



Frecuencia de tendencias suicidas (suicidalidad) y factores asociados en mujeres durante el primer año posparto.

Frequency of suicidality and associated factors in women during the first postpartum year.

Fernando R. Sánchez-Tapia ^{1,a}, Angie R. Ostolaza-Vite ^{1,a}, Estefanía A. Peña-López ^{1,a},
Paulo J. Ruiz-Grosso ^{1,2,b}, Johann M. Vega-Dienstmaier ^{1,c,2,d}

RESUMEN

Objetivos: Estimar la frecuencia de tendencias suicidas (*suicidalidad*) y explorar su relación con diversas variables en mujeres atendidas en un hospital público peruano durante el primer año del periodo posparto. **Material y Métodos:** Se realizó un análisis secundario de datos de un trabajo de investigación realizado en el Hospital Cayetano Heredia (Lima, Perú) que incluía 321 mujeres durante el primer año posparto, con registros de variables sociodemográficas, ginecológicas, clínico-psiquiátricas y 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 (Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders, SCID). **Resultados:** Se encontró una frecuencia de 15,58 % (IC 95%: 11,79-20,01%) de suicidalidad en mujeres durante el primer año posparto. El análisis bivariado mostró relación significativa entre la presencia de suicidalidad y depresión mayor (OR = 14,52; p < 0,001), trastorno obsesivo-compulsivo (OR = 3,96; p = 0,001), trastorno disfórico premenstrual (OR=3,25; p=0,002) y episodio maniaco o hipomaniaco previo (OR=2,12; p=0,025). Asimismo, el análisis multivariado encontró relación significativa con *status* de separada/divorciada (OR = 6,96; p = 0,027), abortos previos (OR = 2,92; p = 0,006), sueño menor de 6 horas (OR=5,34; p=0,003) y lactancia materna (OR=0,15; p=0,004). **Conclusiones:** Las tendencias suicidas en mujeres con menos de un año posparto fueron detectadas en 15,58% de la muestra y se relacionaron con una serie de variables de diversa índole, las cuales deben ser tenidas en cuenta para eventuales intervenciones preventivas y/o de atención clínica focalizada.

PALABRAS CLAVE: Tendencias suicidas, intento suicida, postparto.

SUMMARY

Objectives: To estimate the frequency of suicidality and to explore its relation with different variables in women seen in a Peruvian public hospital during their first year of their postpartum period. **Material and Methods:** A secondary data analysis of a research study carried out in the Hospital Cayetano Heredia (Lima, Peru) was conducted on 321 women seen during their first postpartum year, with focus on sociodemographic, psychiatric, gynecological and suicidality variables. Suicidality was defined as the presence of symptom 9 of criterion A of a Major Depressive Episode assessed through the Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders (SCID). **Results:** Suicidality was found in 15.58% (95% CI: 11.79-20.01%) of the sample. Bivariate analyses showed a significant relationship

¹ Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú.

^a Egresado ; ^bMédico Residente de Psiquiatría ; ^c Profesor asociado; ^d Psiquiatra.

between suicidality and major depression (OR = 14.52, $p < 0.001$), obsessive-compulsive disorder (OR = 3.96, $p = 0.001$), premenstrual dysphoric disorder (OR=3.25, $p = 0.002$) and previous manic or hypomanic episode (OR = 2.12, $p = 0.025$). In addition, multivariate analysis found a significant relationship with being separated / divorced (OR = 6.96, $p = 0.027$), previous abortions (OR = 2.92, $p = 0.006$), sleep of less than 6 hours (5.34, $p = 0.003$) and breastfeeding (OR = 0.15, $p = 0.004$). **Conclusions:** The suicidality in women with less than one year postpartum had a frequency of 15.58% and was related to a series of variables to be taken into account for eventual preventive and/or focused clinical interventions.

KEYWORDS: Suicidality, suicidal attempt, postpartum period.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales representan una causa importante de pérdida de calidad de vida y su consecuencia más grave es el suicidio (1). La Organización Mundial de la Salud define al suicidio como un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal (2).

