TRABAJO DE FIN DE GRADO

Grado en Medicina

PREVALENCIA DE ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DURANTE EL PERIODO PERINATAL: FACTORES ASOCIADOS

Alumno: Paula Mula Espinosa
Tutora clínica: Dra. María del Mar Torres Muñoz
Servicio: Psiquiatría
Tutor metodológico: Juan de Mata Donado Campos
Hospital Universitario José Germain,
Centro de salud mental (CSM) de Leganés

AGRADECIMIENTOS

A mis padres y abuelos

A mis padres y a mis abuelos, por ser mi mayor apoyo incondicional. Gracias por estar siempre a mi lado, por creer en mí incluso cuando yo dudaba, y por darme la fuerza necesaria para seguir adelante en cada momento. Habéis sido mi refugio y mi impulso constante. De manera muy especial, quiero recordar a mi abuelo Ginés, cuya valentía y fortaleza frente a la ELA dejaron una huella imborrable en mí. Su ejemplo de lucha y dignidad permanecerá siempre conmigo, guiándome e inspirándome en cada paso que dé.

A mi novio

A Pablo, por su apoyo constante, su paciencia y por estar a mi lado en todo momento, incluso en los más difíciles.

A mis amigas

En especial a Ana y Marta quienes me han acompañado siempre, por su cercanía, su apoyo y por saber estar incluso cuando no hacía falta decir nada.

A mi tutora, Mar

A mi tutora, la doctora María del Mar Torres, quien ha sido una inspiración para la elaboración de este trabajo. Su generosidad, al ofrecerse a ayudarme sin dudarlo, y su constante disposición han sido fundamentales en todo el proceso. Quiero hacer una mención especial a su gran implicación y sensibilidad hacia la salud mental de la mujer, y en particular hacia la patología psiquiátrica en el periodo perinatal, un ámbito que, a pesar de su gran relevancia, continúa estando insuficientemente visibilizado. Gracias por tu cercanía, por tu dedicación y por transmitirme confianza en cada momento. No solo me has guiado académicamente, sino que has despertado en mí un interés que no conocía por este campo, y en el que espero poder seguir formándome en el futuro.

ÍNDICE

1. Resumen y Palabras claves *4*

2. Abstract and Key Words *5*

3. Introducción *6*

4. Hipótesis y Objetivos *9*

4.1 Hipótesis 9

4.2 Objetivos 9

4.2.1 Objetivo principal 9

4.2.2 Objetivos secundarios 9

5. Metodología *9*

5.1 Diseño 9

5.2 Ámbito y Población de Estudio 10

5.3 Criterios de inclusión/ exclusión 10

5.4 Cálculo del Tamaño muestral 10

5.5 Variables 11

5.6 Recogida de datos 11

5.7 Análisis estadístico 12

6. Aspectos éticos y legales *13*

7. Resultados *14*

7.1 Selección de la muestra 14

7.2 Características sociodemográficas, clínicas y obstétricas de la muestra 15

7.3 Análisis bivariante de factores asociados a los antecedentes psiquiátricos 17

7.4 Análisis multivariante de factores asociados a la presencia de antecedentes psiquiátricos 20

8. Discusión *22*

8.1 Discusión general *22*

8.2 Aplicaciones clínicas 24

8.3 Limitaciones del estudio 24

8.4 Líneas futuras de investigación 25

9. Contribución a los Objetivos de Desarrollo Sostenible *25*

10. Conclusiones *26*

11. Bibliografía *27*

12. Anexos *30*

I. Declaración sobre el uso de ChatGPT y herramientas de IA 30

II. Resolución Positiva del Comité de Ética de la Investigación de la Fundación Jiménez Diaz….. ..... *31*

III. Tabla de variables *32*

1. Resumen y Palabras claves

Introducción: La salud mental durante el periodo perinatal constituye un área de especial relevancia clínica, por su impacto en la madre y en el recién nacido. Los antecedentes psiquiátricos pueden influir en la aparición y evolución de los trastornos psiquiátricos durante este periodo.

Hipótesis y objetivos: Determinar la prevalencia de antecedentes psiquiátricos en mujeres con patología psiquiátrica durante el periodo perinatal y analizar su relación con variables sociodemográficas, clínicas y obstétricas.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo-analítico y retrospectivo en 37 mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental del Hospital Universitario José Germain de Leganés entre 2020 y noviembre de 2025. Se realizó un análisis descriptivo y un análisis bivariante mediante la prueba de Chi-cuadrado o test exacto de Fisher y un análisis multivariante mediante regresión logística binaria, estableciendo un nivel de significación de $p < 0,05$.

Resultados: La prevalencia de antecedentes psiquiátricos fue del 59,5%. Se encontró una asociación estadísticamente significativa con la violencia de género ($p = 0,021$) y con el embarazo no planificado ($p = 0,027$). No se observaron asociaciones estadísticamente significativas con el resto de las variables clínicas y obstétricas analizadas como la adherencia al tratamiento, el consumo de tóxicos, la paridad o el estado del recién nacido. En el multivariante no se identificaron asociaciones independientes estadísticamente significativas.

Conclusiones: Los antecedentes psiquiátricos son frecuentes en mujeres con patología psiquiátrica perinatal. La violencia de género y el embarazo no planificado mostraron asociación con los antecedentes psiquiátricos en el análisis bivariante, aunque estas no se mantuvieron de forma independiente en el análisis multivariante.

Palabras clave: Salud mental perinatal, antecedentes psiquiátricos, depresión, psicosis, duelo, violencia de género.

2. Abstract and Key Words

Introduction: Mental health during the perinatal period is of particular clinical relevance due to its impact on both the mother and the newborn. Previous psychiatric history may influence the onset and course of psychiatric disorders during this period.

Hypothesis and Objectives: To determine the prevalence of psychiatric history in women with perinatal psychiatric disorders and to analyze its relationship with sociodemographic, clinical and obstetric variables.

Methods: An observational, descriptive-analytical and retrospective study conducted in 37 women who were attended at the Mental Health Center of Hospital Universitario José Germain (Leganés) between 2020 and November 2025. Descriptive and bivariate analyses were performed using the Chi-square test or Fisher's exact test as well as a multivariate analysis using binary logistic regression, with a significance level set at $p < 0.05$.

Results: The prevalence of psychiatric history was 59.5%. A statistically significant association was found between psychiatric history and gender-based violence ($p = 0.021$) and between psychiatric history and unplanned pregnancy ($p = 0.027$). No statistically significant associations were observed with the remaining clinical and obstetric variables analyzed, such as treatment adherence, substance use, parity or newborn status. In the multivariate analysis, no independent statistically significant associations were identified.

Conclusions: Psychiatric history is common among women with perinatal psychiatric disorders. Gender-based violence and unplanned pregnancy were associated with psychiatric history in the bivariate analysis, although these associations did not remain independent in the multivariate analysis.

