2018.

TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTORA:

Barrios Borjas, Dayara Alejandra (ORCID: 0000-0001-7044-7316)

ASESOR:

Mgtr. Rodríguez Díaz, David René (ORCID: 0000-0002-9203-3576)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Mental

TRUJILLO - PERÚ

2020

DEDICATORIA

A mis amados padres: Emilio y Alejandrina, porque me lo dieron todo, por su apoyo incondicional desde el día primero en que me aventuré a seguir la medicina, por los días de angustia, madrugadas eternas, noches en vela por la preocupación de guardias interminables, por el esfuerzo que realizaron al comprar un libro más.

A mi hermano Juan Emilio por su apoyo constante, que fue fundamental, aun cuando no tenga plena conciencia de ello.

AGRADECIMIENTOS

A las participantes de este estudio, por ser pieza fundamental en el inicio de evidencia científica de un tema tan poco abordado en nuestra región.

A mi familia y buenos amigos, que hicieron posible que llegara hasta aquí, por impedir que mi ánimo desistiera aun cuando hubo días en los que parecía no existir solución.

A mi fiel amigo Fonsi, por acompañarme durante las madrugadas eternas, desde la elaboración del proyecto inicial, hasta el día de su sustentación.

A los verdaderos maestros que tuve en estos años, quienes forjaron el camino hacia uno de mis sueños concebidos desde que tengo uso de razón.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA.....	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
INDICE DE TABLAS.....	v
INDICE DE GRAFICOS.....	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
I.INTRODUCCIÓN.....	1
II.MARCO TEÓRICO	6
III. METODOLOGÍA	17
3.1 Tipo y Diseño de Investigación	17
3.2 Variables y Operacionalización	17
3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis.....	17
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	19
3.5. Procedimientos.....	20
3.6. Método de análisis de datos	21
3.7. Aspectos éticos	21
IV: RESULTADOS	23
V.DISCUSIÓN.....	29
VI. CONCLUSIONES.....	36
VII. RECOMENDACIONES.....	37
REFERENCIAS.....	38
ANEXOS	45

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Frecuencia de depresión posparto, disfunción familiar e ideación suicida en las puérperas que acudieron al Centro de Atención Primaria Señor de Luren, Ica, durante el periodo setiembre-diciembre del 2018.....	23
Tabla N° 2. Características demográficas de las puérperas que acudieron al Centro de Atención Primaria Señor de Luren, Ica, durante el periodo setiembre-diciembre del 2018.....	23
Tabla N° 3. Características obstétricas de las puérperas que acudieron al Centro de Atención Primaria Señor de Luren, Ica, durante el periodo setiembre-diciembre del 2018.....	24
Tabla N° 4. Asociación entre depresión posparto, disfunción familiar e ideación suicida en las puérperas que acudieron al Centro de Atención Primaria Señor de Luren, Ica, durante el periodo setiembre-diciembre del 2018.....	25
Tabla N° 5. Asociación entre características demográficas e ideación suicida en las puérperas del Centro de Atención Primaria Señor de Luren, Ica, durante el periodo setiembre-diciembre, 2018.....	26
Tabla N° 6. Asociación entre características obstétricas e ideación suicida en las puérperas que acudieron al Centro de Atención Primaria Señor de Luren, Ica, durante el periodo setiembre-diciembre del 2018.....	28

ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico N° 1. Ideación suicida según grupo de edad en las puérperas del Centro de Atención Primaria Señor de Luren, Ica, durante el periodo setiembre-diciembre, 2018.....	26
Gráfico N° 2. Ideación suicida según tiempo de puerperio en las puérperas del Centro de Atención Primaria Señor de Luren, Ica, durante el periodo setiembre-diciembre, 2018.....	26
Gráfico N° 3. Depresión posparto según edad en las puérperas del Centro de Atención Primaria Señor de Luren, Ica, durante el periodo setiembre-diciembre, 2018.....	27
Gráfico N° 4. Depresión posparto según tiempo de puerperio en las puérperas del Centro de Atención Primaria Señor de Luren, Ica, durante el periodo setiembre-diciembre, 2018.....	27

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar si la presencia de depresión posparto y disfunción familiar son factores asociados a ideación suicida en puérperas del Centro de Atención Primaria Señor de Luren durante setiembre-diciembre del 2018. Se llevó a cabo un estudio prospectivo, analítico, transversal, de fuente primaria aplicada a una muestra de 180 puérperas que acudieron a los controles de CRED hasta el primer año posparto. Se utilizó la escala de Plutchik para valorar ideación suicida, el riesgo de depresión posparto fue evaluado mediante la escala de Edimburgo y se utilizó el APGAR familiar para medir funcionalidad familiar. Se utilizó el programa Microsoft Excel 2013® para la tabulación inicial de los datos, luego se procesaron en el paquete estadístico SPSS v. 26.0 ®. La frecuencia de ideación suicida fue de 36.8%, la frecuencia de depresión posparto fue de 32.8%, encontrándose asociación estadísticamente significativa ($p=0.000$). El 66.1% de puérperas manifestó disfunción familiar, con asociación estadísticamente significativa ($p=0.000$). Las variables sociodemográficas que se asociaron significativamente con ideación suicida fueron: nivel de instrucción ($p=0.038$), ausencia de lactancia materna exclusiva ($p=0.000$) y agresión durante la gestación ($p=0.000$). Se concluyó que la depresión posparto y disfunción familiar son factores asociados para ideación suicida.

Palabras clave: ideación suicida, depresión posparto, disfunción familiar, puerperio.

ABSTRACT

The objective raised in this research was to determine whether the presence of postpartum depression and family dysfunction are factors associated with suicidal ideation in postpartum women at the Señor de Luren Primary Care Center during September-December 2018. A prospective, analytical study was carried out, cross-sectional, primary source applied to a sample of 180 puerperal women who attended CRED controls up to the first year postpartum. The Plutchik scale was used to assess suicidal ideation, the risk of postpartum depression was assessed using the Edinburgh scale, and the family APGAR was used to measure family functionality. The Microsoft Excel 2013® program was used for the initial tabulation of the data, then they were processed in the statistical package SPSS v. 26.0 ®. The frequency of suicidal ideation was 36.8%, the frequency of postpartum depression was 32.8%, finding a statistically significant association ($p = 0.000$). 66.1% of puerperal women manifested family dysfunction, with a statistically significant association ($p = 0.000$). The sociodemographic variables that were significantly associated with suicidal ideation were: educational level ($p = 0.038$), absence of exclusive breastfeeding ($p = 0.000$) and aggression during pregnancy ($p = 0.002$). It was concluded that postpartum depression and family dysfunction are associated factors for suicidal ideation.

Keywords: suicidal ideation, postpartum depression, puerperium family dysfunction.

I.INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a la depresión como un “trastorno mental que afecta a más de 300 millones de personas a nivel mundial, considerada como la principal causa de discapacidad alrededor del mundo, con importante contribución en la carga de mortalidad mundial”(1). Esto convierte a la depresión en una de las patologías mentales con mayor prevalencia alrededor del mundo, y envuelve tanto esferas fisiológicas como sociales, acarreando dificultades en el ámbito personal, laboral y familiar de la persona afectada (2,3).

A su vez, la OMS señala al suicidio como la segunda causa de mortalidad en el rango de edad de 15 a 29 años, estimando que anualmente se cometen 800 000 suicidios a nivel mundial (1). En Estados Unidos, la evidencia señala que la prevalencia de depresión mayor es de aproximadamente 21.73% , con predominio en mujeres, personas solteras y divorciadas, bajo nivel educativo y estatus socioeconómico bajo en marcada asociación a múltiples trastornos psiquiátricos; el riesgo suicida se estima en 14.32% dentro de este grupo (4). La prevalencia a mediano plazo suele ser menor en países de altos ingresos, como se observa en Europa, con un 30% en Francia, Alemania, Italia y Holanda, en comparación a países de Latinoamérica como Colombia (46,7%) y Brasil (57–58%) (5).

Se estima que en el Perú, la primera causa de carga de enfermedad corresponde a las enfermedades psiquiátricas, con un aproximado de 830 000 años de vida perdidos ya sea debido a muerte precoz o discapacidad, estas cifras las colocan a la par de carga, si sumamos las ocasionadas por enfermedades cardiovasculares y cáncer, a su vez, la tasa de mortalidad por suicidio bordea el 1,13 por cada 100 000 habitantes (6,7). Estudios previos señalan que una de cada tres personas ha experimentado algún trastorno mental durante alguna etapa de su vida y que una de cada diez experimentarán más de uno de estos trastornos a lo largo de la misma, ubicando a la depresión en el segundo lugar con cifras de prevalencia que oscilan entre el 16 y 21% (5,8). En Perú, el diagnóstico precoz de enfermedad mental continúa subestimado, desencadenando que estas evolucionen con consecuencias

lamentables, tanto para la esfera familiar como social; problemática que ha sido ya señalada por diversas instituciones de salud (9).

Los trastornos del estado de ánimo cobran mayor incidencia en etapas críticas de la vida, en este caso, nos centraremos en la maternidad, evento crucial en toda mujer que debido a la combinación de factores fisiológicos y psicosociales, la hace más propensa a sufrir de trastornos en su humor (10–12). Una de las mayores complicaciones durante la etapa de puerperio es precisamente la depresión posparto (DPP), una forma perinatal de trastorno depresivo mayor afectando entre el 10 y 15 % de mujeres en este periodo, variando según zona geográfica (11,13). Se le define como la alteración del estado del ánimo, que persiste por lo menos dos semanas y que puede presentarse durante el primer año posparto (14). Se encuentra asociada con potenciales repercusiones negativas como: incremento en la mortalidad y la morbilidad materna, relación materno-infantil más pobre, comportamientos parentales deteriorados e incluso mayor riesgo de infanticidio (15). Estudios previos en nuestro país avalan que esta entidad tiene una prevalencia que oscila entre el 15 al 24%, colocando como factores de riesgo intermedio a los ginecoobstétricos y socioeconómicos, y como factores de alta predicción a los psiquiátricos y psicosociales (16,17).

Las relaciones sociales y familiares positivas han sido señaladas como un componente crucial del bienestar psicológico, tanto antes como después del parto, ya que cumplen el rol de soporte emocional y socioeconómico, en tanto la madre se adapta a este nuevo estilo de vida (12). Sin embargo, la disfunción familiar es una realidad cada vez más tangible en nuestra sociedad, principalmente en este grupo vulnerable. En nuestro país, algunas investigaciones han descrito que el 70% de un grupo de puérperas limeñas percibió algún grado de disfunción familiar, en tanto que en una muestra de puérperas de Cajamarca, el 76% de mujeres que presentaron síntomas depresivos también manifestaron disfunción familiar, en ambos estudios se evidenció asociación entre estas dos variables (17,18).

Si bien las tasas de ideación suicida y autolesión en puérperas son menores a la de la población general, investigaciones publicadas señalan que el suicidio es

causal del 20% de las muertes maternas durante la etapa de puerperio, siendo considerado como la séptima causa de muerte materna dentro de los seis primeros meses posparto (19,20). La evidencia reciente sobre este aspecto ha documentado que el 5.4% de un grupo de mujeres inglesas que tenían 8 semanas posparto informaron pensamientos suicidas en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EDPE); el 14.2% informó lo mismo en una comunidad pobre de Sudáfrica y en la Clínica Mayo, el 15% de las mujeres informaron algunos pensamientos de autolesión a las 6 semanas después del parto (21). Revisiones sistemáticas han estimado que las tasas de suicidio (por 100 000 mujeres) durante todo el período perinatal variaron siguiendo predictores de nivel de ingresos de los países, desde 2.0 en el Reino Unido a 3.7 en Suecia y durante el período posparto de 1,4 en Estados Unidos a 6,9 en Taiwán (22) .

En Perú se informó que en una muestra de puérperas limeñas, el 14.95% presentó pensamientos suicidas; el 6.85%, ideas suicidas y el 1.87%, intento suicida; con asociación significativa al estatus civil de separada o divorciada, ausencia de lactancia materna y pobre calidad de sueño (23). Investigaciones realizadas en el Hospital Arzobispo Loayza de Lima, reportan que cerca del 26.32% de puérperas presentó DPP, de las cuales el 52.72% evidenció ideación suicida (24). Para el año 2017, en un hospital del Callao se encontró que la prevalencia de DPP fue de 27.4% asociándolo a factores demográficos tales como apreciación de disfunción familiar (18). En la región Ica, a la actualidad, solo se cuenta con un estudio realizado en el año 2016 en puérperas inmediatas del Hospital Augusto Hernández Mendoza, donde se estimó que el 54% de participantes resultaron positivo para el tamizaje de DPP, siendo más frecuente en aquellas que manifestaron embarazo no deseado, estado civil conviviente y antecedente de violencia de género (25).