El suicidio representa una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial (3). En el Perú, la tasa de suicidio parece haberse incrementado de 1,0 en el año 2009 a 1,13 en el año 2013 por cada 100 000 habitantes (4). En la población general, los suicidios son cometidos principalmente por hombres de mediana edad (5,6), mientras que los intentos suicidas son más frecuentes entre las mujeres jóvenes (7,8). En mujeres en edad reproductiva, los suicidios representan la cuarta causa de mortalidad (9). Es claro que el suicidio es una preocupación mundial, pero es sumamente importante también cuando hablamos de mortalidad materna (10). El papel del periodo perinatal como factor de riesgo para suicidio aun es controversial; diversos estudios han encontrado que la tasa de mortalidad por suicidio en mujeres en periodo postparto es menor a la de mujeres de la misma edad que no han gestado mientras que otros sugieren que las cifras se incrementan en el periodo posparto (11).

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

El término suicidalidad se refiere a una amplia serie de conceptos relacionados con el suicidio que incluye ideas pasivas de muerte, ideación suicida, actos preparatorios para el suicidio, comportamiento auto-lesivo, intentos suicidas y suicidio (14,15).

La suicidalidad está fuertemente relacionada a trastornos psiquiátricos, mientras que el riesgo suicida en madres se relaciona con antecedente de abuso físico en la infancia, trastornos del sueño, depresión y ansiedad (16-18).

Además otros investigadores encontraron que mujeres que no habían terminado la escuela primaria en comparación con mujeres que habían terminado estudios secundarios presentan mayor tendencia a ideas suicidas en el posparto (19). Por último, hay estudios que usando la escala de Depresión Posnatal de Edimburgo encontraron que la ideación suicida estaba relacionada con la edad materna temprana, ausencia de pareja, raza no caucásica, laceración vaginal grave, muerte fetal o del bebé (20).

De acuerdo a la literatura revisada, podemos observar que los factores de riesgo en puerperas para ideación suicida son muchos y varían de acuerdo a los distintos escenarios. A pesar de que en nuestro país existen algunos estudios sobre depresión posparto y los factores de riesgo asociados; es importante resaltar que la población proviene principalmente de instituciones especializadas en salud mental o es poco representativa (18,21,22). Además, en el Perú aún no se ha investigado la frecuencia de suicidalidad en mujeres en el periodo posparto y los posibles factores de riesgo asociados.

El objetivo de este trabajo fue estimar la frecuencia de suicidalidad (ideas pasivas de muerte, ideación y conducta suicida) en mujeres en el primer año posparto en un hospital público peruano y determinar su relación con variables sociodemográficas y clínicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un estudio transversal descriptivo utilizando la base de datos de un trabajo que tuvo

como objetivo evaluar la prevalencia y los factores relacionados a la depresión posparto (23), el cual fue realizado en el Hospital Cayetano Heredia (Lima, Perú).

Participantes

Se incluyeron en el análisis de datos 321 mujeres con menos de 1 año postparto, captadas entre enero y agosto de 1997 en los consultorios externos de planificación familiar y pediatría (madres) del Hospital Cayetano Heredia. Se excluyó a mujeres con menos de siete años de instrucción (debido a la mayoría de instrumentos psicométricos utilizados han sido validados en población que por lo menos tienen educación primaria), a las gestantes y a aquellas que habían tenido un aborto u óbito en los 12 meses previos.

Definición operacional de variables

Suicidalidad como variable dependiente: Se considera que existe suicidalidad si la participante ha pensado que mejor sería morir, ha pensado en hacerse daño, ha tenido pensamientos recurrentes sobre morir (no solo miedo a morir), ha pensado en suicidarse, ha tenido un plan específico para suicidarse o ha hecho algo para suicidarse; esto corresponde al síntoma 9 del criterio A para episodio depresivo mayor del DSM-IV.

Variables sociodemográficas

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

Grado de instrucción: Se registró el número total de años estudiados y se convirtió en variable binaria: secundaria incompleta o menos (menos de once años de estudios) y secundaria completa o más (once años o más).

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

Variables clínicas

Consumo de café: Se registró el número de tazas de café al mes según lo referido por la participante y se transformó en variable dicotómica: 0 (menos de una taza a la semana) y 1 (una o más tazas semanales).

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

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

Lactancia materna: Si la participante afirmó al momento de la entrevista que estaba dando de lactar (dicotómica).

Número de gestaciones: Según lo referido por la participante. Se incluyó recién nacidos a término, recién nacidos pre-término, abortos, molas hidatiformes y abortos ectópicos. Se consideró embarazo gemelar como una sola gestación. Se convirtió en variable dicotómica: primíparas y múltiparas (se incluyó dentro de esta última grandes múltiparas).