Keywords: Perinatal mental health, psychiatric history, depression, psychosis, perinatal grief, gender-based violence.

3. Introducción

En la vida de una mujer existen situaciones difíciles de gran vulnerabilidad afectiva y psicológica, como es el periodo perinatal. Además de los cambios biológicos ligados a este periodo existen otros muchos factores que influyen negativamente en la salud mental de las mujeres. Desde el punto de vista médico, las complicaciones del embarazo y del parto, los cambios hormonales y las limitaciones físicas del posparto. Desde el punto de vista social, la idealización de la maternidad, el escaso apoyo sociofamiliar, y la precariedad económica, entre otras. Es importante recalcar que una historia con antecedentes psiquiátricos es el mayor predictor de problemas de salud en el periodo perinatal (1).

La salud mental perinatal ha emergido como una prioridad en el ámbito de la medicina actual debido a su impacto en la mujer, el recién nacido y el entorno sociofamiliar. El periodo perinatal se define como la etapa que comprende desde la semana 22 de gestación (154 días) hasta las 4 primeras semanas de vida neonatal (28 días). Existen varias patologías que forman parte de la enfermedad psiquiátrica perinatal siendo la depresión perinatal, la psicosis y el duelo perinatales los trastornos que se abordan a lo largo de este estudio. Estos trastornos deben de ser diagnosticados y tratados adecuadamente para evitar que afecten negativamente a la capacidad de la madre para cuidar de sí misma y de su hijo, además de incrementar el riesgo de complicaciones para el bienestar emocional y físico de ambos (2).

La depresión perinatal es un trastorno afectivo que se manifiesta durante el embarazo o en el primer año posterior al parto. Este trastorno se caracteriza por un estado de labilidad emocional, anhedonia (incapacidad para experimentar placer o satisfacción en actividades que anteriormente se consideraban placenteras), irritabilidad, alteraciones del sueño y apetito, y sentimientos de culpa o de incapacidad para llevar a cabo la maternidad lo que puede dificultar las tareas cotidianas de la madre (3). Por otro lado, la psicosis perinatal, aunque más grave, es menos frecuente afectando solo a un pequeño porcentaje de mujeres. La psicosis se manifiesta con síntomas como delirios, alucinaciones, agitación extrema y pensamientos suicidas, lo que a veces puede resultar en una urgencia médica (2,4). Finalmente, el duelo perinatal es una respuesta emocional ante la pérdida gestacional o neonatal, que

puede incluir sentimientos de tristeza profunda, culpa y desesperación. Aunque el duelo es una reacción que se considera normal, en algunas mujeres puede evolucionar hacia trastornos depresivos o ansiosos, especialmente si la pérdida no se maneja adecuadamente (5).

La prevalencia de estos trastornos psiquiátricos perinatales varía, pero se estima que entre el 10% y el 20% de las mujeres experimentan depresión perinatal, siendo la psicosis perinatal mucho menos frecuente, afectando a aproximadamente una de cada 1000 mujeres. El duelo perinatal, por su parte, es una experiencia relativamente común, pero el impacto psicológico de la pérdida depende de varios factores, como el apoyo social y las características personales de la madre (3,5). Sin embargo, la 1prevalencia de trastornos psiquiátricos perinatales no solo depende de factores individuales como el presentar antecedentes psiquiátricos, sino que también se sabe que el apoyo social es un factor clave en la aparición de dichos trastornos. Es decir, el apoyo de pareja, de la familia y la comunidad actúan como factores protectores y su ausencia dificulta la adaptación a la maternidad y agrava trastornos psiquiátricos preexistentes. Por ello, resulta importante considerar el contexto social en la evaluación y manejo de estos trastornos (6).

Un aspecto fundamental en el estudio de la salud mental perinatal es el papel de los antecedentes psiquiátricos. Las mujeres con una historia de trastornos psiquiátricos, como la depresión o la ansiedad, tienen una mayor probabilidad de experimentar trastornos psiquiátricos durante el periodo perinatal. Algunos estudios han demostrado que los antecedentes psiquiátricos incrementan significativamente el riesgo de depresión perinatal y, en algunos casos, pueden ser un factor determinante en la aparición de psicosis perinatal (2). Sin embargo, existen pocos estudios que aborden en profundidad la relación entre estos antecedentes y la aparición de trastornos perinatales específicos, lo que representa una brecha en el conocimiento actual (7). Otros factores como la violencia de género, la calidad de la atención prenatal y determinantes obstétricos influyen también de manera significativa (7,8). Este vacío en la literatura resaltó la necesidad de realizar investigaciones que ayudarán a comprender cómo los antecedentes psiquiátricos, en conjunto con otros factores, afectaron la prevalencia y la gravedad de trastornos como la depresión perinatal, la psicosis y el duelo perinatales (9,10).

La justificación de este estudio radicó en la importancia de entender y conocer mejor la relación entre los antecedentes y los trastornos psiquiátricos perinatales específicamente aquellos relacionados con la depresión perinatal, la psicosis y el duelo perinatales. Con ello, se buscó identificar cómo los antecedentes psiquiátricos junto con factores de riesgo interactuaron empeorando estos trastornos (7). Por lo tanto, el objetivo fue estudiar la prevalencia de los antecedentes psiquiátricos en pacientes con enfermedad psiquiátrica perinatal y determinar los factores asociados en mujeres con dicha patología en un centro de salud de Madrid. Todo ello con el propósito de contribuir al desarrollo de estrategias preventivas como la creación de programas de salud mental y terapéuticas más efectivas que aborden adecuadamente las necesidades de las mujeres durante el embarazo y el posparto (1,3).

Este estudio también se enmarca en los Objetivos de Desarrollo Sostenible propuestos por la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas, contribuyendo especialmente al ODS 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades) al abordar la salud mental perinatal (11) , y al ODS 5 (lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas), al centrarse en una etapa vital clave en la salud integral de las mujeres como es el embarazo y el posparto (12).

La prevalencia de antecedentes psiquiátricos en mujeres embarazadas en la población general se ha estimado entorno al 35,1% (13). Sin embargo, no se han encontrado estudios que analicen específicamente esta prevalencia en mujeres con patología psiquiátrica durante el periodo perinatal. Dado que todas las pacientes de nuestro estudio presentan una patología psiquiátrica en dicho periodo, es esperable que la prevalencia de antecedentes psiquiátricos en este grupo sea mayor en la población general de mujeres embarazadas.

4. Hipótesis y Objetivos

4.1 Hipótesis

La prevalencia de antecedentes psiquiátricos en pacientes con patología psiquiátrica durante el periodo perinatal es superior a la observada en la población general de mujeres embarazadas, estimada en torno al 35,1% (13).