Aunque estas implicancias se encuentran señaladas dentro de la literatura médica y si bien en los últimos años, se ha suscitado un interés creciente con respecto a lo que en salud mental refiere, aun es escasa la cantidad de investigaciones que se han realizado en nuestro medio con respecto a este tema. En nuestra localidad aún no se cuenta con evidencia acerca de la asociación existente entre factores demográficos y depresión posparto; asimismo, hasta la fecha la literatura científica

publicada no ha caracterizado la ideación suicida en este grupo etario. Por lo tanto, se considera importante describir este tema para contar con una base que permita un posterior y correcto abordaje de esta patología, la cual debe constituir una prioridad en Salud Pública.

La salud materna y perinatal sigue siendo tema de interés dentro de la salud pública, ya que el Perú aun cuenta con niveles de mortalidad materna, 93 muertes maternas por cada 100 000 nacimientos, cifra superior a las metas internacionales de 70 por cada 100 000 nacimientos. Asimismo se estima que en nuestro país la tasa global de fecundidad es de aproximadamente 2.2 hijos por mujer, 3.1 en el área rural y 2.0 para el área urbana, lo cual nos permite preguntarnos acerca de la salud mental y el ambiente psicosocial que rodea a cada una de estas madres e hijos, que lamentablemente sigue siendo un campo desconocido en nuestro medio (26). Es por ello que la presente investigación pretendió analizar ambos escenarios con el fin de establecer las bases necesarias que permitan un conocimiento más profundo y desarrollar acciones de prevención y promoción en este grupo etario. Desde el punto de vista teórico, la generación de reflexión y discusión sobre el conocimiento de esta entidad, reconociendo sus factores de riesgo, características, complicaciones y su correcto abordaje, contribuirá a desechar las falsas creencias y estigmas que se puedan generar dentro del marco de salud mental.

Por las implicancias señaladas se formuló la siguiente pregunta de investigación: ¿Son la depresión posparto y disfunción familiar factores asociados para ideación suicida en las puérperas del Centro de Atención primaria Señor de Luren durante el periodo de tiempo setiembre-diciembre del 2018?, como objetivo general se planteó: Determinar la asociación entre depresión posparto y disfunción familiar con respecto a ideación suicida en las puérperas del Centro de Atención Primaria Señor de Luren durante el periodo de tiempo setiembre-diciembre del 2018. En cuanto a objetivos secundarios se propusieron los siguientes: establecer la frecuencia de ideación suicida, depresión posparto y disfunción familiar en las puérperas del Centro de Atención Primaria Señor de Luren durante el periodo de tiempo setiembre-diciembre del 2018; establecer la relación entre las características demográficas e ideación suicida, entre las características obstétricas e ideación

suicida en las puérperas del Centro de Atención Primaria Señor de Luren durante el periodo de tiempo setiembre-diciembre del 2018. Como hipótesis general se manejó que: la depresión posparto y disfunción familiar son factores asociados para ideación suicida en las puérperas del Centro de Atención Primaria Señor de Luren durante el periodo de tiempo setiembre-diciembre 2018.

II. MARCO TEÓRICO

Los trastornos del ánimo son patologías de carácter multisistémico, que se manifiestan con distintos grados de deterioro físico y social, en nuestro país se ubican en el primer lugar de causantes de carga de enfermedad (7,27). La depresión es una patología cuya principal manifestación es presentar ánimo deprimido y/o anhedonia, la mayor parte del día, durante al menos dos semanas, con angustia significativa lo que puede conllevar a alteraciones del funcionamiento personal (4,5).

La Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos, considera a la depresión posparto (DPP) como una patología de moderada a grave intensidad que se presenta durante el primer año después del nacimiento, con mayor frecuencia dentro de los 3 primeros meses (15,27,28). La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V) no incluye específicamente a la depresión posparto como un diagnóstico independiente, sino que lo enumera dentro del Trastorno Depresivo Mayor con el especificador "con inicio periparto" definido como síntomas depresivos que ocurren durante el embarazo y hasta 4 semanas después del nacimiento; sin embargo, esta definición difiere de lo que se usa típicamente en entornos clínicos y de investigación, que identifican el periodo de riesgo hasta el primer año después del parto (28–30). El puerperio es el periodo en el que todos los cambios fisiológicos propios del embarazo vuelven a su estado basal, tiene como punto de inicio la salida del feto y membranas placentarias; sin embargo, aún existe discrepancia en cuanto a su final ya que no todos los sistemas u órganos del cuerpo regresan al mismo tiempo a su normalidad, por ello, mientras que para la Asociación Americana de Obstetricia y Ginecología el puerperio se considera hasta las 12 semanas, muchos investigadores consideran que este periodo se extiende hasta los 12 meses posparto (18).

La prevalencia mundial de DPP se estima entre 10 y 20%, con mayor incidencia en madres adolescentes y en los niveles socioeconómicos más bajos (15). La gestación y el periodo posparto son etapas de múltiples variaciones a nivel hormonal, psicológico y social que predisponen a la mujer a mayor vulnerabilidad

para la aparición de trastornos psíquicos; sin embargo, aun en la actualidad generalmente los trastornos del ánimo no son considerados como una entidad clínica y se suele atribuir como falta de fortaleza en la mujer para adaptarse a su nuevo estilo de vida (31,32).

Como factores de riesgo se incluyen los siguientes: predisposición genética a la depresión antes del embarazo (antecedente familiar), depresión o ansiedad en cualquier momento de la vida, nivel socioeconómico bajo, discordia matrimonial o divorcio, otros diagnósticos de salud mental que incluyen abuso de sustancias, sistema de apoyo débil o inexistente, embarazo no deseado y bajos niveles educativos (33). Dentro de factores protectores se han descrito algunos como: adecuados niveles de autoestima materna, relaciones familiares y de pareja apropiadas, participación ciudadana y religiosa activa, altos niveles de instrucción y lactancia materna exclusiva; esta última, bajo la hipótesis que influenciaría a nivel psicoimmunológico debido a sus interacciones hormonales las cuales reducirían los niveles de hormonas simpaticomiméticas como la epinefrina, norepinefrina, cortisol, ACTH y también de citoquinas proinflamatorias, tales como IL-1, IL-6 y proteína C-reactiva, obteniendo como resultado una mayor adecuación materna frente al estrés propio de este periodo (27,34).

Dentro de las hipótesis biológicas asociadas al desarrollo de DPP, se encuentra el triptófano, cuyos niveles séricos se encuentran más bajos al final de la gestación e inicio del puerperio. Los niveles séricos de triptófano se elevan durante los dos primeros días posparto a manera de compensación natural; sin embargo, este mecanismo al parecer no ocurriría en aquellas pacientes que manifiestan síntomas depresivos (27).

Otro factor biológico que ha sido descrito es la Alopregnanolona, metabolito de la progesterona y modulador alostérico positivo del receptor del ácido γ -aminobutírico-A; sus niveles bajos durante el segundo trimestre de embarazo incrementaron las probabilidades de desarrollar DPP, y se han evidenciado aspectos favorables de su uso en el tratamiento. Niveles bajos de β -endorfina, neuropéptido opioide endógeno resultado del metabolismo de la proopiomelanocortina (POMC), a las 25 semanas de gestación resultó significativamente predictivo para DPP (27).

La participación del cortisol aún sigue en controversia; sin embargo, algunos estudios han demostrado que podría tener valor predictivo a los 6 meses posparto (11,35). Durante la gestación, la placenta produce hormona liberadora de corticotropina (CRH), que sufre una caída abrupta de sus valores después del parto; lo que ha demostrado resultados positivos en cuanto a su valor predictivo de DPP. La oxitocina ha sido igualmente señalada como factor predictivo de DPP; ya que estudios han valorado la relación de sus valores plasmáticos durante el tercer trimestre de gestación y síntomas de depresión posparto a las dos semanas del nacimiento, encontrando relación estadísticamente significativa (11). La función tiroidea también parece estar involucrada ya que estudios previos han determinado que niveles de TSH en el parto superiores del umbral clínico de 4.0 mU / L se asociaron con un mayor riesgo de DPP (11).

Diversas revisiones y entidades como el US Preventive Services Task Force, la Asociación Americana de Obstetricia y Ginecología, Asociación Americana de Psiquiatría y la Asociación Americana de Pediatría, han concluido que el cribado mejora los resultados de detección oportuna, y recomiendan su aplicación durante el periodo perinatal (36). Uno de los instrumento más simples y confiables es la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EDPE), formulario de 10 preguntas validado transculturalmente y que puede ser completado en 2 a 3 minutos ya sea en una sala de espera, en línea o con un médico, su sensibilidad y especificidad varían de 70% a 88%, lo que permite justificar su uso como instrumento de tamizaje para luego derivar a las mujeres con puntajes altos a evaluación por especialistas a través de entrevistas estandarizadas para confirmar el diagnóstico de DPP (15,27,31).

Otra herramienta recomendada es el Cuestionario de Salud del paciente (PHQ9), eficaz para la detección, pero no contiene preguntas sobre ansiedad como la EDPE lo hace. Dentro de las recomendaciones también se considera importante realizar tamizaje de detección de violencia de pareja, durante la visita prenatal inicial y nuevamente en el último trimestre, ya que este último ha sido descrito como importante factor de riesgo (36). Otra recomendación es la evaluación de las púerperas durante la visita posparto a las 6 semanas y nuevamente por el médico

de atención primaria que se hace cargo del cuidado de la paciente después de la última visita posparto (36) .

Los trastornos que suelen aparecer durante este periodo y que merecen ser diferenciados son: Tristeza posparto o “Baby Blues”, depresión posparto y psicosis posparto (31). La tristeza posparto es un trastorno caracterizado por un curso leve, limitándose a las primeras semanas después del parto. Los primeros síntomas aparecen entre 3 y 4 días posparto y persisten hasta varias semanas, con una prevalencia de aproximadamente 50 a 70 %. Los síntomas más comunes incluyen: deterioro del estado de ánimo, llanto, labilidad emocional, irritabilidad, mayor susceptibilidad a la frustración, dolores de cabeza, problemas de concentración, anorexia y trastornos del sueño (30). Por su parte la psicosis posparto, es una entidad clínica de suma gravedad, estimándose su aparición en cada 2 mujeres por cada 1000 partos, puede iniciar durante la primera semana o incluso hasta el sexto mes posparto, requiriendo hospitalización, tratamiento farmacológico y terapia psicosocial (31).

Los principales síntomas de depresión posparto, corresponden a los que marca el DSM V y el CIE-10 para el trastorno/episodio depresivo, aunado a algunos de los siguientes síntomas: Ansiedad que pueden conllevar a ataques de pánico, baja autoestima, inseguridad y desconfianza en sí misma relacionada a su desenvolvimiento como madre, dificultad para buscar ayuda o apoyo, incapacidad para formar vínculo afectivos con su hijo, sentimientos conflictivos hacia él o ella, sobreprotección del menor, problemas para la lactancia materna, inconvenientes para brindar cuidados adecuados al recién nacido, pensamientos obsesivos compulsivos relacionadas con el menor o con su cuidado, pensamientos negativos como creer que puede dañar al recién nacido, pensamientos de autolesión e ideación suicida (31)

Este último se considera como uno de los signos a tomar mayor atención, contrario a la creencia que la gestación puede ser factor protector contra el suicidio, la literatura describe mayor incidencia de ideación suicida en mujeres embarazadas, informándose actualmente como una complicación común del embarazo y ha sido reconocido como un predictor de intento suicida y suicidio consumado, estimando

la prevalencia de ideación suicida alrededor del 33% (37,38). La OMS define al comportamiento suicida como la autolesión con diversos grados de intención mortal y de conciencia del motivo, además describe que el suicidio provoca tasas de mortalidad incluso mayores que las provocadas por los asesinatos y guerras, basado en que cada 60 segundos una persona se suicida en el planeta, siendo responsable de más de 800 000 muertes a nivel mundial por año, aunque es difícil saber cuándo ocurrirá, el predictor más fuerte de suicidio es el comportamiento suicida el cual abarca la ideación, planificación e intentos suicidas (38).

En el Perú, la tasa de suicidio se incrementó de 1.0 en el año 2009 a 1.13 en el 2013 por cada 100 000 habitantes (6). La evidencia bibliográfica ha señalado como factores de riesgo en el sexo femenino: síndrome premenstrual, gestación, menopausia y los cambios hormonales que traen consigo añadidos a factores sociopsicoculturales, como la pérdida de belleza física y la capacidad de procrear, deseos frustrados, nuevas adversidades a afrontar, entre otros, observándose mayores tasas de ideación e intento suicida; caso contrario sucede en el sexo masculino donde es más frecuente el suicidio consumado (21,39).