Nacidos Pre término: Se consideró recién nacidos pre-término a todas aquellas gestaciones que culminaron antes de las 37 semanas. Se transformó en variable dicotómica: 0 (ningún nacido pre-término) y 1 (uno o más nacidos pre-término).

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

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

Depresión mayor: Según los criterios diagnósticos del DSM-IV evaluados mediante la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID) (24).

Trastorno disfórico premenstrual: De acuerdo a los criterios de investigación del DSM-IV.

Trastorno obsesivo-compulsivo: Según criterios diagnósticos del DSM-IV evaluados mediante la SCID.

Episodio maniaco o hipomaniaco Previo: Según criterios diagnósticos del DSM-IV evaluados mediante la SCID.

Análisis de datos

Se utilizó el programa estadístico STATA Version 11.0 y se realizó un análisis descriptivo de la muestra en estudio, se obtuvo porcentajes, odds ratios (OR), intervalos de confianza al 95% y niveles de significancia (p). Se realizó un análisis bivariado buscando relación entre la variable dependiente (suicidalidad) y las variables independientes socio-demográficas y clínicas, estimando su magnitud y significancia mediante la obtención de OR, valor “p” e intervalos de confianza al 95%. Finalmente, se realizó un análisis multivariado buscando relacionar la variable dependiente (suicidalidad) con las variables independientes que resultaron asociadas con un $p < 0,2$ en el análisis bivariado, excluyendo a las variables representantes de los trastornos mentales (depresión mayor, trastorno obsesivo-compulsivo, etc.) para evitar que modifiquen la fuerza de asociación del resto de variables en el análisis.

Aspectos éticos

El trabajo inicial que dio lugar a la base de datos se realizó con la autorización del Comité de Ética del Hospital Nacional Cayetano Heredia y de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Las participantes firmaron un consentimiento informado aceptando la participación en el estudio. Asimismo, el presente proyecto fue aprobado por el Comité Institucional de Ética para Humanos de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

La base de datos que se manejó para el análisis no tenía información que pudiera ser utilizada para identificar a las participantes tales como nombre, número de documento nacional de identidad o de historia clínica. Únicamente los investigadores tuvieron acceso a esta base de datos.

RESULTADOS

En la tabla 1 se describen las variables investigadas en el presente trabajo, incluyendo las que constituyen el objeto principal del estudio (la suicidalidad), encontrándose que un 15,58% (IC 95%: 11,79-20,01%) presentaban suicidalidad; 14,95%, pensamiento de que sería mejor morir; 6,85%, ideas suicidas; y 1,87%, intento suicida.

En la tabla 2 se muestra la relación entre suicidalidad y todas las variables independientes en base al análisis bivariado, hallándose asociaciones significativas con: ser separada/divorciada (OR=5,36), haber presentado 1 o más abortos (OR=2,46) y dormir menos de 6 horas (OR=4,6). Por otro lado, se observó también que la

Tabla 1. Descripción de la muestra.

Descripción de la Muestra	n	Porcentaje
Estado civil	320	
Casada/Conviviente	280	87,50
Soltera	34	10,63
Separada	6	1,88
Número de gestaciones	321	
Primípara	187	58,26
Multípara	134	41,74
Nacidos pre-término	321	
Sí	41	12,77
Abortos	321	
Sí	51	15,89
Café (tazas)	320	
Menos de una a la semana	170	53,13
Una a la semana o más	150	46,87
Tabaco (una o más veces al mes)	321	
Sí	17	5,30
Alcohol (una o más veces al mes)	321	
Sí	69	21,50
Depresión mayor	321	
Sí	19	5,92
Trastorno obsesivo-compulsivo	313	
Sí	29	9,27
Trastorno disfórico premenstrual	321	
Sí	43	13,40
Lactancia materna	321	
No	11	3,43
Episodio maniaco o hipomaniaco previo	321	
Sí	70	21,81
Cantidad de horas de sueño	321	
6-<10	242	75,39
Menos de 6 horas	16	4,98
10 o más	63	19,63
Suicidalidad	321	
Sí	50	15,58
Pensamiento de que sería mejor morir	321	
Sí	48	14,95
Ideas suicidas	321	
Sí	22	6,85
Intento suicida	321	
Sí	6	1,87

Tabla 2. Relación entre suicidalidad y variables sociodemográficas y clínicas (OR no ajustado, análisis bivariado).

