

TESIS DOCTORAL

AÑO 2022



**IDEACIÓN SUICIDA
DURANTE EL EMBARAZO**

PILAR CAROLINA CASTELAO LEGAZPI

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN
PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

Directora:

Dra. María de la Fé Rodríguez Muñoz

AGRADECIMIENTOS

“Toda vida humana se puede reducir a tres componentes: vocación, circunstancia y azar”.

José Ortega y Gasset

Gracias a mi Directora de Tesis, la Dra. M^a Fe Rodríguez Muñoz, por haberme motivado a lo largo de todo este proceso de aprendizaje y crecimiento profesional y personal, por haberme hecho partícipe del “*Proyecto Mamás y Bebés*” y por haber despertado en mí el amor por la Investigación y la Psicología Perinatal. Al resto del equipo que conformamos el Proyecto, por contribuir a la investigación y haber aportado tantos avances a esta área de conocimiento.

Agradecer también al que fue mi profesor durante la carrera, el Dr. José Ramón Fernández Hermida, quien me habló por primera vez de este bonito Proyecto.

A mi padre Laureano Castela Freije, por haberme transmitido su interés por la cultura, por buscar siempre el crecimiento intelectual y sobre todo por haberme aportado los valores más nobles que una hija puede agradecer. Te quiero mucho y te admiro, papá.

A mi madre Carolina Legazpi Álvarez, por haberme dicho algún día “hija tú serías una buena Psicóloga” y haberme enseñado con nuestra propia experiencia lo importante que es ayudar a quienes más lo necesitan. Mil gracias, mamá. Como te decía de pequeña “te quiero desde el pico del cielo hasta el fondo del mar”.

A Charo y Pepe, porque sé que estarán orgullosos de su sobrina.

A Julia, Gema, Sara y al resto de mis amigas por haberme apoyado en el vuelo.

Mi amor y mi agradecimiento son inmensos.

También, quiero mostrar mi agradecimiento a la dirección del Hospital Clínico San Carlos y del Hospital Universitario Central de Asturias por haber confiado en el Proyecto y facilitado nuestra misión.

Del mismo modo, agradezco su profesionalidad y dedicación a todo el personal sanitario que, de una u otra manera, nos ha apoyado y se ha volcado durante estos años colaborando en los trabajos de investigación y proporcionando una asistencia sensible al bienestar emocional de las pacientes y a su Salud Mental Perinatal: enfermeras, matronas, auxiliares, etc.

En este mismo sentido, se expresa el agradecimiento al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

También se expresa la gratitud al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

Por supuesto, agradecer también a todas las mujeres embarazadas que participaron desinteresadamente en el proyecto. Sin ellas, no hubiera sido posible avanzar en el conocimiento. Esperamos estar a la altura y devolverles algún día, a ellas y a tantas otras mujeres que se enfrentan a la maternidad, un mejor cuidado de su salud mental.

A todos, muchas, muchas, muchas, gracias.

PREFACIO

El embarazo puede ser una experiencia increíblemente hermosa para algunas mujeres. Hay quienes disfrutan de este periodo de sus vidas. Otras, por múltiples circunstancias, como pueden ser experimentar malestar y cansancio o cambios en el estado de ánimo, quizá necesiten cierta ayuda a la hora de gestionar sus emociones y pensamientos asociados a la gestación, así como a todos los cambios actuales y venideros que experimentan.

Para conseguir lo anterior con las mayores garantías, la investigación científica y la práctica psicológica han de ir de la mano, cuidándose y arropándose la una a la otra.

Se parte de la premisa de que la investigación es aún más valiosa si se consigue transferir a los profesionales sus aportaciones y estos pueden aplicar sus resultados. La práctica clínica se ve enriquecida si se basa en la evidencia científica.

PRESENTACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL

El objeto de este trabajo fue el estudio de la Ideación Suicida durante el Embarazo y su Prevención. Para ello, se ha revisado la evidencia internacionalmente disponible en la actualidad, se han evaluado y establecido la Prevalencia y los principales Factores de Riesgo de la Ideación Suicida Perinatal en España, se ha determinado qué componentes del Apoyo Social Percibido funcionan como Factores Protectores, y se ha desarrollado un Protocolo de Identificación y Manejo de la misma.

Durante el desarrollo de la presente Tesis Doctoral, se han realizado diversos trabajos de investigación. A partir de los resultados obtenidos y teniendo en cuenta la evidencia científica disponible, se han elaborado cuatro documentos científicos:

- Revisión narrativa sobre la ideación suicida durante el embarazo. Factores de riesgo, prevalencia, instrumentos de evaluación y consecuencias.

Review of Suicidal Ideation during Pregnancy. Risk Factors, Prevalence, Assessment Instruments and Consequences.

- Ideación Suicida: Prevalencia y Factores de Riesgo durante el Embarazo.

Suicidal Ideation: Prevalence and Risk Factors During Pregnancy.

- Apoyo Social Percibido como Factor Protector de la Ideación Suicida en Embarazadas.

Social Support Perceived as a Protective Factor of Suicidal Ideation in Pregnant Women.

- Protocolo de Identificación y Manejo de la Ideación Suicida durante el Embarazo (MISE-P).

Detection and Management Protocol for Suicidal Ideation during Pregnancy.

Estos cuatro documentos se presentan en el Capítulo 4.

Por otra parte, a lo largo del desarrollo de estas investigaciones, y como parte de la actividad científica que conllevan, los resultados se han ido presentando en Conferencias y Congresos nacionales e internacionales, así como en artículos científicos y *e-book* para profesionales. Las principales actividades realizadas se recogen en el Anexo IV.

FINANCIACIÓN

El Proyecto “Mamás y Bebés – Psicología Perinatal”, en el que se engloba este trabajo, fue parcialmente financiado por *The Global Women’s Institute; George Washington University*.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	1
PREFACIO	3
PRESENTACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL	4
FINANCIACIÓN	5
ÍNDICE.....	6
Índice de cuadros de texto	12
Índice de ilustraciones	12
Índice de figuras	13
Índice de gráficos	14
Índice de tablas.....	14
SÍMBOLOS, SIGLAS Y ABREVIATURAS	15
RESUMEN	17
ABSTRACT	18

CAPÍTULO 1. – INTRODUCCIÓN	19
1.1. EL SUICIDIO Y LA IDEACIÓN SUICIDA DURANTE EL EMBARAZO	20
1.1.1. El problema del comportamiento suicida: desde la ideación suicida hasta el acto suicida en el embarazo	20
1.1.2. La ideación suicida durante el embarazo	23
1.1.3. Los esfuerzos investigadores para hacer frente a la conducta suicida en población general: la necesidad de contemplar el periodo de embarazo ..	26
1.2. PREVALENCIA DE LA IDEACIÓN SUICIDA DURANTE EL EMBARAZO	28
1.3. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA	31
1.4. EL FENÓMENO PSICOLÓGICO DE LA DESESPERANZA Y LA IDEACIÓN SUICIDA MATERNA	33
1.5. FACTORES DE RIESGO DE LA IDEACIÓN SUICIDA DURANTE EL EMBARAZO	34
1.5.1. Grupos particularmente vulnerables: factores de riesgo de la ideación suicida durante el embarazo según el área geográfico-cultural ..	38
1.5.2. La ausencia de apoyo social percibido como factor de riesgo de la ideación suicida durante el embarazo	42
1.5.3. Los factores de protección de la ideación suicida durante el embarazo.....	43

1.6. LA REALIDAD SOCIOCULTURAL DE ESTA CUESTIÓN.....	44
1.7. HERRAMIENTAS PARA LA DETECCIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDA DURANTE EL EMBARAZO	48
1.7.1. Una importante herramienta para la detección de la ideación suicida: el ítem 9 del Cuestionario de Salud del Paciente [PHQ-9].....	50
1.7.2. Un instrumento relevante para analizar los factores de riesgo de la ideación suicida durante el embarazo: el Inventario Revisado de Predictores de Depresión Posparto [PDPI-R].....	52
1.7.3. Para una mejor comprensión de la ideación suicida: el módulo de suicidio de la entrevista MINI – International Neuropsychiatric Interview ..	53
1.8. POR QUÉ ES NECESARIO UN PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE LA IDEACIÓN SUICIDA DURANTE EL EMBARAZO	54
1.9. REFLEXIÓN FILOSÓFICA SOBRE LA CUESTIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDA DURANTE EL EMBARAZO	58
1.10. INVESTIGACIÓN Y APORTACIONES ORIGINALES QUE SE ABORDAN EN ESTA TESIS	60
 CAPÍTULO 2. – OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	 62
2. 1. Objetivos	63
2.2. Hipótesis.....	64

CAPÍTULO 3. – METODOLOGÍA.....	66
3.1. Diseño general.....	67
3.1.1. Centros hospitalarios en los que se recogen las muestras.....	67
3.1.2. Aspectos éticos	68
3.1.3. Herramientas estadísticas para el análisis de los datos.....	68
3.1.4. Principales instrumentos de evaluación.....	68
3.1.5. Integración de datos.....	70
3.1.6. Normas tipográficas.....	70
3.2. Muestras	70
3.3. Análisis estadísticos	74
 CAPÍTULO 4. – RESULTADOS (documentos elaborados).....	 79
4.1. Revisión sobre la ideación suicida durante el embarazo. Factores de riesgo, prevalencia, instrumentos de evaluación y consecuencias.....	80
4.2. Ideación Suicida: Prevalencia y Factores de Riesgo durante el Embarazo.....	100
4.3. Apoyo Social Percibido como Factor Protector de la Ideación Suicida en Embarazadas	119
4.4. Protocolo de Identificación y Manejo de Caso ante Ideación Suicida en Mujeres Embarazadas	138

CAPÍTULO 5. – DISCUSIÓN, FORTALEZAS Y LIMITACIONES DE LOS DOCUMENTOS ELABORADOS	170
5.1. Sobre los resultados de los estudios internacionales sobre la ideación suicida durante el embarazo y los factores de riesgo	170
5.2. Sobre la prevalencia de la ideación suicida en embarazadas en España....	172
5.3. Sobre los factores de riesgo de la ideación suicida en el embarazo en España	174
5.4. Sobre la sintomatología depresiva de las mujeres embarazadas con ideación suicida	175
5.5. Sobre el apoyo social percibido como factor protector de la ideación suicida en embarazadas en España	176
5.6. Sobre el protocolo de identificación y manejo de la ideación suicida durante el embarazo elaborado en esta tesis	177
CAPÍTULO 6. – CONCLUSIONES DE LOS DOCUMENTOS ELABORADOS, IMPLICACIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS	179
6.1. Sobre el análisis de la prevalencia de ideación suicida durante el embarazo en España	180
6.2. Sobre los factores de riesgo y protección de la ideación suicida en embarazadas	180
6.3. Sobre el protocolo de identificación y manejo de la ideación suicida durante el embarazo	181

CAPÍTULO 7. – CONCLUSIÓN FINAL. LECCIONES APRENDIDAS, CLAVES DE FOCALIZACIÓN Y REFLEXIÓN	183
7.1. Lecciones aprendidas	184
7.2. Claves de focalización.....	189
7.3. Reflexión final.....	191
REFERENCIAS	193
1. Bibliografía	194
2. Enlaces de interés	214
ANEXOS	216
ANEXO I - Cumplimiento de normas éticas	217
ANEXO II - Consentimiento informado.....	219
ANEXO III - Instrumentos de evaluación	223
ANEXO IV – Complimentación criterios STROBE artículos empíricos	228
ANEXO V – Actividades de divulgación científica	236

ÍNDICE DE CUADROS DE TEXTO

- Cuadro 1 Lecciones aprendidas
- Cuadro 2 Claves de focalización
- Cuadro 3 Reflexión Final

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

- Ilustración 1
Miniatura del Cuestionario PHQ-9
- Ilustración 2
Miniatura del Cuestionario PDPI-R
- Ilustración 3
Miniatura del Módulo Suicidalidad de la MINI Spanish versión 6.0.0
- Ilustración 4
Muestra del estudio de la ideación suicida en mujeres embarazadas en España

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1

Participantes

Figura 2

Portada del Protocolo IMISE-P (Editorial UNED)

Figura 3

Cartel de la Webinar realizada explicando los protocolos desarrollados por el Equipo de Investigación Mamás y Bebés – España

Figura 4

Extracto artículo publicado Midwifery

Figura 5

Portada de la Ponencia en la Webinar

Figura 6

Icono con el link al programa de radio

Figura 7

Portada ponencia simposio Congreso AITANA

Figura 8

Póster Congreso Vitoria

Figura 9

Extracto artículo publicado Revista Española de Salud Pública

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1

Origen de las mujeres de los estudios de la revisión narrativa

Gráfico 2

Características de la muestra

ÍNDICE DE TABLAS

Introducción

Tabla 1 Factores de riesgo de la ideación suicida durante el embarazo

Tabla 2 Factores de riesgo de la ideación suicida durante el embarazo según la región

Estudio 1: Revisión narrativa sobre la ideación suicida durante el embarazo:

prevalencia, factores de riesgo, instrumentos de evaluación y consecuencias

Table 1 SANRA criteria of included articles in the narrative review

Table 2 Topics covered in the selected articles on prenatal suicidal ideation

Table 3 Summary of Reviewed Studies on Suicidal Ideation during Pregnancy

Estudio 2: Suicidal Ideation: Prevalence and Risk Factors

- Table 1 Risk factors associated with suicidal ideation during pregnancy
- Table 2 Questionnaires used to measure risk factors for suicidal ideation
- Table 3 Suicidal Ideation responses
- Table 4 Sociodemographic characteristics
- Table 5 Regression analysis of sociodemographic risk factors for suicidal ideation
- Table 6 Regression analysis-stressful life events for suicidal ideation

Estudio 3: Apoyo social percibido como Factor Protector de la Ideación Suicida en Embarazadas

- Tabla 1 Diferencias en las dimensiones del PHQ-9 en mujeres con y sin ideación suicida
- Tabla 2 Tipo de apoyo social percibido como posible factor predictor de la ideación suicida durante el embarazo

Material de transferencia del conocimiento: Protocolo IMISE-P

- Tabla 1 Instrumentos de evaluación, características, propiedades psicométricas y ventajas de uso
- Tabla 2 Módulo de suicidalidad MINI Spanish versión 6.0.0
- Tabla 3 Descripción general del protocolo

SÍMBOLOS, SIGLAS Y ABREVIATURAS

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologist
APA	American Psychiatric Association

BDI	Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory)
BSI	Inventario Breve de Síntomas
DSM-IV	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4. ^a edición
DSM-5	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5. ^a edición
EPDS	Escala de Depresión Post-Parto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale)
GPC	Guía de Práctica Clínica
HCSC	Hospital Clínico San Carlos de Madrid
HRSD	Escala de depresión de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale)
HUCA	Hospital Universitario Central de Asturias
IMISE – P	Protocolo de Identificación y Manejo de la Ideación Suicida en Embarazadas
ISNISS	Proyecto de Investigación, Detección, Prevención e Intervención de la Conducta Disruptiva, Autodestructiva, Autolesiva y Suicida
MB	Programa/proyecto Mamas y Bebés
NICE	Instituto Nacional de la Excelencia para la Salud y la Atención del Reino Unido (National Institute for Health and Care Excellence)
OMS	Organización Mundial de la Salud
PDPI-R	Inventario de predictores de depresión posparto – revisado (Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised)
PHQ	Cuestionario sobre la Salud del Paciente (Patient Health Questionnaire)
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPSS®	Paquete estadístico para las ciencias sociales (Statistical Package for Social Sciences)
USPSTF	Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (U.S. Preventive Services Task Force)
WHO	Organización Mundial de la Salud (World Health Organization)

RESUMEN

El objetivo principal de esta Tesis Doctoral fue estudiar la Ideación Suicida durante el Embarazo. Para ello, se han abordado varios aspectos. En primer lugar, se hizo una revisión narrativa para conocer la realidad internacional de esta cuestión. A continuación, un segundo estudio se elaboró con el objetivo de conocer la prevalencia de la ideación suicida durante el embarazo y los factores de riesgo asociados en nuestro contexto. Tras estudiar lo anterior con una muestra amplia de embarazadas en España, el foco de atención se centró en examinar cómo funciona el apoyo social percibido en relación a la aparición de ideación suicida durante el embarazo. Posteriormente, se abordó la elaboración de un protocolo de identificación y manejo de caso ante la ideación suicida en mujeres embarazadas en nuestro contexto.