Revisiones sistemáticas describen que el consumo de alcohol y tabaco durante la gravidez incrementa el riesgo de intento suicida durante el periodo puerperal (37). Estudios realizados en Estados Unidos revelan que más de la mitad de gestantes remitidas para atención psiquiátrica presentaron antecedentes de autolesiones; sin embargo, solo el 20% expresó sus intenciones suicidas ante un profesional de la salud, debido a la persistencia de tratar al suicidio como un tema tabú, siendo mantenido en secreto por las personas que tienen pensamientos o ideación suicida por vergüenza y miedo a las consecuencias negativas tales como el estigma en el ámbito social, evitando así acudir a la oferta de terapias existentes (40,41).

Uno de los factores psicosociales que ha sido descrito como predictor de trastornos del ánimo en investigaciones concernientes a estas patologías, es el apoyo familiar y social que el paciente percibe. La Organización Panamericana de la salud ha establecido a la familia como “una unidad elemental y considerada como el primer espacio de socialización del ser humano encaminada al bienestar y desarrollo completo en todas las índoles de bienestar de sus integrantes” (18). De esto parte

la definición de familias funcionales como “aquellas competentes de trazar un entorno que facilite el desarrollo integral de cada uno de sus miembros, son familias que usualmente no sufren crisis ni alteraciones psicológicas graves” (42). El funcionamiento de la familia es un predictor fundamental en el mantenimiento de la salud o en la aparición de desórdenes o alteraciones entre sus integrantes, teniendo como piedra angular el cumplimiento eficaz de cada uno de los miembros, la funcionalidad familiar ayudará a enfrentar y superar las crisis por las que tenga que atravesar, salvaguardando la integridad del núcleo familiar (43).

En este sentido, se le han atribuido diversas definiciones a la funcionalidad familiar, entre ellas: “la capacidad del núcleo familiar para hacer frente y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que puedan atravesar”, esto va de la mano con distintas implicancias tales como: grados de cohesión, tolerancia, comunicación, estrés, conflictos, emociones y vínculos propios de cada integrante del núcleo familiar que repercutirán de manera positiva o negativa en diversos aspectos al resto de miembros de la familia (42,44) .

La maternidad constituye una transición en la vida asociada a importantes cambios físicos, sociales y emocionales para las nuevas madres (45), diversos estudios han destacado la gran relevancia que tiene el apoyo social y la funcionalidad familiar durante el embarazo y posparto, señalando además los efectos protectores que este tiene sobre la depresión en esta etapa (14,15,17). Sin embargo, la disfunción familiar es una realidad palpable en nuestro medio, tal es así que se ha documentado en una población de madres de la Sierra de nuestro país que la disfunción familiar en aquellas que presentaron depresión post parto fue de 72.9%, asociándolo como un factor que incrementa 8 veces más la posibilidad de padecer esta patología (17).

La psicoterapia individual y otras modalidades, como grupos de apoyo posparto, terapia familiar, videoconferencia remota y visitas domiciliarias con proveedores de salud mental capacitados han demostrado efectividad en tratar estos trastornos sin el uso de medicación, teniendo como ventaja la de generar mayor confianza y apego en las pacientes puesto que al no consumir medicamentos no producirían efectos colaterales sobre sus hijos (27,36).

Con respecto a la terapia farmacológica, los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) suelen considerarse como fármacos de primera línea, encontrándose la sertralina y paroxetina como los medicamentos de elección durante la lactancia. Los antidepresivos tricíclicos se colocan como fármacos de segunda línea de tratamiento para DPP, debido a que presentan más efectos secundarios indeseables como sedación excesiva y efectos anticolinérgicos (27). Asimismo, las benzodiacepinas son utilizadas para disminuir síntomas como ansiedad e insomnio. Un punto importante a mencionar es que se recomienda iniciar tratamiento farmacológico inmediatamente ocurrido el parto, si la mujer presenta antecedentes de DPP para prevenir recurrencias (31). La brexanolona es un nuevo medicamento parenteral aprobado por el Departamento de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos en marzo de 2019 para casos moderados y severos de DPP, este medicamento ha sido estudiado en 2 ensayos multicéntricos, aleatorizados y controlados con placebo, evidenciando resultados rápidos y en algunos casos, mejora inmediata de los síntomas, incluida la reducción de la ideación suicida aguda (36).

Si no se recibe tratamiento temprano y adecuado, la mujer puede presentar dificultades y estrés para criar a su hijo, generando consecuencias tales como: pobre vínculo materno-infantil, ocasionando en el niño retraso en el desarrollo psicomotor, irritabilidad o trastornos de personalidad; es más, estudios a larga data han evidenciado tendencia a trastornos del comportamiento durante la niñez y vida adulta, inclusive investigaciones han identificado asociación entre antecedentes de maltrato infantil e ideación suicida durante la gestación, repitiéndose así un bucle de causas y efectos (11,15,37,46).

En base a la problemática existente con respecto a estas patologías, ha surgido el interés cada vez más constante de ahondar en su estudio, es así que se han llevado a cabo investigaciones a nivel internacional:

En Venezuela Urdaneta J. et al (2011) evaluó a 100 puérperas mediante la Escala de depresión posnatal de Edimburgo. Halló 91% de prevalencia de DPP, confirmando un 22% mediante el DSM-IV. Las características que se asociaron significativamente fueron: trastornos médicos durante la gestación, parto por

cesárea, enfermedad del recién nacido, no contar con el apoyo de la pareja, antecedente de depresión, grado de instrucción menor o igual a primaria. Como efectos protectores menciona: parto vaginal o haber alcanzado un grado de instrucción superior a primaria (47).

En Brasil, Tavares et al. (2012), entrevistaron a 919 puérperas para evaluar el riesgo de suicidio y otros trastornos mentales mediante la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). La prevalencia de riesgo suicida fue de 11.2% y aquellas con bajos niveles educativos presentaron 4.62 veces mayor riesgo para dicho riesgo, las mujeres con depresión concomitante o trastorno de ansiedad mostraron un riesgo de 17,04 más que aquellas que no lo padecían (48).

En Chile, Molero KL et al (2014) en su estudios de casos y controles entre puérperas tardías adolescentes (50 casos) y adultas (50 controles) mediante la aplicación de la EDPE, hallaron que el 4% de puérperas adolescentes y 72% de las adultas mostraron síntomas de probable depresión posparto, confirmado mediante la entrevistas estandarizadas del DSM-IV valores de 2% en las adolescentes y 38% en las puérperas adultas. Concluyó que los factores predominantes de riesgo significativo en las adultas fueron: bajo nivel educativo, dificultades con la lactancia materna y trastornos afectivos presentes desde la gestación (49).

En Taiwán Weng S-C et al. (2016) recabaron los datos médicos y de mortalidad de mujeres embarazadas durante el período 2002-2012 en ese país, encontrando que los promedios de intentos y las tasas de suicidio completados fueron 9.91 y 6.86 por cada 100,000 mujeres con hijos nacidos vivos, respectivamente. El estatus civil de soltera/conviviente y la depresión posparto aumentaron el riesgo de intento de suicidio y suicidio completado. Otros factores de ideación suicida incluyeron al estatus civil viuda/divorciada, tener un parto por cesárea o antecedente de suicidio. Para el suicidio consumado se encontraron el nivel de educación, bajo peso al nacer y diagnóstico de ansiedad o trastorno del estado de ánimo como factores asociados (19).

En Chile, Contreras-García et al. (2017) evaluaron síntomas y signos depresivos, percepción del apoyo social y funcionamiento familiar de 76 mujeres en el primer año posparto. Detectaron prevalencia de depresión posparto en el 27,6 %. Resultaron estadísticamente significativas la percepción del apoyo social, la funcionalidad familiar y la percepción de la relación con la pareja y la madre, concluyendo que se comportan como factores protectores (14).

En Estados Unidos Schaffir J et al. (2018) evaluaron 206 puérperas mediante el Inventario de síntomas posparto y la EDPE. Los síntomas físicos más comunes que experimentaron un fueron fatiga (35.3%), dolor de espalda / cadera (22.4%) y dolor de cabeza (13.2%). El 14,3% presentó cribado positivo para una posible depresión. Concluyendo que los datos sugieren que un alto nivel de sintomatología física, medido por un puntaje del PSI > 10 a las seis semanas después del parto, se asocia con mayores probabilidades de detección positiva para la depresión posparto (50).

Mientras que en el mismo año Hahn-Holbrook et al. En su metaanálisis, realizaron una revisión sistemática de 291 artículos que estudiaron a 296 284 mujeres que informaron la prevalencia de depresión postparto utilizando la EDPE en 56 países diferentes, para evaluar los predictores a nivel de país, recurrieron a los datos de UNICEF, la OMS y el Banco Mundial. La metarregresión de efectos aleatorios se utilizó para evaluar los predictores nacionales de la prevalencia de DPP. La prevalencia combinada global de DPP fue del 17.7% con una heterogeneidad significativa entre las naciones, que van del 3% (2-5%) en Singapur al 38% (35-41%) en Chile. Naciones con tasas significativamente más altas de desigualdad de ingresos mortalidad materna, mortalidad infantil o mujeres en edad fértil que trabajan ≥ 40 h por semana tienen mayores tasas de DPP. La amplia brecha de la desigualdad con respecto a la riqueza y los factores de salud materno-infantil explican en gran porcentaje la variación de prevalencia de DPP entre países (51).

En Austria, Knasmüller et al (2019), encontró que el 11% de la mortalidad de mujeres en edad fértil comprendidas durante el periodo 2004- 2107 se debieron a suicidios. De estas el 85% fueron cometidos durante el primer año posparto.

Además evidenciaron que las mujeres durante esta etapa optaron por elegir métodos de alta probabilidad de suicidio consumado (52).

En Alemania, Martini J et al. (2019), evaluaron a 306 mujeres desde su embarazo hasta los 16 meses posparto mediante la utilización de la EDPE y el Composite International Diagnostic Interview for Women. Mediante regresión logística multivariada hallaron como factores predictivos para ideación suicida: antecedentes de intento de suicidio, convivencia con la pareja y apoyo social. Además identificaron que los hijos con madres con antecedentes de ideación suicida presentaron puntajes más bajos en el desarrollo neuropsicológico (22) .

En cuanto a estudios nacionales encontramos las siguientes investigaciones que han abordado las variables consignadas en este estudio:

Aramburú et al (2008), evaluaron a 261 madres de Lima Metropolitana que acudían para control postnatal en los centros de atención primaria del Ministerio de Salud. Describieron que la prevalencia de depresión posparto encontrada mediante la EDPE fue de 33% y confirmada con la entrevista semiestructurada de DSM-IV de un 24.1%. El 60.9% de participantes afirmó presentar factores estresores, el 8.4% notificó bajos niveles de autoestima, 23.8% percibió pobre apoyo social y el 50% presentó tristeza posparto (16).

Mientras que Plasencia V et al (2014) en su estudio de casos y controles, evaluaron a 144 puérperas del hospital Regional de Cajamarca (48 con DPP y 96 sin DPP), mediante la EDPE y el test APGAR, encontrando que el 47.8% y el 18.8% de mujeres con y sin DPP respectivamente manifestaron antecedente de violencia familiar, en tanto que la frecuencia de disfunción familiar en las pacientes con DPP fue de 72,9 % y en las puérperas sin DPP de 25 %. Concluyeron que la frecuencia de disfunción familiar y violencia familiar en las pacientes que presentaron y no presentaron DPP fue 39,5 % y 10,4 % respectivamente, asociándolas como factores de riesgo (17).

Candia C (2017) evaluó a 209 puérperas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza utilizando el EDPE, evidenciando que el 26.32% de participantes presentó DPP. Además encontraron asociación estadísticamente significativa con las variables estado civil soltera, conviviente o separada, hijos anteriores, abortos previos, controles prenatales inadecuados, antecedentes de episodios de depresión y de violencia por parte de la pareja antes y durante el embarazo. Asimismo reportaron que el 57.72% de las participantes con DPP presentaron también ideación suicida (24).

Cárdenas K (2017) evaluó a 117 puérperas que acudieron a la Institución de Atención Primaria III Luis Negreiros Vega en el Callao, mediante el test de APGAR familiar y EDPE, encontró que la prevalencia de DPP y disfunción familiar en esta población fue de 27.4% y 70% respectivamente, siendo en esta última más frecuente el tipo leve (44.4%). Describió la presencia de disfunción familiar como un factor que representaba 9.51 veces más riesgo para sufrir DPP (18).

Mientras que Sánchez-Tapia F et al (2017), en su análisis secundario de datos del Hospital Cayetano Heredia, estudió a 321 mujeres hasta el primer año posparto, con registros de suicidalidad definida como la presencia del síntoma 9 del criterio A de Episodio Depresivo Mayor evaluado mediante la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV. Encontraron una prevalencia de 15,58 %, en tanto que el análisis estadístico mostró asociación significativa entre la presencia de suicidalidad y depresión mayor, trastorno obsesivo- compulsivo, trastorno disfórico premenstrual y episodio maniaco o hipomaniaco previo. En tanto que al realizar el análisis multivariado se encontró asociación significativa con estado civil de separada o divorciada, abortos previos, sueño menor de 6 horas y ausencia de lactancia materna (23).