Suicidalidad	n	OR	IC 95% OR	p
Edad	321			
Menores de 25 años	169	Referencia		
25 años o más	152	0,70	(0,38 - 1,30)	0,26
Grado de instrucción	321			
Secundaria incompleta o menos	54	Referencia		
Secundaria completa o más	267	0,67	(0,32 - 1,41)	0,29
Estado civil	320			
Casada/conviviente	280	Referencia		
Soltera	34	0,52	(0,15 - 1,77)	0,295
Separada	6	5,36	(1,05 - 27,44)	0,044
Número de gestaciones	321			
Primípara	187	Referencia		
Múltipara	134	0,99	(0,54 - 1,82)	0,968
Nacidos pre-término	321			
No	281	Referencia		
Sí	40	2,01	(0,91 - 4,42)	0,084
Abortos	321			
No	270	Referencia		
Sí	51	2,46	(1,21 - 4,99)	0,013
Café	320			
Menos de una taza la semana	170	Referencia		
Una taza a la semana o más	150	0,87	(0,47 - 1,60)	0,658
Tabaco	321			
No	304	Referencia		
Sí	17	0,71	(0,16 - 3,21)	0,658
Alcohol	321			
No	252	Referencia		
Sí	69	1,53	(0,77 - 3,03)	0,225
Depresión mayor	321			
No	302	Referencia		
Sí	19	14,52	(5,56 - 43,32)	<0,001
Trastorno obsesivo-compulsivo	320			
No	284	Referencia		
Sí	29	3,96	(1,74 - 9,02)	0,001
Trastorno disfórico premenstrual	321			
No	278	Referencia		
Sí	43	3,25	(1,57 - 6,71)	0,002
Lactancia materna	321			
No	11	Referencia		
Sí	310	0,14	(0,04 - 0,47)	0,002
Episodio maniaco o hipomaniaco previo	321			
No	251	Referencia		
Sí	70	2,12	(1,10 - 4,08)	0,025
Cantidad de horas de sueño	321			
6-<10	242	Referencia		
Menos de 6 horas	16	4,6	(1,61 - 13,15)	0,004
10 o más	63	0,86	(0,38 - 1,96)	0,720

Tabla 3. Relación entre suicidalidad y variables independientes. Se incluyeron las que tuvieron $p < 0,2$ en el análisis bivariado y se excluyeron las de trastornos mentales. (OR ajustado, análisis multivariado).

Suicidalidad	N	OR ajustado	IC-95% OR	p
Estado civil	320			
Casada/Conviviente	280	Referencia		
Soltera	34	0,74	(0,21 - 2,67)	0,648
Separada	6	6,96	(1,24 - 38,81)	0,027
Abortos	321			
No	270	Referencia		
Sí	51	2,92	(1,35 - 6,3)	0,006
Lactancia materna	321			
No	11	Referencia		
Sí	310	0,15	(0,04 - 0,55)	0,004
Nacidos pre-término	321			
No	281	Referencia		
Sí	40	2,09	(0,87 - 5,03)	0,1
Cantidad de horas de sueño	321			
6-<10	242	Referencia		
Menos de 6 horas	16	5,34	(1,77 - 16,1)	0,003
10 o más	63	0,77	(0,32 - 1,86)	0,570

lactancia materna se asoció con menor presencia de suicidalidad (OR=0,14). Respecto a los trastornos mentales, se encontró que todos los estudiados estaban relacionados a la presencia de suicidalidad: depresión mayor (OR=14,52), trastorno obsesivo-compulsivo (OR=3,96), trastorno disfórico premenstrual (OR=3,25) y episodio maniaco o hipomaniaco previo (OR=2,12).

Finalmente, la tabla 3 muestra los resultados del análisis multivariado de las variables independientes que en el análisis bivariado tuvieron $p < 0,2$ (excluyendo a los trastornos mentales), persistiendo la asociación significativa entre la presencia de suicidalidad y ser separada/divorciada, abortos, dormir menos de 6 horas y ausencia de lactancia materna.