4.2 Objetivos

4.2.1 Objetivo principal

Determinar la prevalencia de antecedentes psiquiátricos en pacientes con patología psiquiátrica durante el periodo perinatal atendidas en el Centro de Salud Mental del Hospital Universitario José Germain de Leganés entre 2020 y noviembre de 2025.

4.2.2 Objetivos secundarios

1. Describir las características sociodemográficas (edad, ocupación laboral, estado civil, migración) clínicas (antecedentes psiquiátricos familiares y antecedentes de hábitos tóxicos) y obstétricas (paridad, tipo de parto, gestas, embarazo planificado) de la población estudiada.
2. Comparar las características sociodemográficas, clínicas y obstétricas entre mujeres con y sin antecedentes psiquiátricos.
3. Explorar la asociación entre la presencia de antecedentes psiquiátricos y los factores incluidos en el modelo multivariante (edad, violencia de género y embarazo planificado).

5. Metodología

5.1 Diseño

Se trató de un estudio observacional, descriptivo-analítico y retrospectivo en el que se analizó la prevalencia de antecedentes psiquiátricos en un grupo de mujeres atendidas en el CSM Leganés (HUJG) con trastornos psiquiátricos durante el periodo perinatal.

5.2 Ámbito y Población de Estudio

La población de estudio estuvo compuesta por mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental del Hospital Universitario José Germain durante el periodo perinatal (embarazo y/o primer año postparto), que fueron diagnosticadas de alguna patología psiquiátrica entre los años 2020 y noviembre de 2025.

5.3 Criterios de inclusión/ exclusión

Criterios de inclusión:

- Mujeres mayores de 18 años
- Atendidas en el Centro de Salud Mental de Leganés durante el periodo perinatal.
- Diagnóstico de trastorno psiquiátrico durante el periodo perinatal, incluyendo depresión perinatal, psicosis perinatal, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño o duelo perinatal.
- Disponibilidad en la historia clínica de información sobre la presencia o ausencia de antecedentes psiquiátricos.

Criterios de exclusión:

- Mujeres con diagnóstico previo de trastorno mental grave que hubiera requerido seguimiento continuo antes del embarazo y en las que no pudiera establecerse una relación clara entre el episodio actual y el periodo perinatal. No obstante, se incluyeron tanto primeros episodios como recaídas claramente vinculadas a este periodo.
- Mujeres con trastorno por consumo de sustancias (alcohol, drogas u otras sustancias psicoactivas) durante el periodo perinatal, con el objetivo de diferenciar estos casos del consumo de tóxicos previos al embarazo, recogido como variable independiente del estudio.

5.4 Cálculo del Tamaño muestral

El tamaño muestral estimado fue calculado con el software Granmo v8.0, a través del método de estimación de una proporción poblacional considerando los siguientes parámetros:

- **Prevalencia esperada (p): 35,1%. (10)**

- **Precisión (d): 5%.**
- **Nivel de confianza (1- α): 95%**

El tamaño muestral requerido fue de 351 pacientes. No obstante, la muestra final del estudio estuvo compuesta por 37 pacientes, en función de la disponibilidad de casos que cumplían los criterios de inclusión durante el periodo de estudio.

Aunque la muestra finalmente disponible fue inferior al tamaño muestral estimado, se incluyeron todos los casos que cumplían los criterios de inclusión durante el periodo de estudio, lo que permite realizar un análisis de carácter exploratorio de la prevalencia y de los factores asociados en esta población.

5.5 Variables

Se analizaron diversas variables clínicas. La variable principal fue la presencia de antecedentes psiquiátricos, definida como una variable cualitativa dicotómica (sí/no).

Las variables secundarias se agruparon en diferentes bloques. En el ámbito sociodemográfico, se incluyeron la edad, como variable cuantitativa continua expresada en años, y variables cualitativas como el empleo (sí/no), el estado civil (soltera, casada, separada) y la condición de migración (sí/no).

En cuanto a las variables clínicas, se analizaron el tipo de trastorno psiquiátrico perinatal (variable cualitativa categórica), los antecedentes familiares psiquiátricos (sí/no), el consumo de tóxicos (sí/no), la gravedad del cuadro psiquiátrico definida por la necesidad de ingreso (sí/no), la presencia de violencia de género (sí/no), el tipo de tratamiento (variable cualitativa categórica) y la adherencia al tratamiento (sí/no).

Por último, se incluyeron variables obstétricas como la paridad (primípara/multípara), el número de gestas (primigesta/multigesta), el embarazo planificado (sí/no) y el estado del recién nacido (sano/enfermo), todas ellas variables cualitativas categóricas.

5.6 Recogida de datos

Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas, bajo supervisión de la tutora, de pacientes del Centro de Salud Mental del Hospital Universitario José Germain de

Leganés que fueron diagnosticadas de enfermedad psiquiátrica perinatal entre 2020 y noviembre de 2025.
Las historias clínicas estaban informatizadas mediante el programa "SAP".

El uso de los datos fue conforme al Reglamento General de Protección de Datos. Es decir, los datos fueron recogidos por el estudiante estando en todo momento supervisado por el tutor. La recogida se realizó de forma seudonimizada a partir de la historia clínica.

-Se diseñaron dos bases de datos mediante el programa "Microsoft Excel":

- Base de Datos Completa: Base de datos custodiada por el tutor clínico. Contendrá todos los datos identificativos.
- Base de Datos Seudonimizada: Será la base de datos que utilizará el estudiante. Contendrá los mismos datos que la base de datos completa, pero sin datos identificativos.

Para el estudio estadístico se utilizó el software “Jamovi”. (14)

5.7 Análisis estadístico

Las variables cuantitativas (como la edad) fueron descritas de acuerdo con su distribución. Para comprobar la normalidad se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk, complementada con representaciones gráficas como histogramas y diagramas de caja. Cuando la distribución fue normal se presentó mediante media y desviación estándar (DE), mientras que en distribuciones no normales se utilizó la mediana junto con el rango intercuartílico (RIC). Las variables cualitativas (estado civil, antecedentes psiquiátricos, violencia de género, tipo de parto, entre otras) se resumieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes.

El análisis bivariante permitió explorar la relación entre la presencia de antecedentes psiquiátricos y las distintas variables sociodemográficas, clínicas y obstétricas recogidas en el estudio, planteando como hipótesis nula que no existen diferencias entre los grupos. Para ello se utilizó la prueba Chi-cuadrado de Pearson y, en caso de que las frecuencias esperadas fueran inferiores a 5, se recurrió a la prueba exacta de

Fisher. En los casos en los que una de las variables fuese cuantitativa, como la edad, se empleó la prueba t de Student si presentaba una distribución normal o la prueba de Mann-Whitney U en caso contrario.