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y Diseño de Investigación

El estudio que se realizó fue de tipo **analítico**, pues busca establecer asociación entre diversas variables, **prospectivo**, porque se analizaron los datos obtenidos posteriormente a la obtención de los mismos, **transversal**, debido a que la recopilación de datos se realizó sola una vez durante un periodo determinado, de **fuentes primarias**, ya que se obtuvieron los datos desde la perspectiva de la población de estudio mediante la técnica de cuestionario.

3.2 Variables y Operacionalización

3.2.1. Variable Dependiente

Ideación suicida

3.2.2. Variables Independientes

Depresión posparto

Disfunción familiar

3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis

3.3.1. Población

La población estuvo conformada por las puérperas que acudieron al Centro de Atención Primaria Señor de Luren, Ica, durante el periodo de tiempo setiembre-diciembre del 2018.

Criterios de Inclusión:

- Mujeres que se encuentren dentro de los doce primeros meses posparto, sin rango específico de edad.
- Mujeres que firmen el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

- Mujeres con antecedente de diagnóstico de depresión o de alguna otra patología psiquiátrica o que altere su estado anímico

- Mujeres que se encuentren en duelo durante los últimos seis meses.
- Mujeres que no sepan leer ni escribir.
- Mujeres que no firmen el consentimiento informado.

3.2.3. Muestra

La muestra estuvo conformada por las puérperas que acudieron con sus menores hijos al servicio de crecimiento y desarrollo (CRED) del Centro de Atención Primaria Señor de Luren durante el periodo de setiembre-diciembre, 2018.

Se aplicó la fórmula para población finita que a continuación se describe:

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{E^2 (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Dónde:

n = tamaño de muestra

N = número de puérperas atendidas regularmente en el Centro de Atención Primaria Señor de Luren.

Z^2 = 1.96 (95% Nivel de significancia).

p = 0.5 = se tomará como valor 0.5 ya que es la proporción más óptima para obtener una elección más confiable.

q = $1-p$ ($1-0.5$) = probabilidad de no acierto.

E = 0.05 = error máximo permitido.

$$n = \frac{(1.96)^2 * (0.5) * (1 - 0.5) * 265}{(0.05)^2 (265 - 1) + (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)}$$

n = 156 participantes

Unidad de análisis: Mujer dentro de los 12 primeros meses posparto que acudió al centro de atención primaria.

Unidad de muestreo: Consultorios de CRED del Centro de Atención Primaria Señor de Luren.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se realizó una ficha para la obtención de datos demográficos y antecedentes obstétricos (Anexo 1).

Para la medición de depresión posparto se utilizó la escala de depresión posnatal de Edimburgo (EDPE), se optó por esta herramienta debido a su sencillez para ser completada. Esta escala fue creada por Cox y colaboradores, posteriormente publicada en el año 1987 en la prestigiosa revista *British Journal of Psychiatry*. Ha sido validada y adaptada a nuestro medio por Vega-Dienstmaier y colaboradores en puérperas de Lima (54). Este instrumento está compuesto por 10 preguntas que valoran el estado anímico de la puérpera en los últimos siete días; es importante recalcar que la última pregunta valora la tendencia a la autolesión. Cada pregunta cuenta con 4 alternativas puntuadas de 0 a 3. En nuestro medio un puntaje de ≥ 11 se considera como alto riesgo para DPP y ≥ 14 resulta tamizaje positivo para DPP con una sensibilidad de 84.21% y especificidad de 79.47% (54).

Si bien el último ítem de la EDPE mide tendencia para la autoagresión, en el presente estudio además se hizo uso de la escala de riesgo suicida de Plutchik, que valora múltiples aspectos que diversos autores han asociado con el suicidio. Se ha descrito que este instrumento es de utilidad para diferenciar entre individuos normales y pacientes psiquiátricos con ideación suicida. Está compuesto por 15 preguntas con respuesta SI/NO, cada respuesta afirmativa puntúa 1. En la validación para el idioma español el punto de corte propuesto es de 6 puntos. Esta escala evalúa intentos de autolesión previos, intensidad de ideación suicida actual y sentimientos de desesperanza. Cuenta con una sensibilidad de 74% y especificidad de 95%, alfa de Cronbach de 0.84 en la escala original y de 0.70 a 0.90 en validaciones españolas (55).

Para medir disfunción familiar se utilizó el test de APGAR familiar, elaborada en 1978 por Smilkstein, esta herramienta nos brinda la capacidad de identificar familias disfuncionales medido en niveles de severidad. Fue validada en una muestra de adolescentes peruanos por Castilla y colaboradores, resultado un alfa de Cronbach de $\alpha=0.72$ considerado como adecuado (56). Está conformada por 5 ítems que

valoran los aspectos de adaptación, participación, crecimiento, afecto y recursos. Cada pregunta presenta puntuación siguiendo la escala Likert. De acuerdo a la siguiente puntuación se valora el grado de disfunción: de 18 a 20 puntos como no disfunción familiar, de 14 a 17 puntos como disfunción familiar leve, de 10 a 13 puntos como disfunción familiar moderada y ≤ 9 puntos como disfunción familiar severa.

3.5. Procedimientos

1. Se presentó el proyecto de tesis ante el Comité evaluador del área de investigación de la universidad de origen (UNSLGI), el cual fue revisado y aprobado para su ejecución mediante resolución decanal.
2. Se solicitó a la jefa del Centro de Atención primaria Señor de Luren la autorización para realizar las encuestas durante el proceso de atención de los niños en el servicio de crecimiento y desarrollo (CRED) durante el periodo setiembre-diciembre 2018.
3. Se procedió a la respectiva presentación y explicación de los detalles de la investigación a las madres que acudieron con sus menores hijos al servicio de crecimiento y desarrollo (CRED).
4. Se seleccionó a aquellas que cumplieron con los criterios de inclusión, posteriormente se les informó y se entregó el consentimiento informado. Una vez firmado, se procedió a la obtención de datos mediante el correcto llenado del instrumento previamente descrito (Ver Anexo 2).
5. Se valoró la presencia de ideación suicida mediante la aplicación del test de Plutchik, depresión posparto mediante la utilización del EDPE y el nivel de disfunción familiar por la escala APGAR, catalogando a cada participante de acuerdo a los puntos de corte ya descritos respectivamente.
6. Posteriormente se procedió a tabular y analizar los datos obtenidos, siendo los resultados recabados para la redacción del informe final, el cual fue revisado y aceptado para su adaptación a la estructura de la Universidad César Vallejo.

3.6. Método de análisis de datos

La información recabada de los cuestionarios se registró en una base de datos para ser ordenados, clasificados y codificados de acuerdo a las escalas de medición establecidas en la operacionalización de variables, mediante la utilización del programa Microsoft Excel 2013 ®.

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS v26.0®. Se realizó la descripción de las variables depresión posparto, disfunción familiar e ideación suicida, y de variables demográficas mediante tablas de frecuencia y porcentajes. Para las variables cuantitativas edad y tiempo de puerperio se obtuvo como medida de tendencia central la media y desviación estándar como medida de dispersión, además se realizó el análisis mediante las pruebas de Kolmogorov Smirnov y Shapiro Wilk y Levene para comprobar la normalidad de estas variables. Se empleó Chi cuadrado como prueba de hipótesis para las variables cualitativas y en el caso de las variables cuantitativas se utilizó de prueba T-Student, la significación estadística se estableció con $p < 0.05$.

3.7. Aspectos éticos

El presente estudio se basó en los principios estipulados en la Declaración de Helsinki donde se estipula que el propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las implicancias de las patologías con el fin de, a partir de estas, idear mejoras en cuanto a la calidad de vida de las personas, siempre teniendo como supremacía los derechos e intereses de los participantes de la investigación.

Se contempló el principio de confidencialidad de datos, siendo utilizados exclusivamente con fines de investigación y la seguridad de su no divulgación por ningún otro medio, protegiendo la integridad y la intimidad de los participantes. Asimismo se siguió el precepto que la investigación en humanos debe realizarse solo si los beneficios superan a los riesgos y costos para las personas participantes en el estudio. Se respetó también el inciso de realizar investigación en grupos

vulnerables solo si no puede realizarse en grupos no vulnerables, con la contemplación que se obtendrán los conocimientos necesarios que beneficien a este grupo en particular.

También se siguió el principio de realizar el consentimiento informado, luego que las participantes comprendieron adecuadamente la información relacionada a la investigación y sus fines, cuya firma fue un criterio de inclusión en este estudio, garantizándose así la autonomía y la libre decisión de participación (57).

IV: RESULTADOS

TABLA N°1. Frecuencia de depresión posparto, ideación suicida y disfunción familiar en las puérperas que acudieron al Centro de Atención Primaria Señor de Luren, Ica, durante el periodo setiembre-diciembre del 2018

VARIABLES		N	%
DEPRESIÓN POSPARTO	Sin riesgo	93	51.7
	Límite	28	15.6
	Alto riesgo	59	32.8
IDEACIÓN SUICIDA	Sin riesgo	120	63.5
	Alto riesgo	60	36.5
DISFUNCIÓN FAMILIAR	No	61	33.9
	Sí	119	66.1
GRADO DE DISFUNCIÓN	Leve	42	23.3
	Moderada	47	26.1
	Severa	26	14.4

TABLA N°2. Características demográficas de las puérperas que acudieron al Centro de Atención Primaria Señor de Luren, Ica, durante el periodo setiembre-diciembre del 2018

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS		N	%
EDAD	<18	22	12.2
	18-25	76	42.2
	26-35	57	31.7
	36-40	17	9.40
	>40	8	4.40
ESTADO CIVIL	Soltera	33	18.3
	Casada	28	15.6
	Conviviente	98	61.7
	Separada	8	4.40
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria incompleta	3	1.70
	Primaria completa	18	10.0
	Secundaria incompleta	26	14.4
	Secundaria completa	93	51.7
	Superior incompleta	22	12.2
	Superior completa	18	10.0

(*) Media y desviación estándar

TABLA N°3. Características obstétricas de las puérperas que acudieron al Centro de Atención Primaria Señor de Luren, Ica, durante el periodo setiembre-diciembre del 2018

CARACTERISTICAS OBSTETRICAS		N	%	
HIJOS ANTERIORES	No	59	32.8	
	Sí	121	67.2	
N° DE HIJOS ANTERIORES	1	44	24.4	
	2	46	25.6	
	>=3	29	16.1	
ABORTOS PREVIOS	No	141	78.3	
	Sí	39	21.7	
N° DE ABORTOS PREVIOS	1	36	20.0	
	2	2	1.1	
	>=3	1	0.6	
TIEMPO DE PUERPERIO EN MESES	< 1	16	8.90	5± 3.3*
	1-3	31	17.2	
	4-6	63	35.0	
	7-9	34	18.9	
	10-12	36	20.0	
TIPO DE PARTO	Eutócico	129	71.7	
	Cesárea	51	28.3	
TIPO DE LACTANCIA	Materna Exclusiva	131	72.8	
	Artificial	23	12.8	
	Mixta	26	14.4	
CONTROLES PRENATALES	No	5	2.8	
	Sí	175	97.2	
N° DE CONTROLES PRENATALES	<6	113	62.8	
	>=6	62	34.4	
PSICOPROFILAXIS	No	33	18.3	
	Sí	147	81.7	
N° DE SESIONES DE PSICOPROFILAXIS	<6	34	18.9	
	>=6	113	62.8	
AGRESIÓN DURANTE LA GESTACIÓN	No	117	65.0	
	Sí	63	35.0	
TIPO DE AGRESIÓN	Física	0.0	0.0	
	Psicológica	41	22.8	
	Sexual	0.0	0.0	
AGRESOR	Pareja	31	17.2	
	Hermanos	1	0.6	
	Amigos	9	5.0	

(*) Media y desviación estándar

TABLA N°4. Asociación entre depresión posparto, disfunción familiar e ideación suicida en las púerperas que acudieron al Centro de Atención Primaria Señor de Luren, Ica, durante el periodo setiembre-diciembre, 2018

VARIABLES		IDEACIÓN SUICIDA						p
		NO		SI		TOTAL		
		N	%	N	%	N	%	
DEPRESIÓN POSPARTO	Sin riesgo	91	75.8	2	3.30	93	51.7	0.000
	Límite	16	13.3	12	20.0	28	15.6	
	Alto riesgo	13	10.8	46	76.7	59	32.8	
DISFUNCIÓN FAMILIAR	No	58	48.3	3	5.00	61	33.9	0.000
	Sí	62	51.7	57	95.0	119	66.1	
GRADO DE DISFUNCIÓN	Leve	26	21.7	16	26.7	42	23.3	0.000
	Moderada	24	20.0	23	38.3	47	26.1	
	Severa	9	7.50	17	28.3	26	14.4	