Las conclusiones obtenidas se pueden sintetizar en que es necesario: **(1)** identificar la Ideación Suicida en las primeras semanas de Embarazo, mediante *screening* adecuados; **(2)** reconocer los Factores de Riesgo que hacen vulnerables a las mujeres embarazadas a la hora de la aparición de Ideación Suicida; **(3)** identificar los Factores Protectores de la misma; e **(4)** incorporar Intervenciones Preventivas, como protocolos estandarizados, en el Sistema Nacional de Salud [SNS], para mitigar los efectos negativos de la Ideación Suicida en Embarazadas.

Llevando a cabo lo anterior, se favorece la Salud Mental Materna, se contribuye positivamente al entorno de la mujer y al desarrollo del bebé, se optimizan los recursos del sistema de salud y se obtienen beneficios socioeconómicos a medio y largo plazo.

ABSTRACT

The main goal of this Doctoral Thesis was to study suicidal ideation during pregnancy. To do this, several aspects have been studied. First, a literature review was made to compile the global publications in this area. Second, a study was performed to determine the prevalence of suicidal ideation during pregnancy and the associated risk factors in our environment. A large sample of perinatal women in Spain was included. The focus was on examining how perceived social support relates to the onset of suicidal ideation during pregnancy. Finally, a protocol for detection and management of suicidal ideation in pregnant women in our environment was developed.

According to our work, we conclude that it is necessary: **(1)** to identify suicidal ideation in the first weeks of pregnancy through appropriate screening; **(2)** to recognise the risk factors that make pregnant women vulnerable to suicidal ideation; **(3)** to identify protective factors to suicidal ideation; and **(4)** to incorporate preventive interventions such as standardised protocols into the National Health System [SNS] to mitigate the negative effects of suicidal ideation in pregnant women.

By taking care of maternal mental health, not only a positive contribution is made to the women's environment and the development of the baby, but also the optimization of healthcare resources is better achieved, and socio-economic benefits are obtained in the medium and long term.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1. EL SUICIDIO Y LA IDEACIÓN SUICIDA DURANTE EL EMBARAZO.

1.1.1. EL PROBLEMA DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA: DESDE LA IDEACIÓN SUICIDA HASTA EL ACTO SUICIDA EN EL EMBARAZO.

El **comportamiento o conducta suicida** es una problemática de salud pública terriblemente muy extendida globalmente. De hecho, la **Organización Mundial de la Salud [OMS]** viene subrayando que **al menos un millón de personas se suicidan cada año en el mundo** y que la conducta suicida es una de las principales causas de pérdida de años de vida debido a muertes prematuras (OMS, 2022). Es importante frenar el efecto dominó de la conducta suicida, cuyo espectro contempla: la **ideación suicida** (plan suicida, ideación suicida y deseos e ideas de muerte), la **comunicación suicida** (amenaza suicida y expresiones verbales y no verbales), y el **acto suicida** (suicidio consumado e intento o tentativa suicida).

Las muertes por los actos suicidas son un **problema de salud pública**, pero no solo por las pérdidas humanas que suponen, sino también por el **sufrimiento** que engloban todas las llamadas conductas suicidas (que engloban los pensamientos e ideas, los planes, las comunicaciones y los intentos suicidas). Por supuesto también las muertes por suicidios consumados, que suelen entrañar duelos complicados para los familiares y allegados “supervivientes” de estas personas fallecidas. Cada vida que se pierde por un suicidio supone que muchas vidas se vean paralelamente afectadas, como son en primer lugar las de sus familiares y personas allegadas.

El comportamiento suicida es un **fenómeno humano, complejo, multifactorial, multidimensional y multicausal**, con grandes anclajes en el sufrimiento de la vida y con aspectos psicológicos, sociales, culturales, éticos, e incluso religiosos y existenciales. Como hemos dicho, se refiere a una **variedad de manifestaciones**, que van desde la ideación suicida, el plan suicida, la comunicación de la intención suicida, los intentos de suicidio y, en el peor de los casos, el suicidio consumado. Dado que la conducta suicida es un constructo multidimensional, su manifestación también se da en diferentes formas. Esta **pluralidad** en la conducta suicida hace necesario que tengamos conocimientos sobre la misma, que entendamos en primer lugar qué es una conducta autoinflingida, por qué se puede dar la propia intencionalidad de morir, así como que comprendamos el concepto de conciencia de muerte.

Nos encontramos ante un fenómeno caracterizado especialmente por la presencia de un **sufrimiento** y un **dolor psicológico intolerables**, en los cuáles la persona se percibe en una situación, bajo su percepción y experimentación, **insufrible, irresoluble, interminable, inescapable y sin esperanza de sentirse mejor en el futuro**, circunstancia en la que la única salida que es capaz de identificar es la de terminar con su vida (Al-Halabí y Fonseca, 2021). En definitiva, la persona no ve otra salida al sufrimiento que interpreta como inescapable, carece de esperanza vital y comete el suicidio. Como sociedad y especialmente como profesionales sanitarios, tenemos que trasladar **esperanza** en que el malestar psicológico de la persona se puede revertir.

Las **estrategias de prevención del suicidio basadas en la evidencia** salvan vidas y hay que recordárselo a la población general. Porque la prevención de la conducta suicida es un asunto que nos compete a toda la sociedad (investigadores, políticos, profesionales de la salud, medios de comunicación e individualmente). La prevención de la conducta suicida ha de darse por tanto a todos los niveles: individual, familiar, educativo, social, político y en la esfera de la comunicación, ya que **todos podemos contribuir a salvar una vida si sabemos cómo**. Cualquiera puede ayudar a cambiar una vida, cada persona desde su nivel. Es necesaria la **corresponsabilidad** entre todos los agentes actores. La prevención de la conducta suicida va desde la restricción del acceso a métodos (armas, medicamentos...), el refuerzo de la atención a la salud mental desde Atención Primaria y Especializada, los protocolos escolares (de manejo de la misma en el aula, así como de acoso escolar y *ciberbullying*), las campañas de información a la sociedad de sensibilización de los medios de comunicación, etc. Hace falta que todos actuemos en red, estando atentos a las señales y escuchando a quienes sufren, proporcionándoles una ayuda efectiva, ya que el pensamiento suicida ha de ser siempre atendido. Es necesario dotar a los profesionales de herramientas y programas basados en la evidencia para que puedan abordar la conducta suicida.

Tenemos un interesante camino por delante a la hora de aportar medidas en esta línea, que promuevan la Salud Mental y el bienestar emocional y prevengan la conducta suicida, facilitando recursos para su correcto abordaje. Hay que incrementar también los **recursos humanos** en nuestro sistema sanitario, ya que la realidad es que, en el Sistema Nacional de Salud, por cada 100.000 habitantes, en España hay 6 Psicólogos Clínicos, **3 veces menos que la media europea** (Organización del Consumidor, 2022). También es necesario **reforzar la educación emocional** en los colegios y a nivel social.

No obstante, **el estigma, el tabú y los mitos y falsas creencias asociadas** al constructo suicidio suponen también una barrera a su prevención, así como que los datos aportados en ocasiones se encuentren subestimados, con todo lo que implica. La conducta suicida continúa siendo objeto de un gran tabú, incluso dentro del colectivo de profesionales sanitarios (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2021). En ocasiones, puede vivirse como un suceso incomprensible contra lo que parece el principio elemental de conservación de la vida, sin embargo las personas que intentan suicidarse o que se suicidan por lo general no quieren dejar de vivir, sino dejar de sufrir (O'Connor y Portzky, 2018). Los mitos y tabús en torno a la conducta suicida suponen importantes barreras para que las personas puedan pedir ayuda. Un primer paso para reducir el estigma asociado al suicidio es el uso de un **lenguaje neutral, no estigmatizante**. En lugar de decir “cometer o completar un suicidio y en vez de hablar de un suicidio o intento exitosos, un suicidio o intento fallidos, de víctimas o casos de suicidio”, sería más recomendable hacerlo en términos de “morir por suicidio o acabar con su vida, hablar de un intento de suicidio fatal o no fatal y de aquellos que murieron por suicidio”. Entender que las personas no quieren morir, sino dejar de sufrir, es clave, porque significa que podemos prevenir el suicidio. También es diferente tener ideación suicida que falta de ganas de vivir. Los medios de comunicación deben evitar detalles sobre lugares o métodos, ya que el **efecto contagio** existe si no se habla bien del suicidio. No obstante, recordemos el lema de la OMS “**Hablemos**” ya que, si no conocemos el problema y su magnitud, no podemos prevenirlo. Y no hablar del suicidio aumenta los casos, al suponer una barrera para pedir ayuda. **Hablar del suicidio no incita a hacerlo si se aborda adecuadamente**, ni la evaluación de la ideación suicida incrementa su riesgo (Coppersmith et al., 2021). Los medios de comunicación deben proporcionar información responsable y adecuada, no sensacionalista, ya que esto puede ayudar a prevenir el suicidio.

En nuestro país, los últimos datos aportados por el **Instituto Nacional de Estadística [INE]** concluyen que en 2020 el suicidio se mantuvo como **primera causa de muerte externa**, con **3.941** fallecimientos por suicidio registrados, superándose por primera vez el **millón de muertes por suicidio en mujeres**, según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística y del Observatorio del Suicidio en España (INE, 2022; Observatorio del Suicidio en España, 2022). El año anterior (2019), 3.671 personas perdieron su vida suicidándose durante solamente un año (INE, 2022). Esto supone una muerte por suicidio cada dos horas y media o, lo que es lo mismo, **10 pérdidas por suicidio al día en España**. Pero es que, si sumamos los datos globales,

internacionalmente la cifra es aún más elevada, siendo que se produce un suicidio cada 40 segundos en el mundo (OMS, 2022). El suicidio consumado es además la principal causa externa de muerte en nuestro contexto, siendo que **desde el año 2008 hasta la actualidad**, el suicidio se mantiene como la primera causa de muerte no natural de defunción, superando al número de personas que mueren por accidentes de tráfico o por violencia de género (INE, 2022). A pesar de estas importantes cifras, las iniciativas para prevenir los suicidios consumados y los intentos de suicidio siguen siendo escasas.

Estos datos reflejan la magnitud del fenómeno que estamos abordando. Y subrayan la idea de que no hay salud sin salud mental.

1.1.2. LA IDEACIÓN SUICIDA DURANTE EL EMBARAZO.

La literatura científica considera que el suicidio se mueve a lo largo de un **continuo de diferente naturaleza y gravedad**, que va desde la ideación hasta la conducta suicida, en muchas ocasiones, tras intentos de suicidio previos. O'Carroll et al. (1996) definen la "ideación suicida" como aquella en la que el sujeto tiene pensamientos de llevar a cabo conductas relacionadas con el suicidio. La **ideación suicida**, esto es, pensar en el suicidio, es la forma más común de comportamiento suicida (Chiles et al., 2022). Se sabe que la identificación temprana de este tipo de pensamientos y la intervención con las personas que los pudieran estar teniendo es la mejor forma de prevención del suicidio consumado (Díaz-Gómez et al., 2020). Cuanto antes se identifique y comience a intervenir, mejor.

La Encuesta sobre la Salud Mental de Los Españoles durante la Pandemia de la COVID-19 realizada por el **Centro de Investigaciones Sociológicas [CIS]** en 2021 ha señalado que la pandemia ha supuesto una factura emocional especialmente para las mujeres (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2022).

El **período perinatal**, esto es, el tiempo que va desde el inicio del embarazo hasta el año posterior al parto, confiere riesgo de suicidio (Gavin et al., 2011). El embarazo es una etapa trascendental en la vida de la mujer y sus allegados. Para la mujer, se sabe que el embarazo supone **cambios físicos, mentales y emocionales, tanto positivos como negativos**, con consecuencias en la salud mental materna y cambios en el resto de su entorno. Suelen ser frecuentes los miedos: a las posibles complicaciones obstétricas, discapacidades intelectuales o del desarrollo, al parto en sí mismo o a la necesidad de un

parto distócico (instrumental, mediante cesáreas de urgencia...). También a lo que supondrá su nueva identidad como madre y el compromiso asociado a los permanentes cuidados de su hijo. El miedo a no ir a ser “suficientemente buenas” se repite en las rumiaciones de muchas mujeres. Es un periodo que impacta radicalmente en las rutinas de las personas previas a esta etapa. Supone un gran esfuerzo de adaptación y de compromiso con el autocuidado y el cuidado externo. En este proceso, es necesario cuidar a las gestantes, para conseguir así reducir las dramáticas consecuencias de su posible sufrimiento no atendido, no escuchado y no tratado.