El análisis multivariante se aplicó para valorar de forma conjunta el efecto de múltiples factores sobre un mismo resultado. Se llevó a cabo una regresión logística binaria para identificar variables asociadas a la presencia de antecedentes psiquiátricos (sí/no). En el modelo se incluyeron la edad, la violencia de género y el embarazo planificado, seleccionadas por su relevancia clínica y por haber mostrado asociación en el análisis bivariante.

El nivel de significación estadística se fijó en $p < 0,05$ y el procesamiento de los datos se realizó con el programa JAMOVI v2.3 (14).

6. Aspectos éticos y legales

Este proyecto de investigación ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Fundación Jiménez Díaz (código TFG064-25_EXT), de acuerdo con la normativa vigente. La resolución de aprobación se adjunta como anexo a este documento (ver Anexo II).

El estudio se ha llevado a cabo respetando los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki, el Informe Belmont y el Convenio de Oviedo sobre derechos humanos y biomedicina, así como la legislación española vigente en materia de investigación biomédica.

El manejo de los datos personales de los participantes se ha realizado cumpliendo de forma estricta lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, así como la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente y la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica.
Dado que se trata de un estudio observacional retrospectivo, la información se obtuvo a partir de registros clínicos previamente existentes y anonimizados. Por este motivo, se solicitó al Comité de Ética la exención del consentimiento informado, la cual fue concedida.

7. Resultados

7.1 Selección de la muestra

Para la realización del presente estudio, se evaluaron inicialmente un total de 42 pacientes atendidas en el periodo de estudio. Tras la aplicación de los criterios de selección, se excluyeron 5 pacientes: 2 por falta de información en la historia clínica, 1 por consumo de alcohol durante el embarazo y 2 por presentar patología psiquiátrica perinatal previa al año 2020.

Finalmente, la muestra quedó constituida por un total de 37 pacientes, sobre las que se llevaron a cabo los análisis descriptivos y comparativos. El proceso de selección de la muestra se representa en la figura 1.

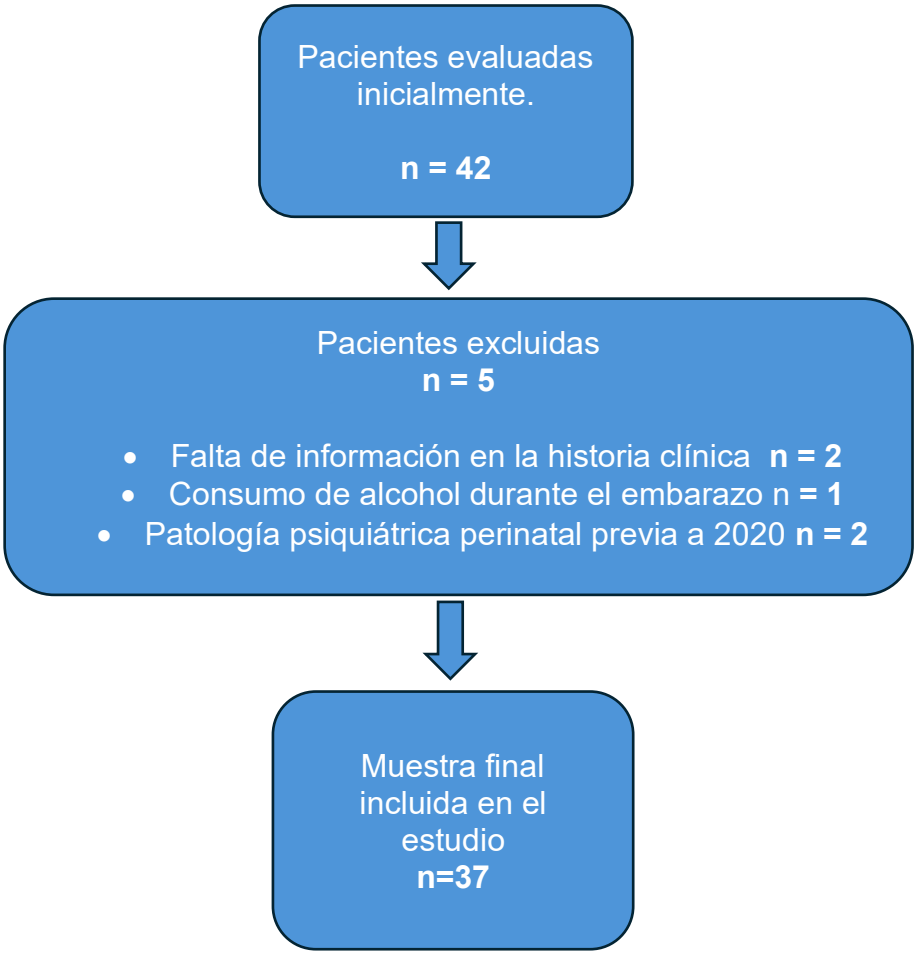

Figura 1: Diagrama de flujo de la selección de la muestra

7.2 Características sociodemográficas, clínicas y obstétricas de la muestra

La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas, clínicas y obstétricas de la muestra. La edad media fue de 33,0 ± 5,2 años. En relación con las características sociodemográficas, el 64,9% de las participantes tenía empleo, el 70,3% estaba casada y el 64,9% no presentaba antecedentes de migración.

En cuanto a las características clínicas, el 59,5% presentaba antecedentes psiquiátricos y el 21,6% antecedentes familiares. El consumo de tóxicos estuvo presente en el 10,8% de los casos. El trastorno psiquiátrico perinatal más frecuente fue la depresión (94,6%). El 10,8% requirió ingreso en una unidad de psiquiatría y el 27,0% refirió violencia de género. Respecto al tratamiento, el 37,8% recibió ISRS y el 86,5% mostró adherencia al tratamiento.

En relación con las características obstétricas, el 75,7% era primípara y el 96,8% presentó un parto eutócico. El 59,5% fue primigesta y el 51,4% tuvo un embarazo planificado. El 73,0% de los recién nacidos se describió como sano al nacimiento.