TABLA N°5. Asociación entre características demográficas e ideación suicida en las púerperas que acudieron al Centro de Atención Primaria Señor de Luren, Ica, durante el periodo setiembre-diciembre, 2018

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS		IDEACIÓN SUICIDA						p
		NO		SI		TOTAL		
		N	%	N	%	N	%	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria incompleta	0	0.00	3	0.00	3	1.70	0.001
	Primaria completa	10	8.30	8	13.3	18	10.0	
	Secundaria incompleta	14	11.7	12	20.0	26	14.4	
	Secundaria completa	62	51.7	31	51.7	93	51.7	
	Superior completa	16	13.3	2	3.30	18	10.0	
	Superior incompleta	15	12.5	7	11.7	22	12.2	
	ESTADO CIVIL	Soltera	19	15.8	14	23.3	33	
Casada	20	16.7	8	13.3	28	15.6		
Conviviente	76	63.3	35	58.3	111	61.7		
Divorciada	5	4.2	3	5.00	8	4.40		
Viuda	0	0.00	0	0.00	0.00	0.00		

GRÁFICO N°1. Ideación suicida según grupo de edad en las púérperas del Centro de Atención Primaria Señor de Luren, Ica, durante el periodo setiembre-diciembre, 2018

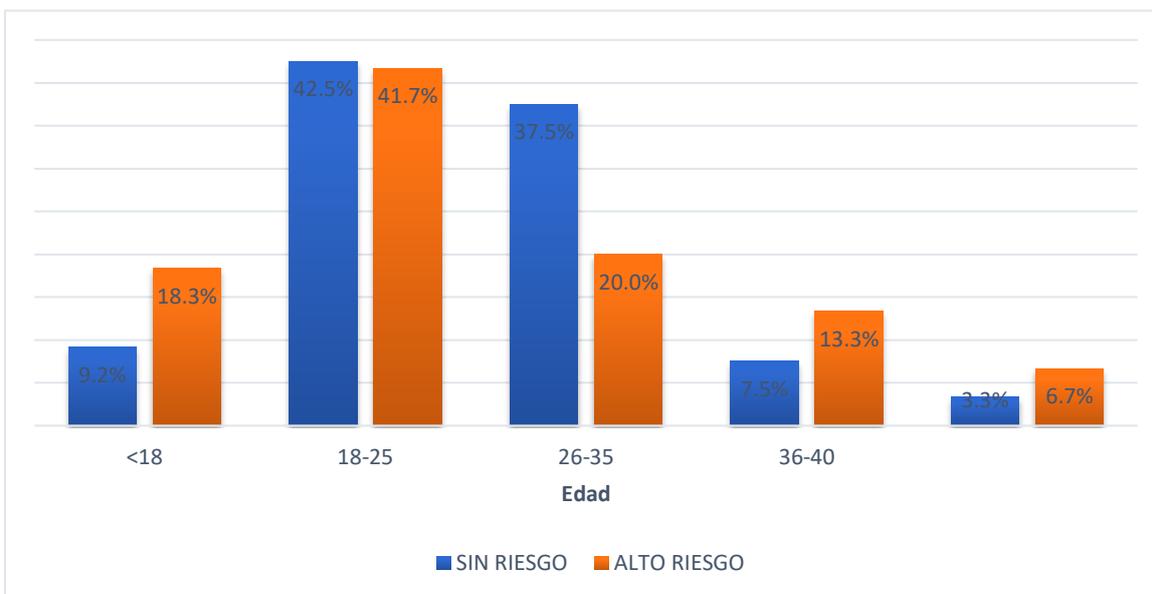


GRÁFICO N°2. Ideación suicida según tiempo de puerperio en las púérperas del Centro de Atención Primaria Señor de Luren, Ica, durante el periodo setiembre-diciembre, 2018

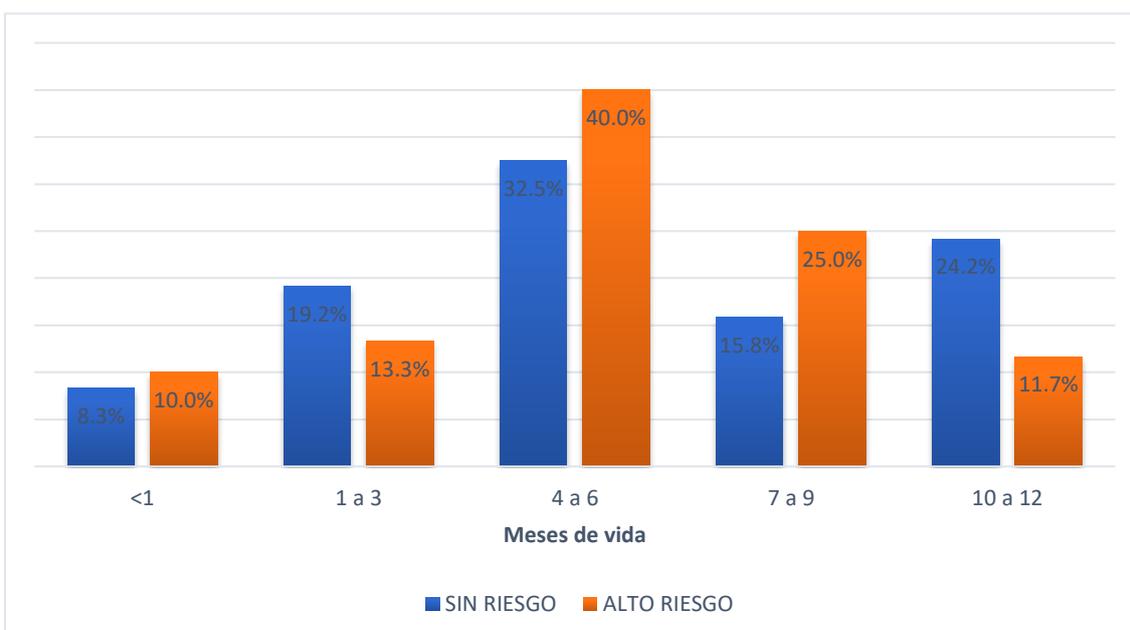


GRÁFICO N°3. Depresión posparto según edad en las púerperas del Centro de Atención Primaria Señor de Luren, Ica, durante el periodo setiembre-diciembre, 2018

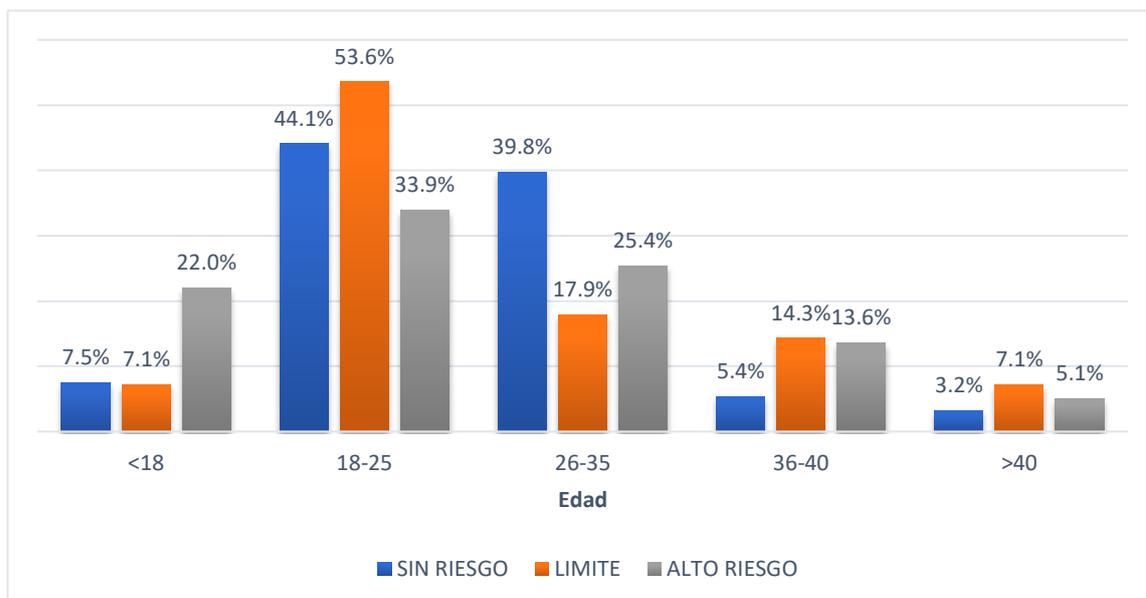


GRÁFICO N°4. Depresión posparto según tiempo de puerperio en las púerperas del Centro de Atención Primaria Señor de Luren, Ica, durante el periodo setiembre-diciembre, 2018

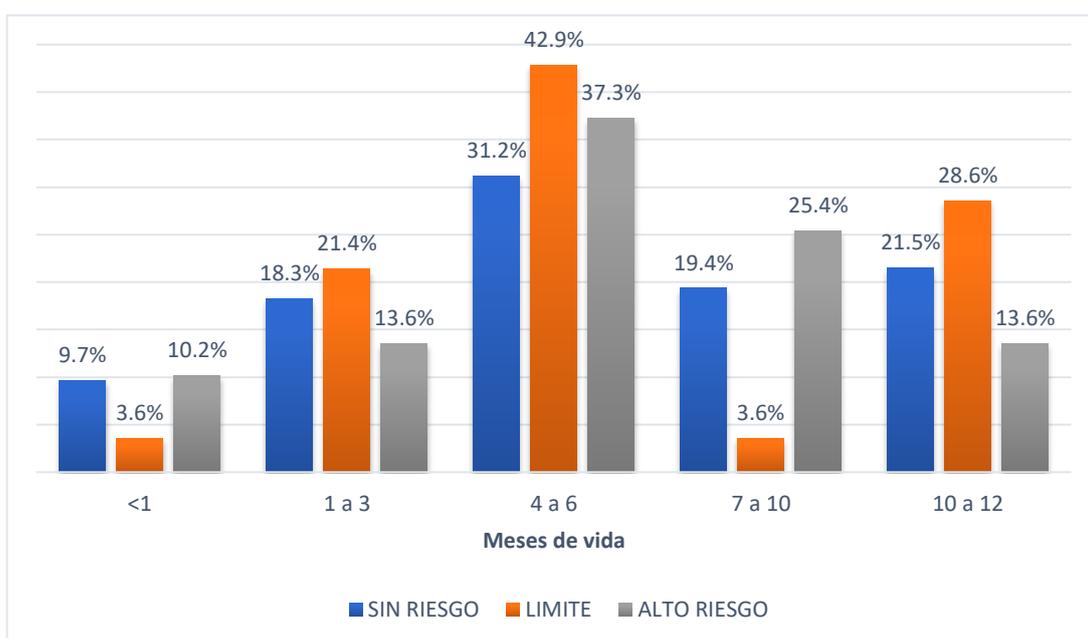


TABLA N°6. Asociación entre características obstétricas e ideación suicida en las púerperas que acudieron al Centro de Atención Primaria Señor de Luren, Ica, durante el periodo setiembre-diciembre, 2018

CARACTERÍSTICAS OBSTETRICAS		IDEACIÓN SUICIDA						P
		NO		SI		TOTAL		
		N	%	N	%	N	%	
HIJOS ANTERIORES	Sí	75	62.5	46	76.7	121	67.2	0.056
	No	45	37.5	14	23.3	59	32.8	
ABORTOS PREVIOS	Sí	22	18.3	17	28.3	39	21.7	0.125
	No	98	81.7	43	71.7	141	78.3	
TIPO DE PARTO	Eutócico	85	70.8	44	73.3	129	71.7	0.726
	Cesárea	35	29.2	16	26.7	51	28.3	
CONTROLES PRENATALES	Sí	117	97.5	58	96.7	175	97.2	0.748
	No	3	2.50	2	3.30	5	2.80	
PSICOPROFILAXIS	Sí	96	80.0	51	85.0	147	81.7	0.414
	No	24	20.0	9	15.0	33	18.3	
LACTANCIA	Exclusiva	83	69.2	48	80.0	131	72.8	0.038
	Artificial	14	11.7	9	15.0	23	12.8	
	Mixta	23	19.2	3	5.00	26	14.4	
AGRESIÓN DURANTE LA GESTACION	Sí	90	75.0	27	45.0	117	65.0	0.000
	No	30	25.0	33	55.0	63	35.0	
TIPO DE AGRESION	Física	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.000
	Psicológica	8	6.70	33	55.0	41	22.8	
	Sexual	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
AGRESOR	Pareja	8	6.70	23	38.3	31	17.2	0.000
	Hermanos	0	0.00	1	1.70	1	0.60	
	Amigos	0	0.00	9	15.0	8	5.0	

V. DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio, como se puede apreciar en la tabla N°1, muestran que el porcentaje de riesgo de ideación suicida en las puérperas que acudieron al Centro de Atención Primaria Señor de Luren durante el periodo setiembre a diciembre del 2018 fue de 36.5%, esta cifra dista de las encontradas a nivel internacional en las que oscilan alrededor de 9.91 por cada 100,000 mujeres en Taiwán (19) y 11% de mortalidad por suicidio hasta el primer año posparto en Austria (49), acercándose a lo descrito por Van Niel con un 20% de prevalencia, considerándolo como la segunda causa de muerte en la etapa perinatal (37). Mientras que en un estudio Nacional previo por Sánchez-Tapia et al. realizado en el hospital Cayetano Heredia, se describió una prevalencia del 15.58% de suicidalidad (23). Esto puede deberse a que en nuestro caso solo se utilizó una prueba de tamizaje, mientras que en los estudios internaciones hicieron uso de bases de datos de mortalidad retrospectivos y en el estudio nacional se confirmó el diagnóstico mediante entrevistas estructuradas (23).