El estudio de la ideación suicida materna está hasta el momento poco desarrollado. En general, los pensamientos y emociones negativos durante el embarazo están socialmente desautorizados, más aún el comportamiento suicida, que sigue siendo un tema tabú. No obstante, y aunque las tasas globales de intentos de suicidio y suicidios consumados en todo el mundo son más bajas en las mujeres que atraviesan el periodo perinatal que en la población femenina general, **la ideación suicida es más frecuente en las mujeres embarazadas** que en la población general (Le et al., 2020). Se conoce también que el suicidio es la primera causa de muerte en las mujeres durante el embarazo y el posparto (Gelaye et al., 2017; Knight et al., 2022; Healey et al., 2013; Howard et al., 2011; Oates, 2003). Además, otro factor importante es que las mujeres perinatales que planean, intentan hacerlo o efectivamente se suicidan son más propensas que las mujeres no perinatales a elegir **métodos violentos**, como el ahorcamiento, la defenestración o precipitación desde lugares altos (Eggleston et al., 2009; Khalifeh et al., 2016; Healey et al., 2013; Oates, 2003; Lindahl et al., 2005).

Aunque se han hecho algunos estudios sobre ideación suicida antenatal en EE.UU. (Gavin et al., 2011; Kim et al., 2015; Newport et al., 2007), Sudáfrica (Onah et al., 2017), y una importante revisión sistemática que incluyó estudios de EE.UU., Pakistán, Bangladesh, Finlandia, Italia, Brasil y Perú (Gelaye et al., 2016), es necesario ampliar el conocimiento sobre esta cuestión en países de habla hispana de altos ingresos, como es España.

Además, si bien estos estudios previos consiguieron determinar como factores de riesgo de la ideación suicida prenatal la depresión mayor prenatal o el estrés psicosocial prenatal (Gavin et al., 2011); la violencia de pareja, la educación inferior a 12 años o el trastorno depresivo mayor (Gelaye et al., 2016); la edad materna más joven, la ausencia de pareja, el origen no caucásico, el idioma distinto al local o el diagnóstico psiquiátrico preexistente (Kim et al., 2015); el embarazo no planeado, el trastorno depresivo mayor

actual o el trastorno de ansiedad comórbido (Newport et al., 2007); el episodio depresivo mayor, cualquier trastorno de ansiedad, el intento de suicidio previo en su historia vital o haber tenido varios partos (Onah et al., 2017); también es necesario considerar el análisis de algunos posibles factores biomédicos de riesgo o de protección como son la reproducción asistida, la enfermedad previa o los abortos previos, que sí fueron tenidos en cuenta en nuestra investigación. Esto es algo a lo que parece no haberse prestado suficiente atención en estudios previos y que es necesario conocer.

Por todo ello, la ideación suicida durante el embarazo es un fenómeno que merece el desarrollo de investigación en nuestro contexto, que redunde en **estrategias basadas en la evidencia** que puedan contribuir a su detección y manejo, para reducir así el número de personas que se suicidan, también durante la etapa perinatal.

Ha de fomentarse el **trabajo multidisciplinar** en la atención al embarazo, incluyendo el abordaje de la ideación suicida si se da, creando un clima de cooperación en esta cuestión. Ha de subrayarse el profundo respeto, tanto hacia las mujeres que la sufren y sus allegados, como también a los profesionales que se esfuerzan por manejarla adecuadamente. El contexto, sus recursos temporales, sus conocimientos, su actitud y sus habilidades de empatía y comunicación son cruciales para que la salud mental de sus pacientes se vea correctamente atendida.

Es fundamental que sigamos trabajando para prevenir el suicidio. El estigma social que acompaña al suicidio como fenómeno global ha de ser erradicado. El creciente interés por la divulgación, ya no solo científica sino también social sobre esta cuestión, ha permitido comenzar a romper con el histórico silencio del estigma y el tabú, que impide que el miedo, el dolor y la desesperanza de muchas personas que sufren puedan ser detectados y manejados. El siguiente paso es romper por completo el tabú de la estigmatización que condena a las mujeres embarazadas y al resto de seres humanos a sufrir en silencio.

1.1.3. LOS ESFUERZOS INVESTIGADORES PARA HACER FRENTE A LA CONDUCTA SUICIDA EN POBLACIÓN GENERAL: LA NECESIDAD DE CONTEMPLAR EL PERIODO DE EMBARAZO.

El Ministerio de Sanidad publicó en el año 2007 la **Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud**, que desarrolla la promoción de la salud mental en la población, la prevención de la enfermedad mental y la erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental. Además, organiza cómo atender a los trastornos mentales y cómo coordinar las diferentes instituciones. También subraya la formación del personal sanitario, la **necesidad de investigación en salud mental** ([Ministerio de Sanidad, 2022](#)).

Este es un ámbito en el que los profesionales de la Psicología que se dedican a los ámbitos de la prevención y el abordaje clínico deberían orquestar un cambio necesario para nuestra sociedad, en primer lugar, **investigando** al respecto y paralelamente **formando** a los responsables de cuidarnos (sanitarios, educadores, políticos, medios de comunicación, etc.). Además, debemos actuar a lo largo de todo el proceso, no solo en la prevención de la conducta suicida, sino también en la promoción de la salud mental, en el tratamiento de los problemas psicológicos y en la prevención de recaídas en los mismos.

Los esfuerzos investigadores ayudan a salvar vidas. Así, por ejemplo, los expertos que han desarrollado la “*Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*” (2012) y los que posteriormente han desarrollado la reciente “*Revisión de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida de 2012 del Programa de GPC en el SNS*” (2020) han contribuido a la toma de decisiones en este ámbito ([Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2022](#); [Grupo de Trabajo de Revisión de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicidada de 2012, 2022](#)). Los de esta última concluyen que: aunque los resultados de nuevos estudios aportan aspectos relevantes que se deberían incluir, como la actualización en factores de riesgo o el uso de las TIC por ejemplo, sigue siendo relevante tanto clínicamente como para el Sistema Nacional de Salud ([Grupo de Trabajo de Revisión de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicidada de 2012, 2022](#)). Algunas otras guías útiles son las elaboradas por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, como son: la “*Guía para la Detección y Prevención de la Conducta suicida*”, para

profesionales sanitarios y facilitadores sociales elaborada en 2016 ([Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2022](#)); la “*Guía de Detección y Prevención de la Conducta Suicida en Personas con Enfermedad Mental*” diseñada en 2011 ([Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2022](#)), para sus familiares; o la “*Guía para la Prevención del Suicidio. ¿Qué puedo hacer?*” creada en 2014 ([Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2022](#)), de autoayuda. También el Servicio Andaluz de Salud ha elaborado en 2010 la “*Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares*” ([Servicio Andaluz de Salud, 2022](#)). La Generalitat Valenciana ha elaborado en 2018 el “*Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida. Vivir es la Salida*” ([Generalitat Valenciana, 2022](#)). El Grupo Regional de Trabajo sobre Prevención de Suicidio en Castilla-La Mancha ha elaborado en 2018 la guía “*Estrategias para la prevención del suicidio y la intervención ante tentativas autolíticas*” ([Grupo Regional de Trabajo sobre Prevención de Suicidio en Castilla-La Mancha, 2022](#)). El Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido [NICE] (National Institute for Health and Clinical Excellence) ha publicado en 2011 una “*Guía para el Abordaje del Comportamiento Autolesivo*” ([NICE, 2022](#)).

El **Plan de Acción 2021-2024 Salud Mental y COVID-19** aprobado recientemente en nuestro país, para atender al impacto provocado por la pandemia, ha supuesto un primer paso para pasar del debate político a la acción. Este incluye la puesta en marcha de un **teléfono de información 24 horas, gratuito y confidencial, de atención profesional y apoyo ante la conducta suicida**, con capacidad de derivación rápida a los servicios de emergencia correspondientes ante una situación de crisis ([Ministerio de Sanidad, 2022](#)). Hasta el momento, el **Teléfono Contra el Suicidio de la Asociación la Barandilla** (911.385.385) venía respondiendo a la necesidad de las personas que tienen ideación suicida o de sus familiares, profesionales y amigos que necesitan orientación al respecto ([Asociación La Barandilla, 2021](#)). Desde el 9 de diciembre de 2021, se atribuye el número corto **024** al servicio de **Línea de ayuda a las personas con riesgo de conducta suicida**, cuyo alcance es nacional, anónimo, gratuito, confidencial y accesible ([BOE, de 20 de diciembre de 2021, Resolución de 9 de diciembre de 2021 de la Secretaría de Estado de Estado de Telecomunicaciones e Infraestructuras Digitales](#)). Hemos pasado del silencio al debate social y a la acción, de manera que lo que los profesionales sabíamos que era importante, se convirtió recientemente en urgente para toda la sociedad.

En esta línea, el **Proyecto ISNISS** (Investigación, Detección, Prevención e Intervención de la Conducta Disruptiva, Autodestructiva, Autolesiva y Suicida), nacido en el año 2019, busca la promoción de salud en conductas autodestructivas y disruptivas y tiene en cuenta la evidente influencia de las redes sociales e Internet, en conductas tales como la autolesión, el abuso de sustancias y el **suicidio** (ISNISS, 2022). Iniciativas de este tipo son necesarias, ya que las **nuevas tecnologías**, cada vez más presentes en nuestro día a día, pueden afectar tanto positiva como negativamente a la conducta suicida. El teléfono móvil puede servir, tanto para buscar métodos y medios para llevar a cabo el acto suicida, como por el contrario para pedir ayuda a través de internet. En función del uso, las redes sociales e internet pueden ser un elemento protector o potenciador para la conducta suicida. Debemos utilizarlas a nuestro favor.

Pese a estos importantes esfuerzos investigadores, falta conocimiento estandarizado sobre la detección y el manejo de la ideación suicida en el embarazo, que pueda transferirse a los profesionales de la salud.

1.2. PREVALENCIA DE LA IDEACIÓN SUICIDA DURANTE EL EMBARAZO.

La ideación suicida se considera uno de los principales **predictores** de los posteriores intentos de suicidio o del suicidio consumado (Al-Hablabí et al., 2019). Una mayor presencia de ideación suicida se asocia con mayor prevalencia de intentos de suicidio y de muertes por dicho motivo (Huerta, 2015). Parece que de cada persona que se muere por suicidio en España, habría 10 personas que lo intentan; y de cada persona que lo intenta, habría 14 que lo piensan (FUNDAMED, 2022).

Durante el embarazo, la **prevalencia** de ideación suicida varía según los estudios **entre el 2.6 y el 29.2%** (Copersino et al., 2008; Gavin et al., 2011; Lindahl et al., 2005; Melville et al., 2010; Newport et al., 2007). Hay evidencia científica suficiente para afirmar que las mujeres embarazadas tienen **mayor ideación suicida que la población general**, aunque los datos varían considerablemente en función de la edad de las gestantes o del grupo étnico (Gelaye et al., 2016). En general, durante el embarazo la prevalencia de ideación suicida es superior a la de la población general de mujeres (Copersino et al., 2008; Lindahl et al., 2005; Newport et al., 2007).

Internacionalmente, la prevalencia de ideación suicida durante el embarazo se sitúa entre el 2.73% (en países europeos), el 8.5-15.8% (en países latinoamericanos) y el 39% (en mujeres africanas). En un estudio reciente realizado en EE. UU., 1 de cada 20 gestantes presentaba ideación suicida ([Centre for Women's Mental Health, 2022](#)). En general, la prevalencia de ideación suicida en embarazadas estadounidenses se sitúa entre el 2,6 - 3,8% ([Gavin et al., 2011](#); [Kim et al., 2015](#); [Melville et al., 2010](#)). En mujeres estadounidenses embarazadas con bajos ingresos aumenta al 4,6% ([Tabb et al., 2019](#)), al 23% en embarazadas que sufren violencia de la pareja ([Alhusen et al., 2015](#)) y al 27.8% en estadounidenses embarazadas con trastornos psiquiátricos ([Newport et al., 2007](#)). En mujeres embarazadas inglesas se encontró presencia de ideación suicida en el 1.4% ([Lindahl et al., 2005](#)). En embarazadas finlandesas, en el 0,5% ([Luoma et al., 2001](#)). La prevalencia de pensamientos suicidas fue del 2,73% en mujeres embarazadas croatas ([Mikšić et al., 2018](#)). Asimismo, la prevalencia de ideación suicida alcanza el 8.2% en mujeres chinas solteras y migrantes ([Luo et al., 2018](#)).

En general, las investigaciones realizadas con mujeres embarazadas africanas encuentran prevalencias más altas de ideación suicida que en las occidentales. Por ejemplo, [Onah et al. \(2017\)](#) encuentran en su estudio con sudafricanas que la prevalencia de ideación suicida durante el embarazo es del 18%. Además, esta aumenta notablemente en caso de que se añada alguna circunstancia adversa, como refleja que el 39% de las mujeres africanas con VIH experimenta ideación suicida prenatalmente ([Rodriguez et al., 2018](#)). En otro estudio, también realizado con mujeres embarazadas con VIH que viven en Sudáfrica, se encuentra el mismo dato de prevalencia, así como que las tasas de ideación suicida son más altas en estas mujeres que en aquellas que no están infectadas por el VIH ([Rodriguez et al., 2017](#)). No obstante, en mujeres etíopes con VIH se encuentra una prevalencia de ideación suicida inferior, concretamente del 8,2% ([Zewdu et al., 2021](#)).

También son altas las prevalencias en el caso de los estudios revisados de mujeres latinas embarazadas. En mujeres embarazadas mexicanas, se encontró en el 37.6% ([Lara y Letechipía, 2009](#)). En embarazadas peruanas, en el 8.5 – 15.8% ([Gelaye et al., 2017](#); [Gelaye et al., 2019](#); [Zhong et al., 2016b](#)). En otro estudio, esta vez realizado con mujeres embarazadas colombianas con riesgo obstétrico y hospitalizadas, la prevalencia de ideación suicida encontrada es del 7,2% ([Vergel et al., 2019](#)).