DISCUSIÓN

En la literatura científica se han encontrado pocos estudios acerca de frecuencia y factores asociados a suicidalidad en el posparto. Respecto a la frecuencia, Lee et al., encontraron que el 18,49% de la población general presenta suicidalidad en algún momento de su vida (25); en el caso de mujeres posparto, Tavares et al., estudiaron un grupo de 919 mujeres brasileñas de 30 a 90 días posparto buscando riesgo suicida, para

ello se utilizó el Mini International Neuropsychiatric Interview y reportaron una prevalencia de 11,5%, la cual es ligeramente menor a la encontrada en nuestro estudio (15,58%) (17).

En nuestro trabajo se encontró que las mujeres separadas o divorciadas tenían significativamente mayor suicidalidad a pesar de que en nuestra muestra el número de participantes con dicho estado civil era pequeño. Revisando la literatura disponible, no se han encontrado estudios acerca de este punto en relación a suicidalidad en mujeres posparto específicamente. Sin embargo, Batterham et al., en un estudio longitudinal realizado en Australia en el que participaron 6616 adultos, hallaron que después de la separación se incrementó casi tres veces la ideación suicida y ocho veces los planes e intentos en los dos años posteriores a la separación (26).

Respecto al aborto, varios trabajos encuentran relación entre este evento y posteriores problemas de salud mental incluyendo la suicidalidad (27,28). Un estudio realizado en Finlandia encontró que las mujeres con un aborto previo tienen un riesgo de 3 veces mayor de tener ideación y/o intento suicida en comparación a mujeres que no han estado embarazadas (29).

Nuestro trabajo encuentra una relación inversa entre lactancia materna y suicidalidad, lo cual es compatible con el hallazgo de Yusuff et al., de que aquellas mujeres con 3 meses o menos de haber dado a luz que daban de lactar a sus bebés tenían puntajes menores en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo; sin embargo, no se han encontrado otros estudios que determinen la asociación específicamente entre suicidalidad y lactancia (30). Por otro lado, Brown et al., afirman que si bien tener dificultades al dar de lactar está relacionado con la depresión postparto, no es claro si esto precede o es consecuencia de la depresión (31).

La relación que encontramos entre trastorno obsesivo-compulsivo y suicidalidad (OR=3,96) en mujeres post-parto es coherente con lo hallado en un meta-análisis, cuyo objetivo fue estudiar dicha relación en pacientes en general (no específicamente en mujeres post-parto) (32).

Asimismo, respecto al síndrome disfórico premenstrual (OR=3,25), un trabajo realizado en Francia lo encuentra fuertemente relacionado con intento suicida (33).

Encontramos relación entre suicidalidad y episodio maniaco o hipomaniaco previo (OR=2,12) en el presente trabajo, aunque, no se halló otros estudios que hayan evaluado esta relación en mujeres postparto. Sin embargo, se reconoce que el trastorno bipolar está asociado con un aumento de riesgo de intento suicida en población en general (34), y asimismo, se ha sugerido que tanto el embarazo como el posparto representan periodos de mayor vulnerabilidad para mujeres con desorden bipolar (35).

Respecto a las horas de sueño, no se han encontrado estudios relacionando este indicador con suicidalidad en el posparto, sin embargo, hay trabajos que encontraron que el dormir menos horas está relacionado a depresión independientemente de cualquier otro factor de riesgo (36); que el insomnio podría ser un predictor de recurrencia de depresión en el posparto en pacientes que presentaron depresión previamente (37), y que una pobre calidad de sueño (utilizando el Índice de Pittsburg) está asociada a ideación suicida anteparto (38).

El periodo de tiempo en relación al parto durante el cual se considera que las mujeres están en mayor riesgo de presentar sintomatología psiquiátrica no está

bien establecido. El DSM-5 tiene el especificador “de inicio en el periparto” para referirse a los episodios psiquiátricos que comienzan en el embarazo o las 4 primeras semanas después del parto (39); sin embargo, según Kendell et al., (40) el riesgo de problemas mentales se mantiene elevado hasta 2 años postparto y la mayoría de estudios de prevalencia de “depresión postparto” se han hecho en intervalos de tiempo incluidos dentro del primer año postparto (23). Tomando en cuenta lo anterior, se decidió incluir en el presente estudio a las mujeres que habían dado a luz dentro del último año.