También encontramos que el porcentaje de DPP en las puérperas que acudieron al Centro de Atención Primaria Señor de Luren fue de 32.8%, estas cifras son similares a las descritas por Aramburú, tras aplicar la Escala de Edimburgo en puérperas que acudieron a 14 centros de atención primaria de Lima Metropolitana, encontrando 33% de prevalencia de depresión posparto (16). De igual manera, Molero describió una prevalencia de 38% de DPP en una muestra de puérperas venezolanas, tras usar la Escala de Edimburgo (49). En contraste, se han reportado cifras más bajas en países como Estados Unidos, tal como menciona Schaffir, en su estudio de evaluación de 206 puérperas, encontrando 14.3% de prevalencia de depresión posparto (50); asimismo, NGai al evaluar a parejas de padres en Hong Kong, encontró que el 11.5% de mujeres presentaron tamizaje positivo para depresión a los 6 meses posparto (32), lo que deja en evidencia la heterogeneidad de prevalencia de esta patología dependiente de la zona geográfica en la que se radique, coincidiendo nuestros resultados con investigaciones realizadas en nuestro medio.

En la tabla N°4 se muestran los resultados obtenidos al asociar las variables depresión posparto e ideación suicida valorada mediante la Escala de Plutchik, hallamos 76.7% de depresión posparto en aquellas que presentaron ideación suicida, además encontramos asociación estadísticamente significativa entre dichas variables ($p=0.000$), similar a los hallazgos de Weng en el que encontró que las mujeres con DPP presentaron 20 veces más riesgo de suicidio consumado (IC:8.99–45.73), resultados que se replican en estudios internacionales, como el presentado por Tavares en una población de puérperas brasileñas, en la que describieron que las mujeres con DPP presentaron 17 veces más riesgo suicida (IC:2.27-19.96) (48); a su vez, una revisión sistemática realizada por Orsolini describió que en Reino Unido cerca del 40% de mujeres que cometieron intento de suicidio tenían depresión postparto (58).

Reportes en el extranjero sustentan que una de cada 5 mujeres positivas para el tamizaje de depresión posparto ha manifestado deseos de hacerse daño a sí misma, también se ha expuesto que las cifras ya mencionadas son más elevadas durante el primer año posparto, similar a nuestra población (20,59) y se estima que es 3 veces mayor en países emergentes con respecto a países desarrollados(60); evidenciando la fuerte relación existente entre estas dos variables, demostrando que los desórdenes del ánimo son de los factores más importantes para el riesgo y consumación de un episodio suicida (2,19,22,23).

El contexto social y familiar en la que se encuentre la puérpera influye de sobremanera en la adaptación de la madre a su nuevo estilo de vida, múltiples investigaciones han expuesto la relación de estos factores asociándolos significativamente, en nuestro estudio encontramos que el 66.1% de encuestadas expresó algún grado de disfunción familiar de acuerdo a su puntuación en la Escala de APGAR Familiar, siendo más frecuente el grado moderado con 26.1%, estos resultados son concordantes con lo expresado por Zambrano en la que encontró una prevalencia de 54% de percepción de disfunción familiar en una población de gestantes adolescentes en Colombia (61), en tanto que Contreras-García describió un 28.5% de disfunción familiar en puérperas chilenas medido por el test FF-SIL, presentes en aquellas que presentaron depresión posparto, al igual que el estudio realizado por Dois en el mismo país, encontrando que la percepción del

funcionamiento familiar mostró relación con depresión posparto en puérperas de bajo riesgo obstétrico (14,62), cifras que si bien son menores a las encontradas en el presente estudio, remarcan que son predominantes en pacientes con trastornos del estado de ánimo.

Nuestros hallazgos muestran que el 95% de mujeres con ideación suicida presentaron disfunción familiar, además de existir asociación estadísticamente significativa entre estas variables ($p=0.000$), lo cual sustenta los resultados encontrados por Martini en su estudio de 306 puérperas alemanas, en el que expone la premisa que el soporte social es un importante factor predictor para ideación suicida (OR = 0.35; IC: 0.13–0.91) (22). En nuestro país, Cárdenas describió una prevalencia de disfunción familiar de 70% en un grupo de puérperas peruanas, en las cuales encontró asociación estadísticamente significativa entre esta variable además de establecer que para cualquier grado de disfuncionalidad, el riesgo de padecer depresión posparto fue de 9.5 veces más que en la población general (18), lo cual pone en evidencia que la sensación de no contar con el suficiente apoyo del entorno familiar es un claro factor de riesgo asociado para trastornos del ánimo durante la gestación y posterior a esta. (22,58)

El hecho de contar con un adecuado apoyo emocional, socioeconómico y moral de la familia luego de un acontecimiento importante en la vida de la mujer, incrementará la confianza en sí misma para sobrellevar los cambios en todos los ámbitos en esta nueva etapa, mermando así la posibilidad de presentar un desbalance en su psique, lo cual contrarrestará las consecuencias negativas que pueda acarrear tanto para su salud, la de su hijo y su entorno próximo (32,42,43).

Con respecto a las características demográficas, cuyos resultados se pueden apreciar en la tabla N°5, se demostró asociación estadísticamente significativa entre el nivel de instrucción de las puérperas encuestadas e ideación suicida ($p=0.001$), estos resultados son consistentes con los presentados en Brasil por Tavares en el que halló 4 veces mayor riesgo suicida en mujeres de educación baja (OR:4.62; IC: 2.5-8.73), demostrando que el riesgo disminuye a medida que se va incrementando el nivel educativo de las puérperas (48,58). Por su parte Weng encontró que el bajo nivel educativo fue un importante factor de riesgo para suicidio consumado en Taiwán (OR:0.94, IC:0.50-1.78) (19).

Esta variable también se ha relacionado con la probabilidad de padecer depresión posparto en investigaciones anteriores tales como el de Molero realizado en puérperas de Chile en el cual encontró asociación estadísticamente significativa con respecto a depresión posparto en aquellas puérperas con bajo nivel educativo ($p=0.004$), de igual manera Almanza-Muñoz en una muestra de 500 puérperas mexicanas al asociar los niveles de depresión posparto con respecto al nivel de escolaridad, describieron que aquellas que contaban solamente con escolaridad básica tuvieron 0.6 más probabilidades de padecer depresión posparto (OR:0.612; IC:0.379-0.989) (49,63).

Por lo tanto, la evidencia presentada sugiere que los trastornos del estado del ánimo afecta en mayor proporción a puérperas de países en vías de desarrollo; hallazgo interesante ya descrito por Hahn-Holbrook en su metaanálisis al relacionar la prevalencia de depresión posparto con respecto a los predictores de 56 países de acuerdo a los datos de UNICEF, la OMS y el Banco Mundial; hallaron gran diferencia de prevalencia de DPP en países de altos ingresos como 3% en Singapur hasta 38% en países de bajos ingresos como Chile, explicando que la inequidad en el cuidado materno infantil es clave para estos resultados (51). Lo anterior descrito va de la mano con el nivel de instrucción debido a la deficiencia en líneas de educación ligadas a los sistemas de salud, ya que la población al tener la falsa idea de considerar a esta sintomatología como propia del puerperio, no suelen reportarlas como una afección en su salud.

Con respecto a la edad de la madre, se evidenció que el rango en el que se presentó mayor porcentaje de ideación suicida y depresión posparto fue en el rango de 18 a 25 años, representado en el gráfico N° 1; sin embargo, no se encontró diferencia estadísticamente significativa en ninguno de los dos casos. Estos hallazgos son consistentes con la investigación realizada por Molero en Chile al comparar dos muestras de puérperas adolescentes y adultas en las que fue este último grupo el que presentó mayor prevalencia para depresión posparto e ideación suicida (2% vs 38%), no encontrando asociación significativa, por lo que señala que el grupo etario no siempre es factor predictivo para sufrir de trastornos del ánimo durante el puerperio (49).

Por otro lado, Martini en una muestra de puérperas alemanas sí encontró asociación entre esta variable e ideación suicida, revelando además que a medida que se incrementaba la edad materna, disminuía el riesgo de ideación suicida (OR=0.85; IC:0.74–0.97); en contraste a lo presentado por Glasser en el análisis de la base de datos de una década de mortalidad y nacimientos en Israel, exponiendo que a menor edad se tuvo mayor riesgo de ideación suicida (OR=71.8; IC:62.5–82.1) (22,59). Los primeros estudios descritos se basaron en la premisa que la depresión mayor aparece en etapas más adultas de la vida, pudiendo describirse como recaídas de experiencias anteriores de base y que se reactivan debido a los cambios hormonales y psicosociales que trae consigo la maternidad (59).

La lactancia materna exclusiva ha evidenciado múltiples beneficios no solo en el niño, sino que también influye para una buena salud física y mental de la madre. Nuestros resultados, representados en la tabla N°6, muestran que al asociar esta variable con respecto a ideación suicida, existe correlación estadísticamente significativa ($p=0.038$). Lo mencionado coincide con lo expuesto por Shah, en cuya investigación comparó dos grupos de 434 puérperas de Pakistán dividiéndolas en grupos de madres con lactancia materna exclusiva y aquellas que no lo realizaban, encontrando en estas últimas 2.3 veces mayor riesgo de depresión posparto y su consecuente respuesta al último ítem de la EDPE, que habla sobre ideación suicida (95% IC: 1.27 - 4.44), similares resultados se observan en el estudio realizado por Figueiredo en puérperas de Portugal, en la que las puntuaciones más altas de depresión en el tercer trimestre posparto se asociaron a un período más corto de tiempo de la lactancia materna exclusiva (34,64).

El papel de la lactancia materna está relacionado a reducir los factores psicobiológicos durante esta etapa de la vida, ya que las hormonas lactogénicas: oxitocina y prolactina, están asociadas con efectos ansiolíticos y antidepresivos (34). A su vez está involucrada con la región del eje hipotálamo-hipófisis-glándula suprarrenal durante el puerperio, y al disminuir los niveles de cortisol, que se ha demostrado formaría parte de la génesis fisiopatológica de la depresión posparto, descrito por Caparros-González en su estudio realizado a mujeres españolas, midiendo sus niveles de cortisol durante la gestación y el puerperio, resultando que

dichos niveles podrían predecir el 28% de la varianza de padecer depresión posparto (35).

Otra importante asociación de la lactancia es la concerniente a la adecuada regulación de los patrones de sueño y vigilia tanto para la madre como para el hijo, cuyo beneficio se encontraría en la de ayudar a la madre a sentirse menos cansada, disminuyendo así el riesgo de padecer trastornos del ánimo. Dicha asociación fue expuesta por Sánchez-Tapia en una muestra de puérperas peruanas, encontrando que aquellas que dormían menos de 6 horas diarias tuvieron 5 veces más riesgo de tendencia a la suicidalidad (OR= 5,34; IC: 1,77 - 16,10) y señaló a la lactancia materna como factor protector (OR=0,15; IC: 0,04 - 0,55) al disminuir la prevalencia de insomnio, conocido factor de riesgo para sufrir trastornos del ánimo(23).

Múltiples estudios correlacionales han establecido el papel de la violencia durante la gestación y sus consecuencias durante este periodo y el puerperio (22,52). En Argentina Paolini evaluó a 45 puérperas inmediatas según grupo de riesgo para síntomas depresivos encontrando diferencia estadísticamente significativa con la variable violencia familiar (60). En nuestro país el estudio de casos y controles de Vásquez, describió que el 47% de puérperas con depresión posparto habían sufrido de algún episodio de violencia familiar, asociándolo como factor con un riesgo de 3.7 (IC: 1,7 – 7,9) para depresión posparto y sus consecuencias como ideación suicida (17). Resultados similares a nuestro análisis en el que hallamos que el 55% de puérperas que presentaron algún tipo de agresión durante la gestación presentó a su vez ideación suicida, asimismo encontramos asociación estadísticamente significativa entre estas variables ($p=0.000$). Cabe señalar que en nuestra población se registró únicamente violencia del tipo psicológico (35%), ejercido predominantemente por la pareja, ninguna encuestada reportó violencia física o sexual a pesar de asegurarles la confidencialidad de los datos, esto puede deberse a que aún persiste el temor por reportar este tipo de agresiones intrafamiliares.