Tabla 1. Características sociodemográficas, clínicas y obstétricas de la muestra (n=37)

Variable	n (%)
Características sociodemográficas	
Edad (media ± DE)	33,0 ± 5,2
Empleo	
No	13 (35,1%)
Sí	24 (64,9%)
Estado civil	
Casada	26 (70,3%)
Separada	9 (24,3%)
Soltera	2 (5,4%)
Migración	

Tabla 1. Características sociodemográficas, clínicas y obstétricas de la muestra (n=37)	
Variable	n (%)
No	24 (64,9%)
Sí	13 (35,1%)
Características clínicas	
Antecedentes psiquiátricos	
No	15 (40,5%)
Sí	22 (59,5%)
Antecedentes familiares	
No	29 (78,4%)
Sí	8 (21,6%)
Consumo de tóxicos	
No	33 (89,2%)
Sí	4 (10,8%)
Tipo de trastorno psiquiátrico perinatal	
Depresión	35 (94,6%)
Psicosis	1 (2,7%)
Duelo	1 (2,7%)
Ingresos en unidad de psiquiatría	
No	33 (89,2%)
Sí	4 (10,8%)
Violencia de género	
No	27 (73,0%)
Sí	10 (27,0%)
Tratamiento	
Antipsicóticos	2 (5,4%)
Benzodiacepinas	5 (13,5%)
ISRS	14 (37,8%)
Otros	16 (43,2%)
Adherencia al tratamiento	
No	5 (13,5%)

Tabla 1. Características sociodemográficas, clínicas y obstétricas de la muestra (n=37)	
Variable	n (%)
Sí	32 (86,5%)
Características obstétricas	
Paridad	
Primípara	28 (75,7%)
Multípara	9 (24,3%)
Tipo de parto	
Cesárea	1 (3,2%)
Eutócico	30 (96,8%)
Gestas	
Primigesta	22 (59,5%)
Multigesta	15 (40,5%)
Embarazo planificado	
No	18 (48,6%)
Sí	19 (51,4%)
Estado del recién nacido	
Enfermo	10 (27,0%)
Sano	27 (73,0%)
Los datos se expresan como número absoluto y porcentaje n (%), excepto la edad, que se presenta como media ± desviación estándar (DE). Los datos de tipo de parto están disponibles para 31 pacientes.	

7.3 Análisis bivariante de factores asociados a los antecedentes psiquiátricos

La Tabla 2 presenta la distribución de diversas variables clínicas, psicosociales y obstétricas según la presencia de antecedentes psiquiátricos. La edad media fue de 32,1 ± 5,5 años en las pacientes sin antecedentes psiquiátricos y de 33,5 ± 5,0 años en aquellas con antecedentes.

En relación con la necesidad de ingreso, no se registraron ingresos en el grupo sin antecedentes psiquiátricos, mientras que en el grupo con antecedentes se observaron 4 ingresos (18,2%). La adherencia al tratamiento fue del 80,0% en las pacientes sin antecedentes psiquiátricos y del 90,9% en las pacientes con antecedentes.

La violencia de género se registró en 1 paciente (6,7%) sin antecedentes psiquiátricos y en 9 pacientes (40,9%) con antecedentes. El consumo de tóxicos estuvo presente en 1 paciente (6,7%) sin antecedentes y en 3 pacientes (13,6%) con antecedentes psiquiátricos. Los antecedentes psiquiátricos familiares se observaron en 4 pacientes (26,7%) del grupo sin antecedentes y en 4 pacientes (18,2%) del grupo con antecedentes.

Respecto al tipo de trastorno psiquiátrico perinatal, todas las pacientes sin antecedentes psiquiátricos presentaron depresión perinatal (100%), mientras que en el grupo con antecedentes se registraron 20 casos de depresión perinatal (90,9%), 1 caso de psicosis perinatal (4,5%) y 1 caso de duelo perinatal (4,5%). El tratamiento farmacológico incluyó ISRS en 8 pacientes (53,3%) sin antecedentes y en 6 pacientes (27,3%) con antecedentes, benzodiacepinas en 1 (6,7%) y 4 (18,2%), respectivamente, y antipsicóticos únicamente en el grupo con antecedentes (2 casos; 9,1%).

En cuanto a las variables obstétricas, la paridad, el número de gestas y el estado del recién nacido mostraron distribuciones similares entre ambos grupos. El embarazo fue planificado en 11 pacientes (73,3%) sin antecedentes psiquiátricos y en 8 pacientes (36,4%) con antecedentes.

Tabla 2: Asociación entre antecedentes psiquiátricos y variables clínicas, psicosociales y obstétricas.			
(N=37)	Antecedentes psiquiátricos NO (n=15)	Antecedentes psiquiátricos SÍ (n=22)	p-valor
Edad (años)*	32,1 ± 5,5	33,5 ±5,0	0,425
Gravedad clínica (necesidad de ingreso)			
No ingreso	15 (100%)	18 (81,8%)	0,131
Sí ingreso	0 (0%)	4 (18,2%)	
Adherencia al tratamiento			
No adherencia	3 (20,0%)	2 (9,1%)	0,341
Sí adherencia	12 (80,0%)	20 (90,9%)	
Violencia de género			
No	14 (93,3%)	13 (59,1%)	0,021
Sí	1 (6,7%)	9 (40,9%)	
Consumo de tóxicos			
No	14 (93,3%)	19 (86,4%)	0,633
Sí	1 (6,7%)	3 (13,6%)	
Antecedentes psiquiátricos familiares			
No	11 (73,3%)	18 (81,8%)	0,690
Sí	4 (26,7%)	4 (18,2%)	
Tipo de trastorno psiquiátrico perinatal			
Depresión perinatal	15 (100%)	20 (90,9%)	1,000
Psicosis perinatal	0 (0%)	1 (4,5%)	
Duelo perinatal	0 (0%)	1 (4,5%)	
Tratamiento farmacológico			
ISRS	8 (53,3%)	6 (27,3%)	0,372
Benzodiacepinas	1 (6,7%)	4 (18,2%)	
Antipsicóticos	0 (0%)	2 (9,1%)	
Otros	6 (40,0%)	10 (45,5%)	

Tabla 2: Asociación entre antecedentes psiquiátricos y variables clínicas, psicosociales y obstétricas.

(N=37)	Antecedentes psiquiátricos NO (n=15)	Antecedentes psiquiátricos SÍ (n=22)	p-valor
Paridad			
Primípara	12 (80,0%)	16 (72,7%)	0,711
Multípara	3 (20,0%)	6 (27,3%)	
Número de gestas			
Primigesta	8 (53,3%)	14 (63,6%)	0,734
Multigesta	7 (46,7%)	8 (36,4%)	
Embarazo planificado			
No	4 (26,7%)	14 (63,6%)	0,045
Sí	11 (73,3%)	8 (36,4%)	
Estado del recién nacido			
Enfermo	4 (26,7%)	6 (27,3%)	1,000
Sano	11 (73,3%)	16 (72,7%)	

***Edad expresada como media ± desviación estándar.**
Los datos se expresan como frecuencia absoluta (n) y porcentaje (%) para variables cualitativas.
Los valores de p corresponden al análisis bivariante (Chi-cuadrado/Fisher o t de Student/Mann-Whitney según corresponda)

7.4 Análisis multivariante de factores asociados a la presencia de antecedentes psiquiátricos

Tras el análisis bivariante, se identificaron aquellas variables que mostraron asociación estadísticamente significativa con el resultado estudiado. Con el objetivo de evaluar su relación conjunta y controlar posibles factores de confusión, se seleccionaron estas variables para su inclusión en un modelo de regresión logística. Previamente al análisis, las variables se recodificaron en categorías dicotómicas

clínicamente relevantes para facilitar el ajuste del modelo. Los resultados del análisis multivariante se presentan a continuación en la Tabla 3.