Una limitación importante de la literatura científica actualmente disponible, que pretende salvar este trabajo, es que en España no existen bajo nuestro conocimiento datos

sobre la prevalencia de la ideación suicida durante el embarazo. La prevalencia de ideación suicida en población general española se ha establecido en el 3,7% en aquellas personas que manifiestan haberla experimentado a lo largo de la vida y en el 0,9% de quienes dicen haberla tenido durante los últimos 12 meses (Huerta, 2015). Pero en contextos españoles no sabemos la prevalencia de la ideación suicida en mujeres embarazadas.

A nivel global, se conoce que la prevalencia de la ideación suicida antes del parto varía considerablemente según la **etnia materna**. Por ejemplo, en un estudio de cohorte retrospectivo de 22,118 mujeres embarazadas en Illinois, EE. UU., Kim et al. (2015) encontraron que la ideación suicida era más prevalente entre las mujeres no caucásicas (5,7%) en comparación con las mujeres caucásicas (2,8%). En su estudio de mujeres que reciben atención prenatal en un hospital universitario, Gavin et al. (2011) observaron que las mujeres caucásicas no hispanas tenían un 49% menos de probabilidades de ideas suicidas antes del parto en comparación con las mujeres de otras etnias. La prevalencia de la ideación suicida durante el embarazo también parece variar según la edad de la madre. Kim et al. (2015) señalaron que la **edad materna más joven** (edad media 30,9 frente a 31,9 años) se asoció estadísticamente de manera significativa con la ideación suicida antes del parto. De manera similar, Gandhi et al. (2006), encontraron mayores probabilidades de intentos de suicidio entre las mujeres menores de 20 años en comparación con mujeres mayores.

Si bien la ideación suicida es más prevalente durante el embarazo, las **tentativas suicidas** durante este periodo son menos habituales que en otros momentos vitales, variando su prevalencia entre el 5 y el 14% en esta etapa (Gelaye et al., 2017; Howard et al., 2011). En la población general, se producen unos 20 intentos de suicidio por cada suicidio consumado (Gobierno Vasco, 2022), y el 30-40% de los suicidios presenta tentativa previa (Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2022). Utilizando una base de datos de pacientes de California, Gandhi et al. (2006) encontraron que las mujeres que intentaron suicidarse durante el embarazo eran con menor probabilidad caucásicas no hispanas en comparación con las mujeres embarazadas que no intentaron suicidarse.

Se ha estimado la prevalencia del Trastorno Depresivo Mayor Perinatal en el 5% (Khalifeh et al., 2016) y se conoce que las mujeres con diagnóstico de depresión tienen más riesgo de **morir por suicidio**. No obstante, el suicidio consumado durante el embarazo es menor que en la población general de mujeres, siendo que se dan 1 o 5

suicidios de cada 100.000 casos en embarazadas frente a 5 o 10 suicidios de cada 100.000 casos en mujeres no embarazadas (Esscher et al., 2016; Fisher, 2016; Khalifeh et al., 2016; Howard et al., 2011; Lindahl et al., 2005; Lysell et al., 2018). Parece por tanto que el embarazo funciona como elemento protector frente al suicidio consumado (Al-Halabí et al., 2019).

Siguiendo con lo que plantean Al-Halabí et al. (2021), la investigación reciente sugiere que la ideación suicida es un fenómeno relativamente común del embarazo, aunque seguimos sin disponer de un modelo integral que vertebré todo el conocimiento disponible sobre la ideación suicida antes del parto. La variedad de conductas suicidas en el posparto (ideación, tentativa o suicidio consumado) suelen estar precedidas por alguna expresión de la conducta suicida antes del parto y debemos de **atender a esta realidad**.

Hasta la elaboración de esta tesis, se desconocía cuál es la prevalencia de la ideación suicida en mujeres embarazadas españolas.

1.3. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA DURANTE EL EMBARAZO.

Muchas personas con trastornos mentales no tienen pensamientos o conductas suicidas, y no todas las personas que se quitan la vida tienen un trastorno mental. La conducta suicida no es un síntoma de otro trastorno mental, sino que está vinculada al sentido que la vida tenga para la persona. No obstante, se debe estar particularmente vigilantes con aquellas mujeres embarazadas que hayan recibido algún diagnóstico de trastorno mental, en tanto en cuanto pueden ser personas con dificultades y problemas, lo que supondría un factor de riesgo para el suicidio, pero no por la etiqueta diagnóstica en sí misma.

La **psicología perinatal** abarca un gran número de patologías, entre las que se encuentran la depresión, la ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, estrés, fobias y ataques de pánico), los trastornos de la alimentación o de la imagen corporal, el estrés postraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo, la psicosis, el trastorno bipolar, el trastorno por uso de sustancias, los duelos por posibles pérdidas, o el suicidio, entre otros (Rodríguez-Muñoz, 2019).

El **embarazo** es un periodo en el que la mujer no está exenta de experimentar trastornos mentales o del comportamiento. Así, el diagnóstico de algún trastorno mental es un factor de riesgo de la conducta suicida en el periodo perinatal (Al-Halabí et al., 2021). De hecho, entre un **10-15%** de las mujeres experimentan un **Episodio de Depresión Mayor** durante el embarazo (Banti et al., 2010; Gavin et al., 2005) y diversos estudios indican que la prevalencia de **Ansiedad Prenatal** es del **8.5-15.2%** (Dennis et al., 2007; Goodman et al., 2014). En cuanto a los **trastornos de la conducta alimentaria**, la prevalencia de anorexia nerviosa durante el embarazo se ha estimado en un **0.1%** (Bulik et al., 2009), de **bulimia nerviosa** en un **0.2%** (Behar et al., 2014), y de **trastorno por atracón** un **4.8%** (Bulik et al., 2009). El **trastorno de estrés postraumático** durante el embarazo se ha encontrado en un **3.3%** de las mujeres (Yildiz et al., 2017). La presencia del **trastorno obsesivo-compulsivo** en mujeres embarazadas oscila entre el **02-3.5%** (Andersson et al., 2003; Sutter et al., 2004). La psicosis durante el embarazo tiene una prevalencia de **0.1-0.2%** (Navarro et al., 2017) y el **trastorno bipolar** en este periodo afecta a entre el 2-2.8% (Vesga-López et al., 2008). En cuanto al consumo de sustancias, el **consumo de alcohol** se reconoce por parte de entre el **0-37%** de las embarazadas, el **0-4.3%** reconoce haber consumido **cocaína** y el **2.9%** **cannabis** (García-Fernández y Fernández-Hermida, 2019). En los casos en los que se produce un aborto espontáneo, un **54.2%** de las mujeres puede cumplir criterios de **duelo complicado** (Kulathilaka et al., 2016). El **suicidio consumado** durante el embarazo ocurre en **5-10 mujeres embarazadas de cada 100.000** y la **ideación suicida** se da en el **5-14%** (Al-Halabí et al., 2019).

Este último, la **ideación suicida**, es un fenómeno psicológico complejo, multidimensional y multifactorial, que tiene que ver con un sufrimiento y un dolor psicológico intolerables, donde la persona que atraviesa una condición para ella insufrible, irresoluble, interminable, inescapable, sin futuro o esperanza, piensa en terminar con su vida (Al-Halabí y Fonseca, 2021). En la explicación de su aparición, confluyen distintos factores (biológicos, psicológicos y/o socioculturales) en interacción. Para comprender este fenómeno, se ha de entender el contexto cultural y biológico de la persona, así como su sentido del sufrimiento, su propia historia de dificultades y sus altibajos vitales, ya que la aparición de ideación suicida en la persona casi nunca se debe a una única causa (Al-Halabí y García Haro, 2021).

Es importante romper con el **estigma** que rodea al constructo suicidio. Para ello, resulta esencial evitar vincular automáticamente el nexo entre el deterioro en la salud

mental con la presencia de comportamientos suicidas, como si ambas condiciones fueran de la mano. La conducta suicida en esencia no es un trastorno mental, un síntoma de un problema psicopatológico, ni un problema de funcionamiento cerebral (Al-Halabí y Fonseca, 2021). Tampoco es un fenómeno que emerja automáticamente como síntoma de incremento de los problemas de salud mental (como pudieran ser la depresión o la ansiedad). De hecho, los mayores niveles de ansiedad, depresión o ideación suicida no se traducen directamente en su correspondiente incremento de suicidios consumados (Pirkis et al., 2021). Por ello, deberíamos preocuparnos en cada caso por el sufrimiento emocional de la persona, no tanto por el trastorno, si bien es cierto que los trastornos mentales Depresión Mayor, Trastorno Bipolar y Esquizofrenia son factores de riesgo claramente establecidos para la conducta suicida (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2022).

1.4. EL FENÓMENO PSICOLÓGICO DE LA DESESPERANZA EN LA IDEACIÓN SUICIDA MATERNA.

Se conoce que durante el periodo del embarazo puede haber amplias **fluctuaciones** en el estado de ánimo o en los síntomas de otros problemas o trastornos mentales, aumentando el riesgo de suicidio (Kimmel, 2020). No obstante, frecuentemente el comportamiento suicida no es consecuencia de ningún trastorno mental grave, teniendo a veces que ver con la situación experiencial de la **desesperanza vital** (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2022). La aparición de este sentimiento es entendible que pueda ocurrir durante el embarazo, siendo que la mujer puede experimentar agobio por no saber cómo enfrentarse a su nueva condición, al manejo del bebé, o a los cambios económicos y laborales, entre otros posibles factores estresantes. Es importante validar el sufrimiento, cuestionando la consideración social de la maternidad como una etapa “necesariamente” feliz. La maternidad es muy propicia para la desesperanza, siendo que el cansancio y el agotamiento hacen que la mujer pueda tener una percepción más negativa de su realidad. La maternidad entraña dificultades, renunciaciones y nuevas identidades que pueden resultar conflictivas para algunas mujeres. No obstante, como se viene señalando, el suicidio consumado durante el periodo perinatal es menos frecuente que en la población general

(Lega et al., 2020; Lysell et al., 2018), pese a que la ideación suicida es más prevalente (Gelaye et al., 2016). El hecho de que la maternidad aumente o disminuya el riesgo de suicidio depende de factores personales, familiares y culturales de la mujer. Cada una puede tener sus vivencias particulares y razones que le lleven a contemplar el suicidio como única salida a su sufrimiento psicológico.

Por tanto, resulta fundamental desvincular el fenómeno del suicidio con el trastorno mental grave, sobre todo durante el embarazo, donde pueden no estar tan vinculadas ambas condiciones y sí ser más frecuente el factor psicológico de la desesperanza en la mujer. Sabemos que durante el embarazo son frecuentes la depresión, la ansiedad y la ideación suicida, pero esta evidencia no agota el espectro de la realidad, donde la ideación suicida aparece en ocasiones sin necesidad de que exista un trastorno mental, dándose asociada frecuentemente a la sensación de desesperanza en la embarazada. Bajo nuestro conocimiento, y pese a que la literatura pone de manifiesto el fenómeno de la desesperanza asociado a la ideación suicida, apenas existen publicaciones que subrayen este nexo durante el embarazo.

1.5. FACTORES DE RIESGO DE LA IDEACIÓN SUICIDA DURANTE EL EMBARAZO.

Al margen del diagnóstico y de la necesidad de saber reconocer los casos en los que las mujeres sufren ideación suicida en el embarazo, otra cuestión que preocupa a la comunidad científica es entender las **causas que la provocan o al menos los factores que suponen un riesgo** para su desarrollo.

Durante la gestación, las mujeres pueden ser más o menos vulnerables a presentar ideación suicida. El embarazo es un periodo en el que las mujeres son particularmente vulnerables a los problemas de salud mental, incluida la ideación suicida (Szpunar et al., 2020). Profundizar en el conocimiento de los factores de riesgo permitiría elaborar **perfiles de riesgo** y herramientas de detección y prevención más eficientes. El período preparto representa un período crítico y una oportunidad importante para la reducción y prevención del riesgo de suicidio (Gelaye et al., 2016; Onah et al., 2017).

En el caso de embarazo (y también del posparto), el suicidio consumado está principalmente asociado con los embarazos no deseados o con el hecho de que la mujer se encuentre en una situación de abuso físico o sexual, sin recursos económicos o atrapada en las nuevas circunstancias. En cuanto a los intentos de suicidio durante el embarazo, el riesgo sería mayor para las mujeres jóvenes, especialmente adolescentes, solteras, con bajo nivel educativo y consumo de alcohol. Si nos centramos específicamente en el estudio de la ideación suicida, por su relevancia como predictor para el suicidio consumado, la literatura viene señalando distintos **factores biológicos, psicológicos y sociales**, que incrementan el riesgo de presentar ideación suicida durante el embarazo. Hablaríamos por tanto de un **modelo biopsicosocial** que explica la aparición y el mantenimiento de la ideación suicida durante el embarazo. En línea con los **modelos biopsicosociales** (Lara-Cinisomo et al., 2016; Ross et al., 2004; Ross y Toner, 2004), el desarrollo de la ideación suicida materna es el resultado de un **proceso multicausal** en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. Veamos cuáles son estos:

Un primer factor de riesgo para la ideación suicida durante el embarazo tiene que ver con las **condiciones clínicas de las mujeres**. Así, se encuentra que las embarazadas con pensamientos suicidas están más **ansiosas** y deprimidas (Mikšić et al., 2018). En línea con el estudio anterior, en una revisión sistemática, el **trastorno depresivo mayor** se identifica como un factor de riesgo de ideación suicida antes del parto (Gelaye et al., 2016). Tanto los síntomas depresivos como los **antecedentes de intento de suicidio** son factores que predicen la ideación suicida durante el embarazo (Supraja et al., 2016). La ideación suicida se asocia con padecer un episodio depresivo mayor o un trastorno de ansiedad y con el intento de suicidio previo a lo largo de su vida (Onah et al., 2017). Tener un **estrés** elevado y manifestar síntomas de depresión también se asocia con la ideación suicida durante el embarazo (Mebrahtu et al., 2020). Además, la ideación suicida se asocia con la depresión, **ideas intrusivas negativas o ideas egodistónicas negativas**, y el **insomnio**. Se evidencia que las mujeres embarazadas con insomnio y rumia alta tienen tasas más altas de ideación suicida que aquellas que duermen bien y que presentan poca rumia (Kalmbach et al., 2020). También se sabe que las embarazadas con **dificultades de sueño** relacionadas con el estrés tienen mayor propensión a presentar ideación suicida (Palagini et al., 2019). De hecho, la mala calidad del sueño se asocia con un aumento de 2,81 veces la probabilidad de ideación suicida (Gelaye et al., 2017).