Entre las limitaciones del estudio es importante considerar que el uso del constructo “suicidalidad” ha sido cuestionado debido a que es demasiado amplio y se ha sugerido utilizar conceptos más específicos tales como “ideación”, “conducta”, “intentos” y “suicidio” (15). Sin embargo, el tamaño de nuestra muestra no es lo suficientemente grande para evaluar las variables asociadas a cada uno de estos constructos por separado, por lo que se prefirió *suicidalidad* justamente por ser un término más inclusivo.

Aunque la base de datos utilizada es antigua (1997), la información que de ella se deriva puede ser útil como punto de comparación para estudios futuros considerando que no existe información previa en nuestro medio sobre este tema.

En conclusión, la suicidalidad en mujeres con menos de un año posparto tuvo una frecuencia de 15,58% y se relacionó con: estar separada o divorciada, ausencia de lactancia materna, abortos previos, dormir menos de 6 horas, depresión mayor, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno disfórico premenstrual y episodio maniaco o hipomaniaco previo.

Declaración de financiamiento y de conflicto de intereses: El presente trabajo fue realizado utilizando datos secundarios de un estudio inicial sobre depresión en mujeres posparto financiado por la Tejada Family Foundation, Inc, Miami, Florida. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Correspondencia:

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015; 386(9995):743-800. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60692-4
2. World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide: a framework. Ginebra: World Health Organization; 2012. (Citado el 1 de junio del 2017) Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/75166>
3. Orsolini L, Valchera A, Vecchiotti R, Tomasetti C, Iasevoli F, Fornaro M, et al. Suicide during perinatal period: Epidemiology, risk factors, and clinical correlates. *Front Psychiatry*. 2016;7:138.
4. 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: 751-757.
5. Mościcki EK. Gender differences in completed and attempted suicides. *Ann Epidemiol*. 1994; 4(2): 152-8.
6. National Center for Injury Prevention and Control. Preventing suicide: program activities guide. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2010. (Citado el 1 de junio del 2017) Disponible en: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/preventingsuicide-a.pdf>
7. Younes N, Melchior M, Turbelin C, Blanchon T, Hanslik T, Chee CC. Attempted and completed suicide in primary care: not what we expected? *J Affect Disord*. 2015;170:150-4.
8. Parra I, Blasco-Fontecilla H, García-Parés G, Giró M, Llorens M, Cebrià A, et al. Attempted and completed suicide: Not what we expected? *J Affect Disord*. 2013;150(3):840-6.
9. Ortega LAG, Karch D. Precipitating circumstances of suicide among women of reproductive age in 16 U.S. States, 2003-2007. *J Womens Health*. 2010; 19(1):5-7.
10. Gomes FA, O'Brien B, Nakano AMS. Attempted suicide in reproductive age women. *Health Care Women Int*. 2009; 30(8):707-19.
11. Palladino CL, Singh V, Campbell J, Flynn H, Gold KJ. Homicide and suicide during the perinatal period: findings from the National Violent Death Reporting System. *Obstet Gynecol*. 2011;118: 1056-1063.
12. Gold KJ, Singh V, Marcus SM, Palladino CL. Mental health, substance use and intimate partner problems among pregnant and postpartum suicide victims in the National Violent Death Reporting System. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012; 34(2):139-45.
13. Weng S-C, Chang J-C, Yeh M-K, Wang S-M, Chen Y-H. Factors influencing attempted and completed suicide in postnatal women: A population-based study in Taiwan. *Sci Rep*. 2016; 6: 25770.
14. Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am J Psychiatry*. 2007;164: 1035-1043.
15. Meyer RE, Salzman C, Youngstrom EA, Clayton PJ, Goodwin FK, Mann JJ, et al. Suicidality and risk of suicide--definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a brief report. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71: 1040-1046.
16. Comtois KA, Schiff MA, Grossman DC. Psychiatric risk factors associated with postpartum suicide attempt in Washington State, 1992-2001. *Am J Obstet Gynecol*. 2008; 199(2): 120.
17. Tavares D, Quevedo L, Jansen K, Souza L, Pinheiro R, Silva R. Prevalence of suicide risk and comorbidities in postpartum women in Pelotas. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012; 34(3): 270-6.
18. Vega-Dienstmaier JM. Estructura de la sintomatología depresiva en una muestra de mujeres con menos de un año posparto. *Rev Neuropsiquiatr*. 2015; 78(4):221-231.
19. Kim JJ, La Porte LM, Saleh MP, Allweiss S, Adams MG, Zhou Y, et al. Suicide risk among perinatal women who report thoughts of self-harm on depression screens. *Obstet Gynecol*. 2015; 125(4):885-93.
20. Bodnar-Deren S, Klipstein K, Fersh M, Shemesh E, Howell EA. Suicidal ideation during the postpartum period. *J Womens Health (Larchmt)*. 2016;25(12):1219-1224.
21. Atencia SM. Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrion durante abril-junio, 2015. Tesis de bachiller. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015. (Citado el 1 de junio del 2017) Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4355>
22. Vásquez F. Estudio de intento de suicidio en el servicio de emergencia del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi 1994-1996. *An Salud Mental*. 1997;13(1-2): 59-85.
23. Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti G, Stucchi-Portocarrero S, Campos M. Prevalencia y factores de riesgo para depresión en mujeres posparto. *Actas Esp Psiquiatr*. 1999; 27: 299-303.
24. First MB, Gibbon M. The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and the structured clinical interview for DSM-IV Axis II disorders (SCID-II). New Jersey: John Wiley & Sons Inc; 2004.