Tabla 3. Factores asociados a la presencia de antecedentes psiquiátricos incluidos en el modelo		
Variable	**OR ajustada (IC 95%)**	**p**
Edad	1,12 (0,95-1,33)	0,174
Violencia de género		
No	1 (ref)	0,200
Sí	4,78 (0,44-52,31)	
Embarazo planificado		
No		0,102
SÍ	0,21 (0,03-1,37)	
OR: odds ratio ajustada; IC 95%; intervalo de confianza al 95%; ref: categoría de referencia		

En el análisis multivariante, el modelo global mostró asociación estadísticamente significativa. Sin embargo, ninguna de las variables incluidas se asoció de forma independiente con la presencia de antecedentes psiquiátricos, aunque se observó una tendencia en la variable embarazo planificado.

8. Discusión

8.1 Discusión general

El presente estudio analiza la prevalencia de antecedentes psiquiátricos en mujeres con patología psiquiátrica durante el periodo perinatal, así como su relación con diferentes variables sociodemográficas, clínicas y obstétricas (15).

En la muestra analizada, la prevalencia de antecedentes psiquiátricos fue del 59,5%, siendo superior a la descrita en la población general de mujeres embarazadas (35,1%) (13). La elevada prevalencia observada en este estudio puede explicarse por las características de la población incluida, formada exclusivamente por pacientes con patología psiquiátrica durante el periodo perinatal, lo que implica una mayor probabilidad de presentar antecedentes. Estos resultados son coherentes con estudios previos que señalan una elevada carga de trastornos mentales en este periodo, especialmente en relación con la depresión perinatal, y otros trastornos afectivos (16–19). Los hallazgos del presente estudio permiten confirmar la hipótesis planteada, al haberse observado una prevalencia de antecedentes psiquiátricos superior a la descrita en la población general de mujeres embarazadas. (13)

En cuanto a la gravedad del cuadro clínico, las pacientes con antecedentes psiquiátricos presentaron una mayor necesidad de ingreso hospitalario en comparación con aquellas sin antecedentes (p=0,080). Aunque esta diferencia no alcanzó una significación estadística, podría sugerir una tendencia hacia una mayor gravedad en este grupo. Este hallazgo resulta coherente con la evidencia que describe una asociación entre antecedentes psiquiátricos y un mayor riesgo de recaídas, así como una mayor gravedad clínica durante el periodo perinatal (18,20,21).

Respecto a la adherencia al tratamiento, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las pacientes con antecedentes psiquiátricos (p=0,341), siendo elevada en ambos grupos. Este resultado podría estar relacionado con una mayor implicación terapéutica en la población estudiada, lo que coincide con los estudios que destacan la importancia del seguimiento clínico y del apoyo asistencial en la mejora del cumplimiento terapéutico en mujeres con patología psiquiátrica perinatal (20,22).

Por otro lado, en lo que respecta al estado del recién nacido, no se observaron diferencias significativas en función de la presencia de antecedentes psiquiátricos maternos (p=0,967). La ausencia de diferencias podría indicar que otros factores distintos a los antecedentes psiquiátricos maternos tienen un papel más relevante en el estado del recién nacido en esta muestra (16,22).

En relación con la violencia de género, el porcentaje de pacientes afectadas fue del 27,0%, observándose una asociación estadísticamente significativa con la presencia de antecedentes psiquiátricos (p=0,021). Este hallazgo refuerza la importancia de considerar los factores psicosociales en la evaluación de la salud mental perinatal. Diversos estudios han señalado que la exposición a violencia de pareja constituye un factor de riesgo relevante para el desarrollo y persistencia de trastornos mentales durante el embarazo y el postparto, con prevalencias descritas que varían ampliamente según el contexto y la población estudiada, situándose aproximadamente entre el 2% y el 30% (19,23,24), pudiendo coexistir múltiples factores de vulnerabilidad en estas pacientes.

Asimismo, se observó una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de antecedentes psiquiátricos y el embarazo no planificado (p = 0,027), siendo más frecuente en el grupo con antecedentes psiquiátricos. Este hallazgo podría reflejar una mayor vulnerabilidad psicosocial en estas pacientes, en línea con estudios previos que han descrito la influencia de factores sociodemográficos y reproductivos en la salud mental perinatal (17,25,26).

En el análisis multivariante, las asociaciones observadas en el análisis bivariante no se mantuvieron de forma independiente para las variables incluidas en el modelo. Este resultado podría explicarse por el reducido tamaño muestral y el bajo número de eventos, lo que limita la potencia estadística y la estabilidad de las estimaciones. No obstante, la tendencia observada sugiere que la violencia de género y el embarazo no planificado podrían seguir teniendo un papel relevante, lo que sería interesante confirmar en estudios con muestras de mayor tamaño.

8.2 Aplicaciones clínicas

Desde el punto de vista clínico, los resultados ponen de manifiesto la relevancia de realizar una evaluación integral de las pacientes, que contemple no solo los factores clínicos, sino también los factores psicosociales. En particular, destaca la importancia de la detección de situaciones de violencia de género, lo que subraya la necesidad de implementar estrategias de prevención e intervención temprana en el ámbito de la atención perinatal. (25,28)

8.3 Limitaciones del estudio

Entre las limitaciones del estudio, cabe destacar el tamaño muestral reducido (n = 37), que limita la potencia estadística y la generalización de los resultados, así como el bajo número de eventos en algunas variables, lo que puede afectar a la estabilidad de los análisis. Asimismo, el diseño retrospectivo implica posibles sesgos de información, derivados del uso de historias clínicas como fuente de datos. Por otra parte, no puede descartarse la presencia de sesgo de selección, al tratarse de una muestra procedente de un único centro y de pacientes atendidas en un dispositivo especializado de salud mental. Además, no se realizó análisis estratificado debido al tamaño muestral, lo que limita la exploración de posibles interacciones entre variables. Estas limitaciones son comunes en estudios de este ámbito. (16,17)

Como fortaleza, este estudio aborda una población escasamente explorada en la literatura, al centrarse específicamente en mujeres con patología psiquiátrica durante el periodo perinatal. Este enfoque permite aportar información relevante sobre el papel de los antecedentes psiquiátricos en este contexto clínico, contribuyendo a ampliar el conocimiento existente en un ámbito de especial vulnerabilidad. Además, el uso de datos clínicos reales procedentes de la práctica asistencial y la inclusión de un análisis multivariante permiten una aproximación más completa al estudio de los factores asociados en esta población.

8.4 Líneas futuras de investigación

Por último, futuros estudios con muestras de mayor tamaño y diseños prospectivos permitirían confirmar los hallazgos observados y mejorar la potencia estadística de los análisis realizados. La inclusión de poblaciones más amplias y heterogéneas facilitaría una mayor generalización de los resultados.