Un segundo factor tiene que ver con lo ambiental, y especialmente con las **desigualdades sociales**, siendo que la ideación suicida entre las mujeres embarazadas es

mayor entre las **mujeres no caucásicas** que entre las caucásicas; así como entre las que tienen **bajos ingresos** frente a las de mejor posición socioeconómica (Zhong et al., 2016a). Además, en una revisión sistemática, se identifican como factores de riesgo de ideación suicida antes del parto la **violencia de pareja** y la **educación inferior a 12 años** (Gelaye et al., 2016). La **edad más joven**, el **apoyo percibido deficiente** y la violencia de la pareja son factores que predicen la ideación suicida durante el embarazo (Supraja et al., 2016; Rodríguez et al., 2018). La ideación suicida se asocia también en otro estudio con tener un nivel socioeconómico más bajo, **sufrir inseguridad alimentaria** o **violencia interpersonal** (Onah et al., 2017). La ideación suicida durante el embarazo se asocia especialmente con la violencia emocional de la pareja (y lo hace en mayor medida que la violencia física o sexual por parte de esta) (Shamu et al., 2016). El bajo estatus económico y la violencia de la pareja son factores que se encuentran consistentemente asociados con la ideación suicida (Musyimi et al., 2020). Las mujeres que dicen presentar ideación suicida tienden a: ser más jóvenes, **estar solteras**, y experimentar hambre (Mebrahtu et al., 2020). También la **creencia religiosa de que las relaciones sexuales prematrimoniales son algo incorrecto** se relaciona con mayor probabilidad de presentar ideación suicida (Chan et al., 2016).

Un tercer factor de riesgo tiene que ver con las **situaciones psicotraumáticas previas**, encontrándose que el **abuso infantil** supone un aumento de las probabilidades de ideación suicida durante el embarazo de 2,57 veces (Levey et al., 2019) a 2,9 veces (Zhong et al., 2016b). Esta se incrementa también a medida que el número de eventos de abuso infantil experimentados es mayor (Zhong et al., 2016b). En definitiva, los diferentes estudios muestran que las mujeres embarazadas que han sufrido abuso físico durante la infancia tienen un alto riesgo de ideación suicida (Zhang et al., 2020).

Un cuarto factor es el **gestacional**. Así, en mujeres hospitalizadas por alto riesgo obstétrico, se identificó ideación suicida sobre todo en el **primer trimestre**, confirmando el hecho de que el embarazo no necesariamente protege contra el suicidio (Vergel et al., 2019). También se encuentra que la prevalencia de ideación suicida se multiplica por casi el doble si las mujeres han sufrido un **aborto inducido previo** durante ese año (y además están solteras) (Luo et al., 2018). La ideación suicida se asocia también con la **multiparidad** (Onah et al., 2017).

Un quinto factor de riesgo tiene que ver con **otras circunstancias de salud**. En un metaanálisis, se encuentra que la **exposición pasiva al tabaco** aumenta las probabilidades de ideación suicida en mujeres embarazadas (Suzuki et al., 2019; Weng et

al., 2016). Por otra parte, [Rodríguez et al. \(2018\)](#) encuentran que la violencia de la pareja y la depresión predicen la ideación suicida en mujeres con VIH. Asociado a lo anterior, en otro estudio se encuentra que la ideación suicida en embarazadas sudafricanas con VIH se asocia con la violencia y la estigmatización por parte de la pareja ([Rodríguez et al., 2017](#)). Además de la depresión y el estado serológico no revelado, también el embarazo no planificado es un factor que se asocia significativamente con la ideación suicida en mujeres con VIH ([Zewdu et al., 2021](#)).

Un sexto factor agrupa algunas **variables interpersonales**. La **baja pertenencia social** y la **percepción de ser una carga para los demás**, por separado, se asocian impulsores de la ideación suicida ([Espinosa-Salido et al., 2021](#)).

Tabla 1

Resumen de los factores de riesgo de la ideación suicida durante el embarazo.

FACTORES DE RIESGO DE LA IDEACIÓN SUICIDA DURANTE EL EMBARAZO	
Riesgos biológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Genéticos - Hormonales - Cambios físicos - Alimentación - Hábitos - Antecedentes familiares de trastorno mental - Antecedentes familiares de dificultades ginecológicas y obstétricas
Riesgos psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Modo de afrontar la maternidad - Dificultades en la gestión de la incertidumbre - Modelo social de maternidad idealizada - Embarazo no planificado - Eventos estresantes (mudanzas, cambio de empleo, enfermedades familiares...)
Riesgos sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Edad muy joven (adolescente) o muy mayor - No contar con pareja estable - Nivel bajo de estudios - Dificultades económicas - Desempleo - Ser de una minoría étnica - Falta de apoyo social - Experimentar violencia de género - Dificultades para la conciliación - Expectativas de superación y éxito laboral y personal
Riesgos interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> - Baja pertenencia social - Percepción de ser una carga para los demás

1.5.1. GRUPOS PARTICULARMENTE VULNERABLES: FACTORES DE RIESGO DE LA IDEACIÓN SUICIDA DURANTE EL EMBARAZO SEGÚN EL ÁREA GEOGRÁFICO-CULTURAL.

Internacionalmente se dispone de algunas evidencias sólidas en relación a la ideación suicida durante el embarazo. Se encuentra **consistencia internacional** a cerca de que las mujeres embarazadas con **trastornos de salud mental preexistentes**, que sufren **violencia de pareja** o que provienen de entornos con **condiciones socioeconómicas bajas**, son un grupo de población particularmente vulnerable de presentar ideación suicida (O'Connor et al., 2018).

En un **metaanálisis** se encuentra que la **exposición pasiva al tabaco** aumenta las probabilidades de ideación suicida prenatal en mujeres embarazadas (Suzuki et al., 2019). Además, en una **revisión sistemática** se identifican varios factores de riesgo de ideación suicida antes del parto, incluidos: la **violencia de pareja**, la **educación inferior a 12 años** y el **trastorno depresivo mayor** (Gelaye et al., 2016).

No obstante, también se dan algunos **fenómenos socioculturales particulares** según el área geográfico-cultural donde se haya realizado el estudio sobre factores de riesgo de la ideación suicida materna que merecen consideración:

Por ejemplo, en un estudio realizado con mujeres **estadounidenses**, se encuentra que la ideación suicida se asocia con la **depresión**, la **rumia negativa**, y el **insomnio**. Concretamente, en este estudio se evidencia que las mujeres embarazadas con insomnio y rumia alta tienen tasas más altas de ideación suicida que las mujeres que duermen bien y con poca rumia (Kalmbach et al., 2020). Por otra parte, la ideación suicida entre las mujeres embarazadas de EE. UU. es mayor entre las **no caucásicas** que en las caucásicas; así como entre las que tienen **bajos ingresos** frente a las de mejor posición socioeconómica (Zhong et al., 2016^a). En otro estudio, realizado en EE.UU. se encuentran como factores de riesgo de la ideación suicida en embarazadas: el **embarazo no planeado**, la **depresión**, la **ansiedad**, **carecer de pareja** y el **bajo nivel educativo** (Newport et al., 2007). Otros factores asociados con ideación suicida en embarazadas estadounidenses vienen siendo: la **depresión mayor previa**, el **trastorno de pánico previo**, el **estrés psicosocial percibido**, la **educación inferior a 12 años**, la **ausencia de pareja**, ser **fumadora**, consumir **drogas**, tener **condiciones de salud negativas y crónicas**, sufrir **violencia de género** y ser **negra** (Gavin et al., 2011).

Los estudios realizados en **Europa** van en la misma línea. En mujeres embarazadas italianas, se encuentra que aquellas con **dificultades de sueño relacionadas con el estrés**, tienen mayor propensión a presentar ideación suicida (Palagini et al., 2019). También se encuentra que las mujeres embarazadas croatas con pensamientos suicidas están más **ansiosas y deprimidas**, lo que evidencia estas condiciones como factores de riesgo de la ideación suicida materna (Mikšić et al., 2018). En un estudio realizado en Inglaterra, se encuentran como factores de riesgo de ideación suicida: **ser muy joven**, la **multiparidad**, y los mayores niveles en síntomas depresivos referidos (Howard et al., 2011).

En cuanto a las mujeres **latinas**, un estudio realizado con embarazadas peruanas también señala que la **mala calidad del sueño** se asocia con un aumento de 2,81 veces la probabilidad de ideación suicida (Gelaye et al., 2017). En otro estudio también realizado con mujeres peruanas, se encuentra que el **abuso infantil** supone un aumento de 2,57 veces las probabilidades de ideación suicida durante el embarazo (Levey et al., 2019). Por lo que el trauma también se evidencia como un factor de riesgo. De hecho, en otro estudio también realizado con mujeres embarazadas peruanas, la exposición al abuso físico o sexual durante su infancia aumenta 2,9 veces la probabilidad de ideación suicida, y esta se incrementa también a medida que el número de eventos de abuso infantil experimentados es mayor (Zhong et al., 2016b). En otro estudio, realizado con mujeres colombianas **hospitalizadas por alto riesgo obstétrico**, las ideas suicidas fueron más frecuentes en el primer trimestre, confirmando el hecho de que el embarazo no necesariamente protege contra el suicidio (Vergel et al., 2019). En mujeres embarazadas brasileñas con **bajos ingresos** se encuentran como factores asociados con la ideación suicida: especialmente, la **comorbilidad** con otros trastornos; estar **soltera**; presentar **historia psiquiátrica previa**; y **fumar** (Weng et al., 2016).

Lara y Letechipía (2009) explican la mayor frecuencia de la ideación suicida durante el embarazo en su muestra de mujeres mejicanas, relacionándola con la **fragilidad emocional** que la mujer puede experimentar durante ese periodo vital. Así, es frecuente que las mujeres embarazadas puedan tener presente **cierta sensación de muerte asociada a posibles complicaciones perinatales**, así como **sentimientos de pérdida** derivados de las esperables modificaciones en su **identidad**.

Respecto a las mujeres **asiáticas**, la evidencia es la siguiente. Las mujeres chinas embarazadas que han sufrido **abuso físico durante la infancia** tienen un alto riesgo de ideación suicida (Zhang et al., 2020). La prevalencia de ideación suicida se multiplica por

casi el doble si éstas son **solteras** y han sufrido un **aborto inducido** durante ese año (Luo et al., 2018). Por otra parte, otro estudio con embarazadas chinas también encuentra que la **exposición pasiva al tabaco** se asocia con la mayor probabilidad de presentar ideación suicida, respecto a las mujeres no expuestas al tabaco (Weng et al., 2016). Además, en un trabajo con adolescentes malasias embarazadas, se relaciona la **creencia religiosa de que las relaciones sexuales prematrimoniales son algo incorrecto** con mayor ideación suicida (Chan et al., 2016). Por su parte, otro estudio realizado en este caso con mujeres indias señala que la **edad más joven**, el **apoyo percibido deficiente**, la **violencia de la pareja**, los **síntomas depresivos** y los antecedentes de **intento de suicidio**, son factores que predicen la ideación suicida durante el embarazo (Supraja et al., 2016).

Las particularidades del continente **africano** hacen interesante conocer qué dice la literatura científica sobre la ideación suicida en las mujeres embarazadas africanas. Así, en mujeres embarazadas sudafricanas, la ideación suicida se asocia con: padecer un **episodio depresivo mayor** o un **trastorno de ansiedad**, tener un **nivel socioeconómico bajo**, sufrir **inseguridad alimentaria**, **violencia interpersonal**, la **multipartidad** y el **intento de suicidio previo** a lo largo de su vida (Onah et al., 2017). En otra investigación con mujeres embarazadas zimbabuenses, se encuentra que aquellas que dicen presentar ideación suicida, tienden a: ser más **jóvenes**, estar **solteras**, experimentar **hambre**, tener un **estrés** elevado y **síntomas de depresión** (Mebrahtu et al., 2020). En otro estudio también realizado con mujeres africanas, la ideación suicida se asocia con la **violencia emocional de la pareja** (y lo hace en mayor medida que la violencia física o sexual por parte de esta) (Shamu et al., 2016). En el caso de las adolescentes embarazadas kenianas, otro trabajo encuentra que el **bajo estatus económico** y la **violencia de la pareja** son factores que se asocian con la ideación suicida (Musyimi et al., 2020). En otro estudio, realizado con mujeres embarazadas sudafricanas, también se encuentran como factores de riesgo de ideación suicida: los trastornos psiquiátricos (depresión y/o ansiedad), el bajo nivel socioeconómico, la inseguridad alimentaria, la violencia interpersonal y los intentos de suicidio previos (Onah et al., 2017).

Se dispone de otros estudios con mujeres embarazadas africanas que padecen **VIH**. Rodríguez et al. (2018) encuentran que la **violencia de la pareja** y la **depresión** predicen la ideación suicida en mujeres sudafricanas con VIH. Asociado a lo anterior, la ideación suicida en embarazadas sudafricanas con VIH se asocia con la violencia y la **estigmatización** por parte de la pareja (Rodríguez et al., 2017). La depresión, el **estado serológico no revelado** y el **embarazo no planificado** son factores que se asocian

también significativamente con la ideación suicida en mujeres etíopes con VIH (Zewdu et al., 2021).

Tabla 2

Resumen de los factores de riesgo de la ideación suicida materna según el área geográfica.

FACTORES DE RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA MATERNA SEGÚN LA REGIÓN	
Estadounidenses	<ul style="list-style-type: none"> - Historia de depresión, ansiedad y/o pánico - Presentar rumia negativa - Tener insomnio - Ser negra - Tener bajos ingresos - Embarazo no planeado - Educación inferior a 12 años - Ausencia de pareja - Consumir tabaco y/u otras drogas - Condiciones de salud negativas y crónicas - Sufrir violencia de género
Europeas	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades con el sueño relacionadas con estrés - Ansiedad y/o depresión - Ser joven - Multiparidad
Latinas	<ul style="list-style-type: none"> - Mala calidad del sueño - Historia de abuso infantil - Hospitalización debida a alto riesgo obstétrico - Bajos ingresos - Comorbilidad o historia psiquiátrica - Estar soltera - Fumar
Asiáticas	<ul style="list-style-type: none"> - Abuso físico durante la infancia - Soltera - Historia de aborto inducido - Exposición pasiva al tabaco - Creencia religiosa de que las relaciones sexuales prematrimoniales son algo incorrecto - Joven - Apoyo percibido deficiente - Violencia de género - Síntomas depresivos - Intento de suicidio previo

Continúa en la siguiente página

Africanas	<ul style="list-style-type: none"> - Síntomas depresivos, episodio depresivo mayor o trastorno de ansiedad - Nivel socioeconómico bajo - Inseguridad alimentaria o hambre - Violencia interpersonal y de pareja - Multiparidad - Intento de suicidio previo - VIH - Joven - Soltera - Sufrir estrés
------------------	---

Si bien se han podido describir los factores de riesgo de la ideación suicida durante el embarazo en mujeres europeas no españolas y en gestantes latinoamericanas, por ahora en la literatura científica faltan datos al respecto en mujeres españolas.