25. Lee J-I, Lee M-B, Liao S-C, Chang C-M, Sung S-C, Chiang H-C, et al. Prevalence of suicidal ideation and associated risk factors in the general population. *J Formos Med Assoc.* 2010;109: 138-147.
26. Batterham PJ, Fairweather-Schmidt AK, Butterworth P, Callear AL, Mackinnon AJ, Christensen H. Temporal effects of separation on suicidal thoughts and behaviours. *Soc Sci Med.* 2014; 111: 58-63.
27. Mota NP, Burnett M, Sareen J. Associations between abortion, mental disorders, and suicidal behaviour in a nationally representative sample. *Can J Psychiatry.* 2010; 55(4): 239-247.
28. Coleman PK. Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. *Br J Psychiatry.* 2011; 199(3): 180-186.
29. Gissler M, Karalis E, Ulander VM. Decreased suicide rate after induced abortion, after the Current Care Guidelines in Finland 1987-2012. *Scand J Public Health.* 2015; 43(1): 99-101.
30. Yusuff AS, Tang L, Binns CW, Lee AH. Breastfeeding and postnatal depression: A prospective cohort study in Sabah, Malaysia. *J Hum Lact.* 2016; 32(2):277-81.
31. Brown A, Rance J, Bennett P. Understanding the relationship between breastfeeding and postnatal depression: the role of pain and physical difficulties. *J Adv Nurs.* 2016; 72(2): 273-82.
32. Angelakis I, Gooding P, Tarrier N. Suicidality in obsessive compulsive disorder (OCD): a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2015; 39:1-15.
33. Ducasse D, Jaussent I, Olié E, Guillaume S, Lopez-Castroman J, Courtet P. Personality traits of suicidality are associated with premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a suicidal women sample. *PLoS One.* 2016; 11: e0148653.
34. Tidemalm D, Haglund A, Karanti A, Landén M, Runeson B. Attempted suicide in bipolar disorder: risk factors in a cohort of 6086 patients. *PLoS One.* 2014; 9: e94097.
35. Khan SJ, Fersh ME, Ernst C, Klipstein K, Albertini ES, Lusskin SI. Bipolar disorder in pregnancy and postpartum: Principles of management. *Curr Psychiatry Rep.* 2016;18(2):13.
36. Dørheim SK, Bondevik GT, Eberhard-Gran M, Bjorvatn B. Sleep and depression in postpartum women: a population-based study. *Sleep.* 2009; 32(7):847-55.
37. Dørheim SK, Bjorvatn B, Eberhard-Gran M. Can insomnia in pregnancy predict postpartum depression? A longitudinal, population-based study. *PLoS One.* 2014; 9: e94674.
38. Gelaye B, Addae G, Neway B, Larrabure-Torrealva GT, Qiu C, Stoner L, et al. Poor sleep quality, antepartum depression and suicidal ideation among pregnant women. *J Affect Disord.* 2017; 209:195-200.
39. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
40. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry.* 1987;150: 662-673.

Recibido: 31/05/2017 Aceptado: 04/09/2017
--