Asimismo, sería de interés profundizar en el papel de los factores psicosociales y obstétricos asociados a la salud mental perinatal, así como evaluar su influencia de forma conjunta mediante modelos multivariantes más robustos. El análisis longitudinal de estas variables podría aportar información adicional sobre su evolución a lo largo del embarazo y el posparto.

Finalmente, futuras investigaciones podrían incorporar variables adicionales relacionadas con el contexto social y el acceso a recursos sanitarios, con el objetivo de ampliar el conocimiento sobre este ámbito aún poco abordado y orientar estrategias de prevención y seguimiento específicas.

9. Contribución a los Objetivos de Desarrollo Sostenible

El presente estudio se enmarca principalmente en el **Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades**. El análisis de factores clínicos y psicosociales asociados a la salud mental perinatal contribuye a una mejor comprensión de esta problemática, facilitando la identificación de situaciones de mayor vulnerabilidad durante el embarazo y el posparto.

Asimismo, la generación de evidencia en este ámbito puede apoyar el diseño de estrategias de detección y seguimiento más ajustadas a las necesidades de las pacientes, favoreciendo una atención sanitaria más equitativa y orientada a la prevención, en línea con los principios de sostenibilidad y eficiencia en el uso de los recursos sanitarios.

10. Conclusiones

1. La prevalencia de antecedentes psiquiátricos en mujeres con patología psiquiátrica durante el periodo perinatal fue del 59,5%, superior a la descrita en la población general en embarazadas.
2. La violencia de género y el embarazo no planificado mostraron asociación con la presencia de antecedentes psiquiátricos en el análisis bivariante.
3. En el análisis multivariante no se identificaron asociaciones independientes estadísticamente significativas entre la presencia de antecedentes psiquiátricos y las variables incluidas en el modelo (edad, violencia de género y embarazo planificado).
4. Estos hallazgos refuerzan la importancia de considerar los factores psicosociales, especialmente la violencia de género y el embarazo no planificado, en la evaluación de la salud mental perinatal.

11. Bibliografía

1. Chojenta C, William J, Martin MA, Byles J, Loxton D. The impact of a history of poor mental health on health care costs in the perinatal period. Arch Womens Ment Health. agosto de 2019;22(4):467-73. doi:10.1007/s00737-018-0912-4

2. Department of Psychiatry, Sakarya University Faculty of Medicine, Sakarya, Türkiye, Yazıcı E, Şahin S. Psychiatric Disorders During Pregnancy and Postpartum Period: A Guide For Perinatal Interview. Eurasian J Med. 28 de febrero de 2024;55(S1):61-9. doi:10.5152/eurasianjmed.2023.23329

3. Le HN, Barrera AZ, Pineda BS. Leading the charge toward a world without depression: perinatal depression can be prevented. Arch Womens Ment Health. octubre de 2021;24(5):807-15. doi:10.1007/s00737-021-01160-1

4. Bergink V, Akbarian S, Byatt N, Chandra PS, Cirino N, Dazzan P, et al. Postpartum Psychosis and Bipolar Disorder: Review of Neurobiology and Expert Consensus Statement on Classification. Biol Psychiatry. mayo de 2026;99(9):740-7. doi:10.1016/j.biopsych.2025.10.016

5. Salgado HDO, Andreucci CB, Gomes ACR, Souza JP. The perinatal bereavement project: development and evaluation of supportive guidelines for families experiencing stillbirth and neonatal death in Southeast Brazil—a quasi-experimental before-and-after study. Reprod Health. diciembre de 2021;18(1):5. doi:10.1186/s12978-020-01040-4

6. Kay TL, Moulson MC, Vigod SN, Schoueri-Mychasiw N, Singla DR. The Role of Social Support in Perinatal Mental Health andPsychosocial Stimulation. Yale J Biol Med. 29 de marzo de 2024;97(1):3-16. doi:10.59249/WMGE9032

7. Keles E. Association Between Perceived Social Support, Marital Satisfaction, Differentiation Of Self And Perinatal Depression. North Clin Istanb. 2023. doi:10.14744/nci.2023.79923

8. Meltzer-Brody S, Larsen JT, Petersen L, Guintivano J, Florio AD, Miller WC, et al. Adverse life events increase risk for postpartum psychiatric episodes: A population-based epidemiologic study. Depress Anxiety. febrero de 2018;35(2):160-7. doi:10.1002/da.22697

9. Riem MME, Perrykkad K, Watson SJ, Wynter K, Van IJzendoorn MH, Galbally M. The role of lack of grandparental support in perinatal depression. J Affect Disord. septiembre de 2024;360:198-205. doi:10.1016/j.jad.2024.05.104

10. Tsokkou S, Kavvadas D, Georgaki MN, Papadopoulou K, Papamitsou T, Karachrysafi S. Genetic and Epigenetic Factors Associated with Postpartum Psychosis: A 5-Year Systematic Review. J Clin Med. 8 de febrero de 2024;13(4):964. doi:10.3390/jcm13040964

11. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible: Salud y bienestar (ODS 3) [Internet]. Disponible en: https://unsdg.un.org/es/sdgs/salud-y-bienestar

12. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible: Igualdad de género y empoderamiento de la mujer (ODS 5) [Internet]. Disponible en: https://unsdg.un.org/es/sdgs/igualdad-de-género

13. Pérez-Solís D, Rodríguez-Vargas M, Rodríguez-Ricardo A. Prevalencia de trastorno mental en embarazadas.Arch Med Camagüey. 2020;24(4):e7440.

14. The jamovi project. jamovi (version 2.3) [Computer software]. 2023. Disponible en: https://www.jamovi.org

15. World Health Organization. Maternal mental health [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/maternal-mental-health

16. Weingarten SJ, Osborne LM. Review of the Assessment and Management of Perinatal Mood and Anxiety Disorders. Focus. enero de 2024;22(1):16-24. doi:10.1176/appi.focus.20230023

17. Ojomo O, Atibioke O, Alesinloye-King O, Erlandsson K, Ängeby K, Envall N. A scoping study of postpartum mental health problems and associated factors: opportunities for research and practice. Discov Ment Health. 8 de septiembre de 2025;5(1):136. doi:10.1007/s44192-025-00278-3

18. Kroska EB, Stowe ZN. Postpartum Depression. Obstet Gynecol Clin North Am. septiembre de 2020;47(3):409-19. doi:10.1016/j.ogc.2020.05.001

19. Agrawal I, Mehendale AM, Malhotra R. Risk Factors of Postpartum Depression. Cureus. 31 de octubre de 2022. doi:10.7759/cureus.30898

20. Vigod SN, Frey BN, Clark CT, Grigoriadis S, Barker LC, Brown HK, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments 2024 Clinical Practice Guideline for the Management of Perinatal Mood, Anxiety, and Related Disorders: Guide de pratique 2024 du Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments pour le traitement des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et des troubles connexes périnatals. Can J Psychiatry. junio de 2025;70(6):429-89. doi:10.1177/07067437241303031