1.5.2. LA AUSENCIA DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO COMO FACTOR DE RIESGO DE LA IDEACIÓN SUICIDA DURANTE EL EMBARAZO.

La maternidad es un momento en la vida de las mujeres en el que se necesita especialmente el apoyo del entorno social, para **mitigar las demandas** que requieren el periodo de gestación y el posparto inmediato. El nacimiento del bebé implicará importantes cambios para la mujer y su entorno. Después del nacimiento de un hijo, las mujeres reducirán significativamente sus interacciones sociales en los lugares cotidianos y en los puestos de trabajo, a la vez que aumentará su necesidad de apoyo y ayuda por parte de sus parejas sentimentales (Fisher, 2016). Así, las mujeres necesitan especialmente en ese momento disponer de apoyo real de su entorno social y también percibir que éste se da.

El apoyo social percibido se entiende como la **valoración cognitiva** que hace la persona de estar conectada de manera fiable con otros (Gómez et al., 2001). Este factor ha demostrado tener más impacto sobre la salud y el bienestar que el apoyo social que en efecto se recibe (Barrón y Chacón, 1992; Sandín, 2003). Un mayor apoyo social percibido predice significativamente mejor salud y mayor calidad de vida percibida en las embarazadas (Guarino et al., 2013).

En estudios realizados previamente con muestras no españolas, [Nnachebe et al. \(2017\)](#) encuentran que a medida que aumenta la percepción de apoyo social, se reduce la ideación suicida en mujeres africanas. Se evidencian también la falta de apoyo de la pareja y la familia como factores que incrementan el riesgo de ideación suicida en gestantes mejicanas ([Lara y Letechipía, 2009](#)). No se han encontrado datos respecto al análisis del apoyo social percibido con relación a la ideación suicida en mujeres embarazadas españolas.

1.5.3. LOS FACTORES DE PROTECCIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDA DURANTE EL EMBARAZO.

Muchas intervenciones de prevención del suicidio se orientan hacia la reducción de los factores de riesgo, pero es igualmente importante considerar y potenciar los factores que han demostrado aumentar la capacidad de recuperación de las dificultades (**resiliencia**) y de conexión con la vida. Una atención seria y sincera a las crisis y conductas suicidas dentro del sistema sanitario debe ayudar a las personas a solucionar los problemas de su vida, atender a las razones para desear morir y potenciar los factores de protección ([González et al., 2021](#)).

No se han descrito factores de protección específicos para la conducta suicida durante la maternidad, más allá de los conocidos para la población general: relaciones personales sólidas con apoyo social, emocional y financiero; creencias religiosas, espirituales o culturales; estabilidad emocional, bienestar, autoestima y optimismo; habilidades personales (resolución de problemas y solución de conflictos); existencia de hijos pequeños a los que cuidar; estilo de vida saludable; y acceso a intervenciones clínicas y apoyo en la búsqueda de ayuda profesional ([OMS, 2022](#); [Turecki et al., 2019](#)).

Al hilo del apartado anterior, sería interesante conocer si el apoyo social percibido (de la familia, la pareja o las amistades) funciona como factor protector de la ideación suicida durante el embarazo.

1.6. LA REALIDAD SOCIOCULTURAL DE LA IDEACIÓN SUICIDA DURANTE EL EMBARAZO.

Rodríguez-Muñoz y Al-Halabí (2022) señalan que la conducta suicida es un fenómeno **multifactorial, plural, interactivo, dinámico y contextual-existencial** y que sin embargo, a pesar de ser un **grave problema de salud pública** prevenible mediante las intervenciones oportunas, persisten muchos mitos y tabús que suponen una barrera para su prevención y para que las personas que luchan contra las ideas y conductas de suicidio busquen ayuda. El abordaje de la conducta suicida requiere **coordinación y colaboración entre múltiples sectores de la sociedad**, incluidos el de la salud, la educación, los medios de comunicación, organismos de acción social, etc. Estos esfuerzos deben ser sinérgicos y estar integrados, porque ningún abordaje singular es suficiente para una cuestión tan compleja como la del suicidio. Es necesaria la sensibilización, información y formación para abordar este fenómeno humano, que ha estado presente a lo largo de toda la historia y de todas las culturas.

Internacionalmente, el suicidio provoca en torno a **800.000 muertes en el mundo**, más que las guerras y los homicidios juntos. Cada 40 segundos una persona muere por suicidio en el mundo (Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2022). El **suicidio** es un problema de **salud pública** en España, siendo que el suicidio es la principal causa externa de muerte en nuestro país, duplicando a los accidentes de tráfico, multiplicando por 13 los homicidios y por 67 la violencia de género. De hecho, en España, fallecen por suicidio 10 personas al día, 1 cada 2,5 horas (Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2022).

Aún con todo, España posee unas tasas de suicidios significativamente menores que otros países, en una lista que encabezan algunos países exsoviéticos (**Lituania, Latvia, Eslovenia y Hungría**) y orientales (**Corea del Sur, Japón**). En Europa Occidental, destacan **Bélgica, Finlandia y Francia** (país en el que se registra una media de un suicidio cada hora). En su parte más baja (tasas <6/100.000 hab.) se sitúan Sudáfrica, algunos países mediterráneos (Turquía, Grecia, Italia) y sudamericanos (Colombia, México, Brasil), aunque hay que destacar que los sistemas de registro estadístico no siguen los mismos criterios en todos ellos (Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo, 2022).

Siguiendo con el enfoque de las investigadoras Rodríguez-Muñoz y Al-Halabí (2022), la **maternidad** no debería suponer una amenaza para el bienestar de las mujeres.

Sin embargo, las cifras hablan por sí mismas y reflejan que **supone un riesgo para la “salud”**, en sentido amplio, como un todo que engloba el bienestar físico, el bienestar mental y el bienestar social, en la que se integran la adaptación a su entorno biológico y sociocultural, el equilibrio físico y emocional, y los aspectos relacionales entre cada individuo y la sociedad. Para poder recibir y responder a las necesidades de sus bebés, las madres necesitan sentirse preparadas física y emocionalmente. Si el sistema de salud las apoya a ellas, ellas podrán volcarse y favorecer el desarrollo emocional positivo de sus bebés. Sin embargo, los sistemas de salud no siempre son capaces de **ofrecer el apoyo y los recursos** que las mujeres necesitan. Además, **la maternidad no es igual para todas las mujeres**, ni su valor es idéntico en todas las culturas. Lejos de la idea de que se trata de un periodo de júbilo y de bienestar emocional, dicho valor dependerá –en buena medida– del significado y el sentido que tenga para cada mujer, de su situación personal y familiar, del apoyo recibido por la pareja, de su experiencia previa, de la presencia de problemas de salud, de los recursos económicos o de sus expectativas, entre otros aspectos.

Sí parece claro que los mitos acerca del amor inmediato hacia los hijos recién nacidos suponen una importante barrera para que las mujeres pidan ayuda o consigan los recursos que necesitarían para afrontar una crisis suicida. Posiblemente nos encontramos ante un doble mito o estigma: el que habitualmente acompaña al suicidio en forma de silencio y ocultamiento y el hecho de que se produzca en una etapa de la vida que debería ser –**¿obligatoriamente?**– **feliz**. Sirva de ejemplo una idea que –pretendiendo ser sarcástica– resulta familiar, casi natural: “*la maternidad es la época más feliz en la vida de una mujer y lo compensa todo*” (Al-Halabí et al., 2021). Tanto el suicidio como la maternidad son hechos, pero también constructos históricos y culturales. ¿Es posible una maternidad feliz (sea eso lo que fuere) y exenta de problemas? Por supuesto que sí. Pero no para todas las mujeres o, al menos, **no asumiendo o “naturalizando” el embarazo como un acontecimiento necesariamente bienaventurado**. Después del nacimiento de un hijo, las mujeres **reducen significativamente sus interacciones sociales** en los lugares cotidianos y en el trabajo, a la vez que **aumenta la necesidad de apoyo y ayuda** por parte de su entorno (Fisher, 2016). Este escenario puede resultar problemático si la relación de pareja no es buena o está basada en la crítica, el control o la violencia. Al mismo tiempo, **cuidar de un bebé** es una tarea que requiere de numerosas habilidades y pocas madres se sienten perfectamente competentes para cuidar de sus hijos, especialmente si son bebés con llanto persistente u otras dificultades. Se trata, por tanto,

de un **proceso íntimo de transformación** que supone un esfuerzo de integración y que nunca está libre de dificultad. Pueden existir, por ejemplo, **conflictos para integrar las propias decisiones y el proyecto profesional**, lo que puede originar dilemas y crisis. Todas estas dificultades se acompañan de **experiencias de malestar, ansiedad, tristeza, fatiga, rabia o problemas de concentración** que son comprensibles por el propio estado biológico del embarazo. Asimismo, también pueden configurar un bucle de sufrimiento y soledad, a su vez vivido con culpa y vergüenza, que deriven en la sensación de fracaso para ser “buena madre”. Estas situaciones pueden redundar en que las mujeres se sientan **atrapadas, aisladas y vulnerables**. Siendo así, se reclama la necesidad de que todos, profesionales de la salud perinatal y sociedad, permanezcamos atentos y nos alejemos de la prescripción de felicidad obligatoria. La idea implícita, vivida por muchas mujeres como mandato social, de que deberían encontrarse en una de las etapas más felices de su vida puede forjar una enorme culpa y vergüenza que impida expresar sus miedos y sus ideas de muerte.

En los países desarrollados, la **primera causa de muerte de las mujeres durante el periodo perinatal** (embarazo y posparto) es el suicidio (Gelaye et al., 2016). Un creciente cuerpo de conocimiento señala que la **prevalencia de pensamientos de suicidio puede ser incluso mayor entre las mujeres embarazadas** que en la población general de mujeres (Khalifeh et al., 2016). Es más, la investigación reciente sugiere que la presencia de **pensamientos de suicidio es un fenómeno relativamente común** del embarazo (Gelaye et al., 2016).

Varios autores sostienen que el periodo preparto representa un momento sensible y una oportunidad importante para la **prevención de la conducta suicida** (Onah et al., 2017). En todo caso, este tipo de conductas suicidas, como cualquier fenómeno psicológico, no ocurre en un vacío contextual ni emerge como un problema intrapsíquico. Por el contrario, estaría incrustado en una vida donde el **engranaje** de los discursos dominantes, los conflictos identitarios y la falta de apoyo social juegan un papel fundamental. Antes que un problema clínico, que también lo es, estamos ante un **drama vital y personal** anclado a unas circunstancias particulares y a la valencia psicológica que la maternidad tenga para cada mujer (Al-Halabí et al., 2021). Estamos ante un problema social y existencial de primer nivel. No obstante, se puede aprender a afrontar los pensamientos suicidas con recursos y estrategias de afrontamiento.

Existen diferencias en cuanto a la **prevalencia de ideación suicida** durante el embarazo, según el **área geográfica donde se realice el estudio**. Así, la prevalencia de

ideación suicida durante el embarazo se encuentra a nivel internacional **entre el 2,73% (en países europeos), el 8,5-15,8% (en países de América Latina) y el 39% (en mujeres africanas)**. Esto tiene que ver con distintos factores sociodemográficos asociados.

Se encuentran unos factores de riesgo u otros dependiendo de la realidad sociocultural y particularmente con las **desigualdades sociales**. La ideación suicida entre las mujeres embarazadas es mayor entre las de **etnia no caucásica** que entre las caucásicas, así como entre las de **bajos ingresos** (Zhong et al. 2016a), en aquellas que experimentan **violencia de pareja** y tienen un **nivel formativo menor** (Gelaye et al. 2016), en las más **jóvenes** y las que cuentan con **falta de apoyo percibido** (Supraja et al. 2016; Rodríguez et al. 2018), las que sufren **inseguridad alimentaria** (Onah et al., 2017) o que **han experimentado hambre** (Mebrahtu et al., 2020). También **algunas creencias religiosas** predisponen a un mayor riesgo (Chan et al. 2016).

Además, las condiciones clínicas se pueden ver variadas en función del país donde la mujer se desarrolle siendo que, **en sociedades más tendentes a la ansiedad, el estrés, la depresión o el insomnio**, se puede ver incrementado el riesgo de ideación suicida durante el embarazo, al ser estas condiciones asociadas (Gelaye et al. 2016; Gelaye et al. 2017; Kalmbach et al. 2020; Mebrahtu et al. 2020; Mikšić et al. 2018; Palagini et al. 2019; Onah et al. 2017; Supraja et al. 2016).

También en las sociedades donde el **maltrato y el abuso infantiles** son más prevalentes, es más probable la ideación suicida durante el embarazo (Levey et al. 2019; Zhang et al. 2020; Zhong et al. 2016b; Zhong et al. 2016b). Igualmente, es relevante la distinta importancia que dan unas sociedades y otras a la **salud gestacional y los recursos que destinan a cuidarla**. También la mayor o menor presencia de **abortos inducidos** o si la sociedad es propensa a la **multiparidad** son condiciones que pueden afectar, dado que ambas son condiciones que se asocian a la mayor probabilidad de ideación suicida durante el embarazo (Luo et al., 2018; Onah et al., 2017). Además, **sociedades fumadoras** o con menor erradicación del **VIH** podrían ser más propensas a la ideación suicida durante el embarazo (Rodríguez et al., 2018; Rodríguez et al. 2017; Suzuki et al. 2019; Weng et al., 2016; Zewdu et al. 2021).