Finalmente, en cuanto a los antecedentes obstétricos restantes, nuestro análisis no reveló asociación estadísticamente significativa con respecto a la variable ideación suicida; que si bien, previamente algunos estudios han señalado que el ser primípara, antecedente de abortos previos y parto por cesárea son factores de riesgo para trastornos del ánimo (19,23,63), aún muestra heterogeneidad con la

mayoría de estudios realizados con respecto a este tema, que suelen asociar estos eventos como factores estresores, colocando a los factores psicosociales como factores con mayor fuerza asociativa para estas patologías (5,22,58,65).

El número de estudios acerca de aspectos suicidas durante la etapa de puerperio en nuestro medio aun es bajo, por lo que se hace difícil realizar comparaciones debido a que estos se han realizado con diferentes métodos, poblaciones, realidades sociales y herramientas. Sin embargo, a pesar de estas limitaciones, se logró establecer asociaciones interesantes entre nuestras variables, las cuales serían de mucha utilidad para realizar comparaciones cada vez más certeras en un futuro no lejano, acerca de estas patologías que aun merecen una atención más adecuada. Por ello se debería dar paso a la reflexión a incidir en la investigación en este campo de suma relevancia en cuanto a salud pública, debido a la posibilidad del subregistro de este diagnóstico tan grave, ya que actualmente no existe ningún tamizaje estructurado de este tipo en los centros maternoinfantiles de nuestro país.

VI. CONCLUSIONES

1. Las variables depresión posparto y disfunción familiar mostraron asociación estadísticamente significativa con ideación suicida en las puérperas que acudieron al Centro de Atención Primaria Señor de Luren durante el periodo de tiempo setiembre-diciembre del 2018.
2. La frecuencia de ideación suicida fue 36.8%, de depresión posparto 32.8% y de disfunción familiar 66.1% en las puérperas que acudieron al Centro de Atención Primaria Señor de Luren durante el periodo de tiempo setiembre-diciembre del 2018.
3. La variable demográfica grado de instrucción mostró asociación estadísticamente significativa con ideación suicida en las puérperas que acudieron al Centro de Atención Primaria Señor de Luren durante el periodo de tiempo setiembre-diciembre del 2018.
4. La lactancia materna exclusiva y agresión durante la gestación mostraron asociación estadísticamente significativa con ideación suicida en las puérperas que acudieron al Centro de Atención Primaria Señor de Luren durante el periodo de tiempo setiembre-diciembre del 2018.

VII. RECOMENDACIONES

1. Estudios prospectivos y retrospectivos, con mayor población y extendiendo el periodo de estudio desde etapas pre natales, permitirán un mejor análisis a cerca de las variables demográficas, obstétricas y psicosociales acerca del suicidio y sus diversos aspectos en este grupo etario.
2. Son los primeros niveles de atención donde se debe realizar el tamizaje con respecto a las diversas patologías en el ámbito de la salud mental de la madre, con el fin de referirlas a las especialidades requeridas en el tiempo apropiado para evitar las terribles consecuencias que su no tratamiento podrían acarrear.
3. La adecuada capacitación al personal de salud es esencial para que se encuentren aptos de detectar los signos de alarma de las patologías de índole mental desde las primeras etapas de la gestación o del puerperio, además de ejercer efectivamente como medio de apoyo para las madres que padezcan estas afecciones, muchas veces subestimadas en nuestro medio.
4. Replicar estudios de esta índole para generar mayor y mejor evidencia, con la que será posible aplicar nuevas políticas de salud mental y perinatal.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión en cifras. Ginebra: OMS. 2019. [Internet] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. ten Have M, Penninx BWJH, Tuithof M, van Dorsselaer S, Kleinjan M, Spijker J, et al. Duration of major and minor depressive episodes and associated risk indicators in a psychiatric epidemiological cohort study of the general population. *Acta Psychiatr Scand.* 2017;136(3):300–12.
3. Fiquer JT, Moreno RA, Brunoni AR, Barros VB, Fernandes F, Gorenstein C. What is the nonverbal communication of depression? Assessing expressive differences between depressive patients and healthy volunteers during clinical interviews. *J Affect Disord.* 238 (8) :636–44.
4. Tebeka S, Geoffroy PA, Dubertret C, Le Strat Y. Sadness and the continuum from well-being to depressive disorder: a replication study in a representative US population sample. *J Psychiatr Res.* 2020;13 (2):50–4.
5. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *BMC Med Clin N Am Annu Rev Public Heal.* 2014;9(34):901–14.
6. Hernández-Vásquez A, Azañedo D, Rubilar-González J, Huarez B, Grendas L. Evolución y diferencias regionales de la mortalidad por suicidios en el Perú, 2004-2013. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2016;33(4):751–7.
7. Velásquez A. The Burden of Disease and Injuries in Peru and the priorities of the Universal Assurance Essential Plan. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2011;26(2):222–31.
8. Fiestas F, Piazza M. Lifetime prevalence and age of onset of mental disorders in Peru: results of the World Mental Health Study, 2005. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2014;31(1):39–47.
9. Berríos M. El 80% de peruanos con trastornos mentales no recibe tratamiento. *La República* [Internet]. 13 de febrero del 2018; Sociedad. Disponible en: <http://larepublica.pe/sociedad/1197071-el-80-de-peruanos-con-trastornos->

mentales-no-recibe-tratamiento

10. Dolbier CL, Rush TE, Sahadeo LS, Shaffer ML, Thorp J. Relationships of Race and Socioeconomic Status to Postpartum Depressive Symptoms in Rural African American and Non-Hispanic White Women. *Matern Child Health J.* 2013;17(7):1277–87.
11. Guintivano J, Manuck T, Meltzer-brody S, Carolina N. Predictors of Postpartum Depression : A Comprehensive Review of the Last Decade of Evidence. *Clin Obstet Gynecol.* 2018;61(3):591–603.
12. Bassi M, Delle Fave A, Cetin I, Melchiorri E, Pozzo M, Vescovelli F, et al. Psychological well-being and depression from pregnancy to postpartum among primiparous and multiparous women. *J Reprod Infant Psychol.* 2017;35(2):183–95.
13. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health. England: NICE [Internet]. 2017. Disponible en: <https://pathways.nice.org.uk/pathways/antenatal-and-postnatal-mental-health#content=view-quality-statement%3Aquality-statements-valproate%0D>
14. Contreras-García Y, Sobarzo Rodríguez P, Manríquez-Vidal C. Caracterización del apoyo social percibido durante el posparto y la presencia de depresión materna. *Rev Cuba Obstet y Ginecol.* 2017;43(1):1-13.
15. Mendoza B. C, Saldivi S. Actualización en depresión postparto: El desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Med Chil.* 2015;143(7):887–94.
16. Aramburú P, Arellano R, Jáuregui S, Pari L, Salazara P, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. *Rev Peru Epidemiol.* 2008;12(3):1–5.
17. Plasencia V, Analy G, Díaz R, Rene D, Arangoitia C, Cáceres A, et al. Disfuncionalidad familiar y violencia familiar como factores de riesgo de depresión puerperal. Hospital Regional de Cajamarca, Perú.2014. *Scientia.* 2017;9(2):145–52.

18. Miranda CK. Asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto en puérperas del Centro de Atención Primaria III Luis Negreiros Vega en enero 2017. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. 2017.
19. 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;6(1):25770.
20. 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;34(2):139–45.
21. Paris R, Bolton RE, Weinberg MK. Postpartum depression, suicidality, and mother-infant interactions. *Arch Womens Ment Health.* 2011;12(5):309–21.
22. Martini J, Bauer M, Lewitzka U, Voss C, Pfennig A, Ritter D, et al. Predictors and outcomes of suicidal ideation during peripartum period. *J Affect Disord.* 2019;257:518–26.
23. Fernando R. Sánchez-Tapia, Angie R. Ostolaza-Vite EAP-L, Paulo J. Ruiz-Grosso JMV-D. Frecuencia de tendencias suicidas (suicidalidad) y factores asociados en mujeres durante el primer año posparto. *Rev Neuropsiquiatr.* 2017;80(3):172–80.
24. Candia Y. Factores asociados a depresión posparto en puérperas del servicio de obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. 2017.
25. Alvites Peve YV. Prevalencia de la Depresión Pstparto en puérperas atendidas en el servicio de GinecoObstetricia del Hospital Augusto Hernández Mendoza de ESSALUD Ica, 2016. Tesis de Licenciatura en Obstetricia. Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica. Ica, Perú. 2016.
26. Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. Perú: encuesta demográfica y de salud familiar. Endes. Lima: INEI; 2019.

27. Angelina Dois Castellón E. Actualizaciones en depresión posparto. *Rev Cuba Obstet y Ginecol.* 2012;38(4):576–86.
28. Hutchens BF, Kearney J. Risk Factors for Postpartum Depression: An Umbrella Review. *J Midw and Women's Health.* 65; 2020:96–108.
29. Wisner KL, Moses-Kolko EL, Sit DKY. Postpartum depression: A disorder in search of a definition. *Arch of Women's Ment Health.* 2010; 13: 37–40.
30. Banasiewicz J, Zaręba K, Bińkowska M, Rozenek H, Wójtowicz S, Jakiel G. Perinatal Predictors of Postpartum Depression: Results of a Retrospective Comparative Study. *J Clin Med .* 2020;9(9):2952.
31. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis posparto y la tristeza posparto. *Perinatol Reprod Humana.* 2013;27(3):185–93.
32. Ngai FW, Ngu SF. Predictors of maternal and paternal depressive symptoms at postpartum. *J Psychosom Res.* 2015;78(2):156–61.
33. Falana SD, Carrington JM. Postpartum Depression: Are You Listening?. *NursClin of North Amer.*2019; 54(4): 561–7.
34. Figueiredo B, Canário C, Field T. Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychol Med.* 2014;44(5):927–36.
35. Caparros-Gonzalez RA, Romero-Gonzalez B, Strivens-Vilchez H, Gonzalez-Perez R, Martinez-Augustin O, Peralta-Ramirez MI. Hair cortisol levels, psychological stress and psychopathological symptoms as predictors of postpartum depression. *PLoS One.* 2017;12(8).
36. Van Niel MS, Payne JL. Perinatal depression: A review . *Clev Clin j of med.* 2020;87:273–7.
37. O'Connor A, Geraghty S, Doleman DG, De Leo A. Suicidal ideation in the perinatal period: A systematic review. *Ment Heal Prev.* 2018.12:67–75.
38. Levey EJ, Rondon MB, Sanchez S, Zhong QY, Williams MA, Gelaye B. Suicide risk assessment: examining transitions in suicidal behaviors among

- pregnant women in Perú. *Arch Womens Ment Health*.2019;22(1):65–73.
39. Teti GL, Rebok F, Rojas SM, Grendas L, Daray FM. Systematic review of risk factors for suicide and suicide attempt among psychiatric patients in Latin America and Caribbean. *Rev Panam Salud Pública*. 2014;36(2):124–33.
 40. Jo Kim J, 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. *Obst and Gynecol*.2015;125 (4): 885–93.
 41. Oexle N, Rüsck N. Stigma – risk factor and consequence of suicidal behavior: Implications for suicide prevention. *Nervenarzt*. 2018;89(7):779–83.
 42. Soto-Acevedo F, Alberto León-Corrales I, Castañeda-Sánchez O. Calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas derechohabientes de una unidad de medicina familiar del estado de Sonora, México. *Atención Fam*. 2015;22(3):64–7.
 43. Ngai FW, Ngu SF. Family sense of coherence and family and marital functioning across the perinatal period. *Sex Reprod Healthc*. 2016;7:33–7.
 44. González Sala F, Gimeno Collado A, Meléndez Moral JC, Córdoba Iniesta A. La percepción de la funcionalidad familiar: confirmación de su estructura bifactorial. *Escritos Psicol*. 2012;5(1):34–9.
 45. Evans M, Donelle L, Hume-Loveland L. Social support and online postpartum depression discussion groups: A content analysis. *Patient Educ Couns*. 2012;87(3):405–10.
 46. Zhong QY, Wells A, Rondon MB, Williams MA, Barrios Y V., Sanchez SE, et al. Childhood abuse and suicidal ideation in a cohort of pregnant Peruvian women. *Am J Obstet Gynecol*. 2016 ;215(4):501.e1-501.e8.
 47. Urdaneta J. 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.
 48. 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 Off J Brazilian Psychiatr Assoc. 2012;34(3):270–6.
49. Molero KL, Urdaneta J, Sanabria C V, Baabel N, Contreras A, Azuaje E, et al. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. *Rev Chil Obs Ginecol.* 2014;79(4):294–304.
 50. Schaffir J, Kunkler A, Lynch CD, Benedict J, Soma L, Doering A. Association between postpartum physical symptoms and mood. *J Psychosom Res.* 2018;107 (2):33–7.
 51. Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: a Systematic Review, meta-analysis, and meta-Regression of 291 Studies from 56 countries. *Psych.* 2018;8(8): 1-23.
 52. Knasmüller P, Kotal A, König D, Vyssoki B, Kapusta N, Blüml V. Maternal suicide during pregnancy and the first postpartum year in Austria: Findings from 2004 to 2017. *Psychiatry Res.* 2019;281:1125-30.
 53. de Avila Quevedo L, Scholl CC, de Matos MB, da Silva RA, da Cunha Coelho FM, Pinheiro KAT, et al. Suicide Risk and Mood Disorders in Women in the Postpartum Period: a Longitudinal Study. *Psych Q.* 2020 ;50: 1–10.
 54. Vega-Dienstmaier J, Mazzotti SG, Campos SM. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *Actas Españolas Psiquiatr.* 2002;30(2):106–11.
 55. Santana-Campas MA, Santoyo TF. Psychometric properties of the Plutchik suicide risk scale in a sample of young Mexicans deprived of liberty. *Av Psicol.* 2018;26(1):57-64.
 56. Castilla H, Caycho T, Shimabukuro M, Valdivia A. Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la Escala APGAR-familiar en adolescentes de Lima. *Prop y Represent;* 2014; 2(1):49-63.
 57. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64ª Asamblea General. Fortaleza, Brasil:AMM;2013. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publicati>