21. Liu X, Wang S, Wang G. Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. J Clin Nurs. octubre de 2022;31(19-20):2665-77. doi:10.1111/jocn.16121

22. Tambelli R, Tosto S, Favieri F. Psychiatric Risk Factors for Postpartum Depression: A Systematic Review. Behav Sci. 7 de febrero de 2025;15(2):173. doi:10.3390/bs15020173

23. Fan XM, Kim HW. The status of intimate partner violence against pregnant women in contemporary China: a scoping review. Womens Health Nurs. 31 de marzo de 2024;30(1):41-55. doi:10.4069/whn.2024.03.16

24. Hajure M, Alemu SS, Abdu Z, Tesfaye GM, Workneh YA, Dule A, et al. Resilience and mental health among perinatal women: a systematic review. Front Psychiatry. 22 de julio de 2024;15:1373083. doi:10.3389/fpsyt.2024.1373083

25. Fiala A, Švancara J, Klánová J, Kašpárek T. Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. BMC Psychiatry. diciembre de 2017;17(1):104. doi:10.1186/s12888-017-1261-y

26. Putnam KT, Wilcox M, Robertson-Blackmore E, Sharkey K, Bergink V, Munk-Olsen T, et al. Clinical phenotypes of perinatal depression and time of symptom onset: analysis of data from an international consortium. Lancet Psychiatry. junio de 2017;4(6):477-85. doi:10.1016/S2215-0366(17)30136-0

12. Anexos

I. Declaración sobre el uso de ChatGPT y herramientas de IA

Yo, Paula Mula Espinosa, estudiante del Grado en Medicina, y autor/a del Trabajo Fin de Grado titulado: “Prevalencia de antecedentes psiquiátricos en pacientes con patología psiquiátrica durante el periodo perinatal: factores asociados”, declaro que:

1. Uso no permitido:

o No he utilizado ChatGPT ni otras herramientas de inteligencia artificial para realizar análisis estadísticos, procesar datos, ni para elaborar de forma automática el contenido principal del Protocolo.

o El diseño metodológico, la recogida y análisis de los datos, así como la redacción científica del trabajo, son fruto de mi propio esfuerzo académico.

2. Uso permitido:

o Reconozco que he podido emplear ChatGPT y/o herramientas similares exclusivamente como apoyo en:

 Mejora de la redacción y claridad del texto.

 Resolución de dudas conceptuales o terminológicas.

3. Responsabilidad académica:

o Soy plenamente responsable de todo el contenido de este Trabajo Fin de Grado.

o Garantizo que las ideas aquí presentadas reflejan mi propio trabajo, y que cualquier recurso bibliográfico utilizado ha sido adecuadamente citado siguiendo las normas de la universidad.

II. Resolución Positiva del Comité de Ética de la Investigación de la Fundación Jiménez Diaz

TFG064-25_EXT

INFORME DEL COMITÉ DE ETICA DE LA INVESTIGACION

Título del proyecto: "Prevalencia de antecedentes psiquiátricos previos en pacientes con patología psiquiátrica durante el periodo perinatal: factores asociados".
Documentos con versiones:
PROTOCOLO Versión 1.0, 01 de Octubre de 2025
Investigador Principal: MARIA DEL MAR TORRES MUÑOZ; JUAN DE MATA DONADO CAMPOS
Servicio: Psiquiatría
Centro: Hospital Universitario Vithas Madrid Arturo Soria
Estudiante:

- PAULA MULA ESPINOSA. Universidad Europea de Madrid.

Este Trabajo de Fin de Grado ha sido evaluado, por procedimiento abreviado, por el Comité de Etica de la Investigación de la Fundación Jiménez Díaz, y se considera que reúne las normas éticas estándar para la realización de este tipo de estudios.

III. Tabla de variables

Variable	Definición		Clasificación	Unidades	Escala de medida
Antecedentes psiquiátricos	Historia previa personal de trastornos psiquiátricos diagnosticados antes del embarazo	Trastorno de ansiedad	Sí/No	Cualitativa dicotómica	Nominal
		Trastorno adaptativo ansioso depresivo			
		Trastorno obsesivo compulsivo			
		Trastorno por estrés postraumático			
		Trastorno ansioso depresivo			
		Trastorno ansiedad generalizada			
		Trastorno límite de la personalidad			
		Trastorno de identidad disociativo			
		Psicosis sin especificar			
Tipo de trastorno psiquiátrico perinatal	Diagnóstico clínico específico del trastorno psiquiátrico presentado por la paciente durante el periodo perinatal		Psicosis perinatal	Cualitativa nominal	Nominal
			Depresión perinatal		
			Duelo perinatal		
Determinantes sociodemográficos	Características socioeconómicas y demográficas de los sujetos del estudio	Edad	Edad	Cuantitativa continua	Cuantitativa (razón)
		Ocupación laboral	Sí/No	Cualitativa dicotómica	Nominal
		Estado civil	Soltera/ casada/separada	Cualitativa nominal	Nominal
		Migración	Sí/No	Cualitativa dicotómica	Nominal

Variable	Definición		Clasificación	Unidades	Escala de medida
Determinantes clínicos	Características clínicas de los sujetos del estudio.	Antecedentes psiquiátricos familiares	Sí/No	Cualitativa dicotómica	Nominal
		Hábitos tóxicos (antecedentes)	Sí/No		
Gravedad del cuadro psiquiátrico	Nivel de intensidad del trastorno mental según si hubo ingreso o no. Se considera grave si hubo ingreso y no grave si no hubo.		Necesidad de ingreso: Sí/No	Cualitativa dicotómica	Nominal
Violencia de género	Presencia de maltrato físico, psicológico, sexual o económico ejercido por la pareja o relación sentimental antes, durante o después del embarazo		Sí/No	Cualitativa dicotómica	Nominal
Tipo de tratamiento	El tratamiento farmacológico que se les prescribe cuando se diagnostica la enfermedad perinatal que sufren.		ISRS Benzodiacepinas Antipsicóticos Otros	Cualitativa nominal	Nominal
Adherencia al tratamiento	Cumplimiento por parte de la paciente del tratamiento farmacológico psiquiátrico prescrito y el no abandono del seguimiento en el Centro de Salud Mental		Sí/No	Cualitativa dicotómica	Nominal
Determinantes obstétricos	Características Gineco-obstétricas de las usuarias.	Paridad (número de partos)	Primípara Multípara	Cualitativa dicotómica	Nominal
		Tipo de parto	Eutócico Cesárea		
		Número de gestas	Primigesta Multigesta		
		Embarazo planificado	Sí/No		
Estado del recién nacido	Cómo se encuentra el bebé al nacer si sano o enfermo		Sano Enfermo		