1.7. HERRAMIENTAS PARA LA DETECCIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDA DURANTE EL EMBARAZO.

La **Organización Mundial de la Salud [OMS]** alentó en 2014 en el informe “*Prevención del suicidio: un imperativo mundial*” a los países a proseguir el buen trabajo que ya está en curso y asignar a la prevención del suicidio una **prioridad alta** en sus programas. Subrayó que, mediante intervenciones oportunas y eficaces basadas en datos científicos, tratamiento y apoyo, pueden prevenirse los suicidios (OMS, 2022). El **Servicio Andaluz de Salud** ha realizado en 2010 unas “*Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención en Conducta Suicida*”, donde subraya la importancia de la **detección precoz y la intervención temprana** para las personas en riesgo. También incluye sensibilizar e informar al personal sanitario sobre la detección y correcta valoración del riesgo suicida; otorgándoles herramientas suficientes para contener la situación, intervenir y proceder a una adecuada e individualizada derivación, según sea el caso (Servicio Andaluz de Salud, 2022).

Para la detección e identificación temprana de la conducta suicida son necesarios los **screening**. En población general, ha sido validada en español la **Escala de calificación de gravedad del suicidio de Columbia (C-SSRS)**, que es un instrumento confiable y válido para evaluar la ideación y el comportamiento suicidas en la práctica clínica diaria y en los entornos de investigación (Al-Halabí et al., 2016). También son de destacar las **herramientas digitales** de evaluación ambulatoria, que suponen un procedimiento sistemático de observación individualizada, permitiendo monitorizar si la ideación suicida es activa o pasiva, conocer los afectos de la persona en su contexto real, sus cogniciones y estados mentales, así como poder hacer el seguimiento de cómo evoluciona. Esta evaluación momentánea, en tiempo real, permite un registro más global de la ideación suicida de la persona y aporta gran validez ecológica. “**PREVENSUIC**” es la primera aplicación española para prevenir el suicidio (Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2022). También se ha desarrollado una herramienta, el **Patient Safety Screener (PSS-3)**, para la detección del riesgo suicida por parte de profesionales no especializados en salud mental en cualquier tipo de población, incluido el ámbito de urgencias, de fácil aplicación, ya que se compone de tres ítems que evalúan síntomas depresivos, ideación suicida actual e intentos de suicidio (Boudreaux et al., 2015).

En esta misma línea y aplicado al ámbito de la salud gestacional, el **Centro de Excelencia Perinatal [COPE]** pone su acento en el cribado de síntomas negativos

relacionados con la salud mental materna y la importancia del abordaje de potenciales factores de riesgo (COPE, 2022). También la organización independiente sin ánimo de lucro **Socios de Calidad de la Salud de Massachusetts [MHQP]**, creada para promover mejoras en la atención a la salud, propone en sus “*Pautas de Cuidado Perinatal*” administrar alguna herramienta de cribado validada, como la EPDS, el PHQ-9 o el PHQ-2 (MHQP, 2022). El **Instituto Nacional para la Calidad de la Sanidad y de la Asistencia [NICE]** reconoce los problemas de salud mental durante el embarazo y recomienda al profesional de la salud considerar hacer preguntas de identificación de posibles afectaciones en la salud mental de la mujer (NICE, 2022). La OMS ha lanzado en 2016 su primera **Guía SMART**, centrada en la atención prenatal, con información y recomendaciones prácticas de salud física y mental para los profesionales, para potenciar una experiencia de embarazo positiva (OMS, 2022). En nuestro contexto inmediato, la **Guía de Práctica Clínica de Atención en el Embarazo y Puerperio** (2014) se preocupa por indicar la evidencia de las distintas herramientas para la detección de trastornos mentales durante el periodo perinatal, sugiriendo tomar como punto de referencia para el diagnóstico de depresión posparto la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Atención en el Embarazo y Puerperio, 2022).

Parece que en la esfera internacional los investigadores se decantan por utilizar para la detección de ideación suicida en embarazadas, o bien el **ítem 10 de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS)** (Mebrahtu et al., 2020; Tabb et al., 2019), o bien el **ítem 9 del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9)** (Gelaye et al. 2017; 2019; Zhang et al., 2020; Zhong et al. 2016b). Resulta de elección este último, dado que otros cuestionarios utilizados cuentan con menor consenso internacional que el PHQ-9 para su uso como herramientas de *screening* en los centros de atención primaria y en los entornos hospitalarios (Diez-Quevedo et al., 2001; Pinto-Meza et al., 2005). La escala de Edimburgo [EPDS] no mide algunas características importantes para el periodo perinatal (p.e. irritabilidad, soledad, confusión mental o pérdida de la autoestima). Además, trabajos empíricos demuestran que el ítem 9 del PHQ-9 identifica a un mayor número de personas con ideación suicida de lo que lo hace el ítem 10 de la EPDS (Zhong et al., 2015). Por tanto, el PHQ-9 ha demostrado ampliamente su utilidad como *screening* de la conducta suicida (Simon et al., 2013).

Además de la detección de la existencia de ideación suicida en la mujer, es importante analizar aquellos factores de riesgo que hacen más probable que esta se dé. El

Postpartum Depression Predictors Inventory – Revised (PDPI-R) es una herramienta que incluye los factores de riesgo más relevantes descritos en la literatura y ha sido ampliamente utilizado en diferentes contextos de mujeres embarazadas, tanto en españolas (Rodríguez-Muñoz et al., 2017) o en mejicanas (Ibarra-Yruegas et al., 2016), como en japonesas (Ikeda y Kamibeppu, 2013). La **versión antenatal** ha sido validada en mujeres embarazadas españolas y su administración en el periodo prenatal muestra excelentes propiedades predictivas (Rodríguez-Muñoz et al., 2017).

Los cuestionarios autoadministrados son un complemento ideal de la entrevista, pero nunca han de sustituirla. El **módulo de suicidio de la entrevista Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)** permite evaluar los comportamientos suicidas en el último mes (Sheehan et al., 1998) y se ha utilizado previamente para medir el riesgo de suicidio en embarazadas (Garman et al., 2019).

Con todo, resulta conveniente que todos los profesionales de la salud perinatal estén familiarizados para reconocer las señales que preceden a una crisis suicida (**disparadores o triggers**), las cuales pueden incluir situaciones personales, pensamientos, imágenes, emociones, sensaciones físicas u otras conductas (Stanley y Brown, 2012), como son: sentirse irritable, triste o cansada; pensamientos relacionados con la muerte; miedo a no ser buena madre o a que la pareja le abandone; etc.

Siendo que **la ideación suicida se considera uno de los principales predictores de los posteriores intentos de suicidio o del suicidio consumado (WHO, 2014)**, evaluar la ideación suicida con la mayor amplitud de miras posible debe constituir un asunto prioritario.

Por el momento, no se dispone de un modelo integral que vertebre todo el conocimiento disponible sobre la ideación suicida antes del parto y su abordaje.

1.7.1. UNA IMPORTANTE HERRAMIENTA PARA LA DETECCIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDA: EL ÍTEM 9 DEL CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE [PHQ-9].

El **cuestionario de salud del paciente [PHQ-9]** es una escala orientada específicamente a la de detección de depresión (Kroenke et al., 2001; Kroenke y Spitzer, 2002). Consta de 9 ítems que se ajusta a criterios del **Manual Diagnóstico y Estadístico**

de los Trastornos Mentales [DSM] para evaluar la existencia del trastorno depresivo mayor. El PHQ-9 fue diseñado siguiendo los criterios establecidos por la Asociación Psiquiátrica Americana [APA] en la IV edición del Manual de Diagnóstico y Seguimiento de los trastornos mentales DSM-IV (Huang et al., 2006; Lowe et al., 2004) y su estructura sigue siendo adecuada a su edición actualizada **DSM-5** (Mitchell et al., 2012).

En la Ilustración 1 se muestra el aspecto del cuestionario, que puede consultarse en el Anexo I. En él se cuestiona con qué frecuencia se ha experimentado en las dos

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)

A. Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
	0	1	2	3
1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sentirse desanimada, deprimida, o sin esperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Con problemas en dormir o en mantenerse dormida o en dormir demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sentirse cansada o tener poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tener poco apetito o comer en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sentir falta de amor propio – o que sea un fracaso o que decepcionara a sí misma o a su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta – o de lo contrario, está tan agitada o inquieto que se mueve mucho más de lo acostumbrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerta o de hacerse daño de alguna manera*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puntaje Total _____ =				

B. Si usted se identificó con cualquiera de estos problemas, ¿cuánto de difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?

Nada en absoluto Algo difícil Muy difícil Extremadamente difícil

C. Si estos problemas le han causado dificultad, ¿le han causado dificultad por dos años o más?

Sí, he tenido dificultad con estos problemas por dos años o más.
 No, no he tenido dificultad con estos problemas por dos años o más.

*Si tiene pensamientos de que es mejor estar muerta o hacerse daño en alguna manera, hable por favor con su médico

Número de síntomas: _____ Puntuación Total: _____

Ilustración 1 : PHQ 9

semanas previas a la evaluación: (1) anhedonia o falta de interés por hacer las cosas; (2) estado de ánimo deprimido; (3) insomnio o hipersomnias; (4) fatiga o pérdida de energía; (5) trastornos del apetito; (6) culpa o inutilidad; (7) problemas para concentrarse, (8) agitación o retraso psicomotor; o (9) **pensamientos suicidas o de hacerse daño**.

Es una herramienta de autoevaluación simple y rápida y puede aplicarse tanto en atención primaria como en el ámbito obstétrico (Liu et al., 2011; Petersen et al., 2015; Zhong et al., 2014a). El cuestionario ha sido validado y utilizado en diferentes contextos y en diferentes idiomas,

incluido el español (Diez-Quevedo et al., 2001; Familiar et al., 2015; Merz et al., 2011; Pinto-Meza et al., 2005; Zhong et al., 2014b), presentando buenas propiedades psicométricas con diferentes poblaciones y entornos de pacientes (Gilbody et al., 2007). Los ítems se valoran de 0 a 3. Las puntuaciones más elevadas corresponden a una sintomatología más severa (Kroenke y Spitzer, 2002; Manea et al., 2012; 2015).

Sidebottom y col. (2012) realizaron la primera validación del PHQ-9 entre mujeres embarazadas de habla inglesa. Posteriormente, se mostraron sus buenas propiedades psicométricas de la versión en español con embarazadas hispanas (Lara et al., 2015; Marcos-Nájera et al., 2018).

1.7.2. UN INSTRUMENTO RELEVANTE PARA ANALIZAR LOS FACTORES DE RIESGO DE LA IDEACIÓN SUICIDA DURANTE EL EMBARAZO: EL INVENTARIO REVISADO DE PREDICTORES DE DEPRESIÓN POSPARTO [PDPI-R].

El Inventario Revisado de Predictores de Depresión Posparto (Postpartum Depression Predictors Inventory – [PDPI-R]) está ampliamente reconocido y puede ser utilizado a lo largo del período perinatal (Oppo et al., 2009). Sus propiedades y la capacidad predictiva han sido previamente contratadas (Records et al., 2007; Oppo et al., 2009; Ikeda, y Kamibeppu, 2013). Y ha sido validado en España (Rodríguez-Muñoz et al., 2017).

Contempla aspectos como tener pareja, el estatus socioeconómico [SES] o la planificación del embarazo. Evalúa la historia de depresión previa, la autoestima, el apoyo social, la satisfacción matrimonial y los acontecimientos vitales estresantes. Cuantos más factores se detecten, mayor podría ser la probabilidad de sufrir ideación suicida. En la Ilustración 2 se muestra el aspecto del inventario. El formulario y el detalle de los ítems que la componen pueden consultarse en el Anexo II.

The image shows a questionnaire titled 'CUESTIONARIO DE PREDICTORES DE LA DEPRESION POSTPARTO Versión Prenatal'. It is a form with various sections and questions. The sections include:

- Adaptación:** Questions about how well the respondent adapts to pregnancy and how they feel about the pregnancy.
- Depresión Prenatal:** Questions about whether the respondent has ever felt depressed during pregnancy, how long it lasted, and how severe it was.
- Ansiedad Prenatal:** Questions about whether the respondent has ever felt anxious during pregnancy and how long it lasted.
- Embarazo no planificado/deseado:** Questions about whether the respondent planned the pregnancy and if they wanted it.
- Historia de Depresión:** Questions about whether the respondent has ever felt depressed before pregnancy and if they were ever prescribed medication for depression.
- Apoyo Social:** Questions about whether the respondent receives adequate emotional support from their partner, family, and friends.
- Familia:** Questions about whether the respondent receives adequate emotional support from their family.
- Amistades:** Questions about whether the respondent receives adequate emotional support from their friends.
- Satisfacción Matrimonial/Pareja:** Questions about whether the respondent is satisfied with their marriage or relationship and if there are marital problems.
- Eventos de Estrés de la Vida:** A list of life stressors such as financial problems, family problems, death of a family member, divorce, illness of a family member, miscarriage, and job change.

Ilustración 2: PDPI-R

1.7.3. PARA UNA MEJOR COMPRENSIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDA: EL MÓDULO DE SUICIDIO DE LA ENTREVISTA MINI – INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW.

Entre los múltiples factores de riesgo que predicen la ideación suicida materna, hay muchos **aspectos no incluidos en el PDIP-R**, por ello se contempla incluir también el **módulo de suicidio de la entrevista Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)**.

La Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) es una entrevista de diagnóstico estructurada, cuyo módulo de suicidalidad **comprende 13 preguntas que cubren una variedad de conductas suicidas**, incluidas la ideación y la autolesión. Las puntuaciones van de 0 a 76; puntuaciones más altas sugieren un mayor riesgo de suicidio. Según las directrices MINI, una puntuación de 9 a 16 sugiere un riesgo moderado de suicidio, mientras que una puntuación de 17 o más sugiere un riesgo alto (Sheehan et al., 2010). Para el propósito de detectar la ideación suicida, el resultado principal ha de ser una **puntuación de 9 o más**, lo que denota un **riesgo suicida** moderado. También se ha de tomar nota de las respuestas de las participantes a los elementos relacionados con la presencia de ideas, planes o intentos en el último mes. En la Ilustración 3 se muestra el aspecto del módulo. El detalle de los ítems que lo componen puede consultarse en el Anexo III.