ons/10poli

58. 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 in Psych.* 2016;138(8):1-6.
59. Glasser S, Levinson D, Gordon ES, Braun T, Haklai Z, Goldberger N. The tip of the iceberg: Postpartum suicidality in Israel. *Isr J Health Policy Res.* 2018;7(1):1–12.
60. Paolini CI, Oiberman AJ, Balzano S. Factores psicosociales asociados a un alto, medio y bajo riesgo de síntomas depresivos en el posparto inmediato. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2012;12(1):65–73.
61. Zambrano GEP, Vera SFL. Relación entre funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes embarazadas. *Cienc y Cuid.* 2012;9(2):9–16.
62. Dois Angelina, Uribe Claudia, Villarroel Luis CA. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. *Rev Med Chil.* 2012;140(1):719–25.
63. Almanza-Muñoz CJJ, Salas-Cruz CL O-MA. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados, en pacientes puérperas de la Clínica de Especialidades de la Mujer. *Rev Sanid Milit Mex.* 2011;65(3):78–86.
64. Shah S, Lonergan B. Frequency of postpartum depression and its association with breastfeeding: A cross-sectional survey at immunization clinics in Islamabad, Pakistan. *J Pak Med Assoc.* 2017;67(8):1151–6.
65. Sahagún-cuevas MN, Martínez-castillo BA, Gabriela E. Prevalencia de depresión en embarazadas en primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social Edna. *Rev Médica MD.* 2015;6(04):285–9.

ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento Informado

“DEPRESIÓN POSPARTO Y DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO FACTORES ASOCIADOS PARA IDEACIÓN SUICIDA EN PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA SEÑOR DE LUREN, ICA, SETIEMBRE-DICIEMBRE 2018”

Usted cumple con los requisitos para participar en un estudio titulado “Depresión post parto y disfunción familiar como factores de riesgo para ideación suicida en puérperas que acuden al centro de atención primaria Señor de Luren, Ica, setiembre-diciembre 2018”. Si nos brinda su consentimiento para su participación en el presente estudio, se procederá a realizarle un cuestionario de preguntas sencillas, garantizamos que sus respuestas serán completamente anónimas y confidenciales.

Se aclararán todas las dudas que usted presente de la forma más clara y sencilla posible antes de iniciar este estudio.

Riesgos y Beneficios: Garantizamos que la participación en este estudio no genera de sufrir algún tipo de daño físico, psicológico o de otra característica. El principal beneficio es que su información nos ayudará a analizar y buscar mejoras para los problemas de salud de esta población.

Confidencialidad: No se publicará su nombre en ningún momento del proceso de la investigación, ni siquiera en el informe final de este estudio. Los datos solo serán utilizados para efectos de análisis e investigación.

Derechos: Luego de leer toda la información presentada, usted es libre de participar o desistir voluntariamente de esta investigación en el momento en el que usted desee sin que ello conlleve penalidad alguna.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

¿Acepta participar?

SI

NO

ANEXO 2: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“DEPRESIÓN POSPARTO Y DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO FACTORES ASOCIADOS PARA IDEACIÓN SUICIDA EN PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA SEÑOR DE LUREN, ICA, SETIEMBRE-DICIEMBRE 2018”

Número de encuesta: _____

Fecha de aplicación: _____

A continuación se pide su voluntaria colaboración para responder las siguientes preguntas. Se espera la mayor veracidad posible en sus respuestas y agradecemos desde ya su participación en este estudio con fines meramente de investigación.

I. CUESTIONARIO

Instrucciones: Marque con X la respuesta que más se ajuste a su realidad en las preguntas que le presentamos a continuación:

1. ¿Cuál es su actual edad (en años)?: _____

2. ¿Cuál es su estado civil actual?

Soltera Casada Conviviente Separada Divorciada Viuda

3. ¿Cuál es su grado de instrucción?

Primaria Incompleta () Primaria Completa () Secundaria Completa ()
Secundaria Incompleta () Superior Completa () Superior Incompleta ()

4. ¿Cuántos meses de vida tiene su menor hijo (a)? _____

5. Su parto fue: Natural () Cesárea ()

6. ¿Durante los primeros 6 meses de vida de su hijo (a) la lactancia fue:

Solo materna () Lactancia artificial (fórmula maternizada) () Mixta ()

7. ¿Ha tenido hijos antes?

SI ¿Cuántos?: _____ NO

8. ¿Ha tenido abortos antes?

SI ¿Cuántos?: _____ NO

9. ¿Acudió a sus controles prenatales?

SI ¿Cuántos?: _____ NO

10. ¿Tuvo psicoprofilaxis durante su gestación?

SI ¿Cuántas sesiones?: _____ NO

11. ¿Durante su gestación ha sido agredida? ¿De qué tipo? ¿Por quién?

SI NO Psicológica Física Sexual

Pareja Padres Hermanos Amigos Otros

II. ESCALA DE DEPRESIÓN POSPARTO DE EDIMBURGO (EDPE)

Instrucciones: A continuación le haremos algunas preguntas acerca de cómo se ha sentido durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas:

- Tanto como siempre
- No tanto ahora
- Mucho menos ahora
- No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer:

- Tanto como siempre
- Algo menos de lo que solía hacer
- Definitivamente menos que antes
- No, nada

3. Me he culpado sin necesidad a mí misma cuando las cosas no salían bien:

- Sí, la mayoría de las veces
- Sí, algunas veces
- No muy a menudo
- No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin tener algún motivo:

- No, para nada
- Casi nada
- Sí, a veces
- Sí, con mucha frecuencia

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno:

- Sí, bastante
- Sí, a veces
- No, no mucho
- No, nada

solo a cómo se siente el día de hoy. Por favor maque con una x la respuesta que más refleje su realidad:

6. Las cosas me superaban, sobrepasaban o abrumaban:

- Sí, la mayor parte del tiempo
- Sí, a veces
- No, casi nunca
- No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir

- Sí, la mayor parte del tiempo
- Sí, a veces
- No con mucha frecuencia
- No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada

- Sí, casi siempre
- Sí, bastante a menudo
- No muy a menudo
- No, nunca

9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:

- Sí, casi siempre
- Sí, bastante a menudo
- Sólo en ocasiones
- No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma:

- Sí, bastante a menudo
- A veces
- Casi nunca
- No, nunca

III. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

Instrucciones: Las siguientes preguntas abordan cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor responda SÍ o NO con la respuesta que más se acerque a su realidad:

1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	SI	NO
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	SI	NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí misma?	SI	NO
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SI	NO
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SI	NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	SI	NO
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SI	NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasada que solo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	SI	NO
9. ¿Está deprimida ahora?	SI	NO
10. ¿Es usted separada, viuda o divorciada?	SI	NO
11. ¿Sabe si alguien de su familia intentó suicidarse alguna vez?	SI	NO
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadada que habría sido capaz de matar a alguien?	SI	NO
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SI	NO
14. ¿Le ha comentado a alguien, en algún momento, que quería suicidarse?	SI	NO
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SI	NO

IV. APGAR familiar

Instrucciones: A continuación le presentaremos algunas oraciones que le permitirán reflexionar acerca de su relación con su familia. Por favor marque la casilla que más se acerque a su realidad, teniendo como base la siguiente escala: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3: Casi siempre 4: Siempre.

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Me encuentro satisfecha con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa					
2. Me encuentro satisfecha con la forma que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo					
3. Me encuentro satisfecha por cómo mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida					
4. Me encuentro satisfecha con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de amor y tristeza					
5. Me encuentro satisfecha con el tiempo que mi familia y yo compartimos					

ANEXO 3: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Depresión Posparto	Presentación de síntomas depresivos dentro del periodo de los 12 primeros meses posparto.	Según la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPE) de acuerdo a la siguiente puntuación: No depresión posparto: <10 puntos Alto riesgo para depresión posparto: 11-13puntos Depresión posparto: >13 puntos	-No depresión posparto - Alto riesgo para depresión posparto - Depresión posparto	Cualitativa Nominal
Ideación Suicida	Pensamientos repetitivos e intrusivos sobre la muerte auto infringida, acerca de las formas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en las que se propone autolesionarse	Según la Escala de Riesgo Suicida de Plutchick de acuerdo a la siguiente puntuación: Bajo Riesgo <6 Alto Riesgo >6	-Bajo riesgo suicida -Alto riesgo suicida	Cualitativa Nominal
Disfunción familiar	Estado de disconformidad permanente entre los miembros de una familia que no les permite alcanzar un adecuado desarrollo integral.	Según la escala APGAR familiar, de acuerdo a la siguiente puntuación: No disfunción familiar: 18-20 puntos Disfunción familiar leve: 14-17 puntos Disfunción familiar moderada:10-13 puntos Disfunción familiar severa: < 9 puntos	-Con disfunción familiar - Sin disfunción familiar	Cualitativa Nominal

VARIABLES INTERVINIENTES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Estado Civil	Situación de la mujer, determinada por su vínculo con otro individuo, que establece ciertos derechos y deberes civiles y sentimentales.	Estado civil al momento de realizar el cuestionario	Soltera, Casada, Conviviente, Viuda, Divorciada	Cualitativo Nominal
Grado de Instrucción	Es el grado más elevado de estudios alcanzados por la puérpera.	Grado concluido al momento de realizar el cuestionario	Analfabeta, Primaria Incompleta, Primaria Completa, Secundaria Incompleta, Secundaria Completa, Superior Completa, Superior Incompleta	Cualitativo Ordinal
Tiempo de puerperio	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento del último hijo.	Tiempo que ha pasado desde el nacimiento del último hijo al momento de realizar el cuestionario	Inmediato Temprano Tardío	Cuantitativo Razón
Número de partos anteriores	Número de hijos previos que la encuestada presenta antes del producto actual.	Número de hijos antes del último embarazo al momento de realizar el cuestionario	Primípara Multipara	Cuantitativo Razón
Tipo de parto	Vía por la cual se culmina la gestación y se expulsa al bebé.	Vía del último parto al momento de realizar el cuestionario	Eutócico, distócico	Cualitativo Nominal
Tipo de Lactancia	Forma de alimentar al hijo durante el tiempo de puerperio	Forma de alimentar al hijo durante sus seis primeros meses de vida	Lactancia materna exclusiva, Lactancia artificial, Lactancia mixta	Cualitativo Nominal

Número de abortos previos	Número de pérdidas obstétricas que la encuestada ha presentado antes del producto actual	Cantidad de pérdidas anteriores al último embarazo al momento de realizar el cuestionario	Número expresado en cifras	Cuantitativo Razón
Control prenatal	Cantidad de controles médicos que la gestante realiza en un Centro de Salud para la evaluación del adecuado desarrollo del producto	Número de controles realizados durante la última gestación, según la OMS: Adecuado >6 Inadecuado <6	Adecuado Inadecuado	Cualitativo Ordinal
Psicoprofilaxis Prenatal	Sesiones de educación y preparación racional, física y psíquica de la gestante, ausente de medicamentos, durante la gestación para un mejor afrontamiento del parto.	Número de sesiones realizadas durante la última gestación, según la OMS: Adecuado >6 Inadecuado <6	Adecuado Inadecuado	Cualitativo Ordinal
Agresión durante la gestación	Violencia de cualquier índole mostrada por una persona externa que denigren y menoscaben la dignidad de la mujer durante su gestación.	Violencia recibida durante la última gestación hasta el momento de realizar el cuestionario	Psicológica Física Sexual	Cualitativo Nominal