B. SUICIDALIDAD (IDEACIÓN SUICIDA, COMPORTAMIENTO AUTOLESIVO Y SUICIDA)															
			Puntos												
En el último mes:															
B1	¿Sufrió algún accidente? Esto incluye tomar accidentalmente más de la dosis necesaria de su medicamento. SI RESPONDIÓ NO A LA B1, PASE A LA B2; SI RESPONDIÓ SÍ, HAGA LA PREGUNTA B1a:	NO SÍ	0												
B1 a	¿Planeó o tuvo la intención de hacerse daño en algún accidente, ya sea de forma activa o de pasiva (por ejemplo, no evitando un peligro)? SI RESPONDIÓ NO A LA B1a, PASE A LA B2; SI RESPONDIÓ SÍ, HAGA LA PREGUNTA B1b:	NO SÍ	0												
B1 b	¿Tuvo la intención de morir como resultado de algún accidente?	NO SÍ	0												
B2	¿Se sintió sin esperanza?	NO SÍ	1												
B3	¿Pensó que sería mejor estar muerto/a o deseó estar muerto/a?	NO SÍ	1												
B4	¿Pensó en lastimarse o herirse a sí mismo/a o se ha imaginado haciéndose daño, con al menos alguna intención o conciencia de que podría morir como resultado de estas acciones?	NO SÍ	4												
B5	¿Pensó en el suicidio (en matarse)? SI RESPONDIÓ NO A LA B5, PASE A LA B7. DE LO CONTRARIO, PREGUNTE:	NO SÍ	6												
Frecuencia Intensidad															
<table border="1"> <tr> <td>Ocasionalmente</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Leve</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Frecuentemente</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Moderada</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Muy frecuentemente</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Severa</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				Ocasionalmente	<input type="checkbox"/>	Leve	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>	Muy frecuentemente	<input type="checkbox"/>	Severa	<input type="checkbox"/>
Ocasionalmente	<input type="checkbox"/>	Leve	<input type="checkbox"/>												
Frecuentemente	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>												
Muy frecuentemente	<input type="checkbox"/>	Severa	<input type="checkbox"/>												
B6	¿Tiene usted dificultad para reprimirse de llevar a cabo estos impulsos?	NO SÍ	8												
B7	¿Pensó en un método para suicidarse (por ejemplo, cómo)?	NO SÍ	8												
B8	¿Pensó en un plan para suicidarse (por ejemplo, cuándo o dónde)?	NO SÍ	8												
B9	¿Tuvo la intención de llevar a cabo los pensamientos de quitarse la vida?	NO SÍ	8												
B10	¿Tuvo la intención de morir como resultado de un acto suicida?	NO SÍ	8												
B11	¿Tomó pasos concretos en preparación para lastimarse o para un intento de suicidio en el que esperaba o intentaba morir? Esto incluye las veces en que iba a quitarse la vida, pero lo interrumpieron o se detuvo a sí mismo, antes de hacerse daño. SI RESPONDIÓ NO A LA B11, PASE A LA B12.	NO SÍ	9												
B11 a	¿Tomó medidas activas para prepararse para quitarse la vida pero no inició el intento de suicidio?	NO SÍ													
B11 b	¿Inició un intento de suicidio, pero, usted se detuvo a sí mismo/a antes de hacerse daño (intento abortado)?	NO SÍ													
B11 c	¿Inició un intento de suicidio, pero alguien o algo le detuvo antes de hacerse daño (intento interrumpido)?	NO SÍ													
B12	¿Se lastimó a propósito sin tener la intención de matarse?	NO SÍ	4												

Ilustración 3: Módulo suicidalidad MINI

Esta línea de investigación despertó nuestro interés y por ello, como parte de esa tesis doctoral, nos propusimos elaborar un **protocolo elaborado con el fin de identificar y manejar la ideación suicida en mujeres embarazadas** residentes en España que contemplase estas herramientas de detección.

1.8. POR QUÉ ES NECESARIO UN PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE LA IDEACIÓN SUICIDA DURANTE EL EMBARAZO.

La **Organización Mundial de la Salud (OMS)** ha destacado la importancia de establecer **políticas preventivas** para diferentes grupos vulnerables, entre los que se encuentran las embarazadas ([Organización Mundial de la Salud, 2022](#)). Un **cribado** de la ideación suicida en la población de mujeres embarazadas permitiría establecer medidas preventivas al respecto, recogiendo así las indicaciones de la OMS.

Resulta necesaria la creación de protocolos que tenga presente el concepto de **coste-efectividad**, de tal forma que introducirlos como medidas preventivas podría suponer un ahorro de los costes para el sistema sanitario previsiblemente derivados de no tratar la condición en cuestión. Previamente, se ha puesto de manifiesto el **ahorro para el sistema sanitario** que supone realizar cribados, así como los efectos positivos de su aplicación en la mejora de la calidad de vida de las mujeres y sus familias ([Cost Association, 2022](#); [Paulden et al., 2009](#)).

La implementación de **cribados de suicidio** además de disminuir los intentos y las muertes por esta causa resulta rentable económicamente para el sistema de salud ([Dunlap et al., 2019](#)). Un cribado sistemático de la población discriminaría objetivamente qué **gestantes** requerirían de atención por riesgo de ideación suicida y permitiría actuar tempranamente con ellas. Diferentes instituciones internacionales han reconocido la trascendencia de realizar evaluaciones de la población en el periodo perinatal ([The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018](#); [O'Connor et al., 2016](#); [Earls and The Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family, 2010](#); [National Institute for Health and Clinical Excellence, 2014](#)). Todas estas recomendaciones señalan la necesidad de utilizar **herramientas de detección validadas**, entre las que se encuentran el *Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9)* ([Marcos – Nájera et al., 2018](#)) y

el *Postpartum Depression Predictors Inventory – Revised* (PDPI-R) (Beck et al., 2006; Rodríguez- Muñoz et al., 2017).

En el ámbito internacional, el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Columbia y el Instituto Psiquiátrico de Nueva York han elaborado el *Assess, Intervene, Monitor for Suicide Prevention (AIM-SP)*, un procedimiento de intervención comprensivo, basado en la evidencia científica, que permite evaluar, intervenir y monitorizar la prevención del suicidio en población general (Brodsky et al., 2018; Labouliere et al., 2018; Stanley y Brown, 2012). La **Organización Mundial de la Salud** cuenta con un **documento para la prevención del suicidio**, donde no se contemplan las peculiaridades del periodo del embarazo (World Health Organization, 2014). No obstante, el **Centro de Excelencia Perinatal (COPE)** australiano cuenta con una **guía de cuidado de la salud mental durante el periodo perinatal** que sí contempla el riesgo suicida y sus actuaciones asociadas (Centre of Perinatal Excellence, 2022). El **Instituto Nacional para la Calidad de la Sanidad y de la Asistencia [NICE]** también recomienda a los trabajadores de la salud ingleses, dentro de los cuidados en el embarazo, realizar una evaluación de riesgos que incluya posibles pensamientos e intenciones suicidas (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2022).

Bajo nuestro conocimiento, en **España** todavía no se ha desarrollado un protocolo específico de evaluación y manejo de la ideación suicida durante el embarazo. El **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad** ha elaborado la **Guía de Práctica Clínica en la Atención al Embarazo y el Puerperio** que, a pesar de dedicar un apartado a la salud mental durante el posparto, no contempla el abordaje de la ideación suicida durante el periodo perinatal (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Atención en el Embarazo y Puerperio, 2022). También el **Servicio Andaluz de Salud** ha elaborado una **guía de recomendaciones sobre la conducta suicida** en 2010, donde tampoco incluye una especificación para la población perinatal (Servicio Andaluz de Salud, 2022). Por su parte, la **Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)**, se centra en las exploraciones y tratamientos de distintas condiciones físicas durante el embarazo, el parto y el puerperio, pero no presta demasiada atención a la salud mental perinatal (más allá del abordaje de la pérdida perinatal, las posibles disfunciones sexuales, las adicciones o la violencia doméstica), no informando concretamente tampoco sobre cómo abordar la ideación suicida (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2022).

Como se recoge en el *Informe del Grupo de Trabajo Depresión y suicidio en Urgencias y Emergencias hospitalarias* realizado por la Fundación de Ciencias del

Medicamento y Productos Sanitarios [FUNDAMED] en 2021, la formación y concienciación sobre prevención del suicidio para todos los profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, auxiliares, celadores...) es clave. Además de lo anterior y como también se subraya, es preciso: *a)* diseñar herramientas sencillas y accesibles que permitan tener a mano una evaluación rápida del riesgo de suicidio; *b)* fomentar también entornos sanitarios adecuados para reducir el nivel de ansiedad y angustia de los pacientes, *c)* la formación de los profesionales para potenciar las competencias y habilidades en las personas con ideación suicida; *d)* guías de actuación específicas de la conducta suicida; y *e)* diseñar una herramienta sencilla y accesible que permita tener a mano una evaluación rápida de riesgo de suicidio en embarazadas (FUNDAMED, 2022).

No existe tampoco por el momento un **plan de prevención del suicidio de ámbito estatal**, a excepción del de Instituciones Penitenciarias, pero no se dispone de uno para población general. A falta de un marco estratégico estatal, las comunidades autónomas han desarrollado algunas iniciativas de destacada relevancia, como por ejemplo el **Protocolo de Detección y Manejo de Caso en Personas con Riesgo de Suicidio** de 2018 en Asturias (Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2022); o el **Programa Piloto de Prevención del Suicidio** en el Hospital 12 de Octubre y en la Fundación Jiménez Díaz en Madrid de 2020 (Navío y Pérez, 2022). Desde el ámbito académico, el **Centro de Psicología Aplicada (CPA) de la Universidad Autónoma de Madrid** ha elaborado en 2013 un **protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida** que, aunque resulta una guía muy útil para esta cuestión (Centro de Psicología Aplicada, 2022), no recoge especificaciones para la población de mujeres embarazadas.

Proporcionar ayuda, calidez y recursos a las personas con pensamientos de suicidio es un asunto de corresponsabilidad entre todos. Quizás sea un buen comienzo incrementar la formación en conducta suicida de todos los profesionales implicados en la Salud Perinatal. Y aún mejor, promulgar una ley nacional de prevención del suicidio que vertebrase todas las iniciativas eficaces señaladas por la literatura científica. (Al-Halabí, 2021).

Para el **abordaje** por parte del profesional de salud mental de la conducta suicida durante el embarazo, los estudios revisados apoyan la eficacia de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia dialéctico conductual. Además, se ha desarrollado un cuerpo de intervenciones breves para dar respuesta a las emergencias clínicas de las personas en situación de crisis suicida, siendo que los contactos de apoyo y seguimiento o el Plan de

Seguridad de Stanley y Brown son algunas de las intervenciones más efectivas (Al-Halabí y García-Haro, 2021).

La prevención y el tratamiento constituyen un importante **desafío para la salud pública** y, por ello, deberían guiar la investigación a la hora de desarrollar y poner en marcha protocolos de atención que mejoren los síntomas y la calidad de vida de las personas afectadas (Rodríguez-Muñoz et al., 2017). Son necesarias **intervenciones preventivas específicas estandarizadas** en esta área porque, independientemente de que el suicidio durante el embarazo y el posparto no tenga una alta prevalencia, las consecuencias son dramáticas y devastadoras para las familias y los hijos que pierden a sus madres (Lysell et al., 2018). Por eso, es necesaria la elaboración de un protocolo para el cribado e intervención con mujeres embarazadas que manifiestan ideación suicida. Siguiendo las recomendaciones internacionales, ha de proponerse una herramienta, que busque favorecer la salud mental de las mujeres. La utilidad radica en que, hasta el momento no se dispone de un documento estratégico para actuar frente a la ideación suicida en mujeres embarazadas de nuestro contexto, algo muy necesario.

Los **objetivos del desarrollo de un protocolo** de este tipo han de ser: *a)* incrementar la detección precoz de las mujeres con ideación suicida; *b)* establecer un abordaje terapéutico que homogenice la atención sanitaria de las mujeres con riesgo de suicidio; y *c)* disminuir la tentativa y la mortalidad por suicidio durante el embarazo. Se pretende desarrollar un protocolo basado en la evidencia para ayudar a mejorar la praxis psicológica, de tal forma que éste alcance a llegar a los Psicólogos que puedan atender a mujeres embarazadas, al menos en España. Desde un abordaje cognitivo-conductual, se ha de orientar su práctica profesional a la hora de intervenir en aquellas mujeres embarazadas con ideación suicida.

El **Protocolo de Identificación y Manejo de Casos ante Ideación Suicida en Mujeres Embazadas [IMISE-P]** ha sido desarrollado durante la elaboración de esta tesis doctoral con los objetivos anteriormente descritos (Castelao-Legazpi et al., 2021).

Se considera necesario continuar realizando **protocolos** que se incluyan en la atención sanitaria, que contribuyan a desarrollar y mantener sistemas de salud **coste-eficientes**, de tal forma que, desde una **atención multidisciplinar** a los problemas de Salud Mental, se articule cómo detectar e intervenir con las personas que así lo requieren.

1.9. REFLEXIÓN FILOSÓFICA SOBRE LA CUESTIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDA DURANTE EL EMBARAZO.

La maternidad entraña una gran complejidad **bio-psico-cultural** y las mejoras en este ámbito solo pueden venir del trabajo multidisciplinar. Como vienen subrayando [Al-Halabí et al. \(2019\)](#) y [Rodríguez-Muñoz \(2019\)](#), en la conducta suicida durante la maternidad, están presentes diversos factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, así como la **valencia psicológica** que la maternidad tenga para cada mujer. Así, el valor de la maternidad no es absoluto ni similar para todas las mujeres ni en todas las culturas, sino que lejos de la idea de que se trata de un periodo de júbilo y de bienestar emocional, dicho valor dependerá - en buena medida - de los valores y el significado que tenga para cada mujer, de su situación personal y familiar, del apoyo recibido por la pareja, de su experiencia previa, del apoyo social disponible, de la presencia de problemas de salud, de los recursos económicos disponibles, de sus expectativas sobre cómo será capaz de afrontar sus nuevas obligaciones, de la importancia de su nueva identidad como madre, etc.

Históricamente, parece que en la **Antigua Grecia** los dos grandes pensadores por antonomasia, Platón y Aristóteles no consideraron la maternidad como un asunto filosóficamente relevante. A pesar de que Platón tiene intenciones de que las mujeres de la ciudad nueva compartan equitativamente con los varones las mismas funciones civiles, su participación en la vida pública se ve coartada por ser "esposas privadas", debido a que la cuestión práctica de la lactancia y el embarazo no está regulada, no se confía a las mujeres con funciones continuas en cargos públicos. Además, la resintauración de los quehaceres domésticos privados responsabiliza a cada esposa del mantenimiento del hogar, y las madres participan mucho más en el cuidado de los niños pequeños. Para Platón es impensable que las mujeres, "esposas privadas", cumplan los mismos roles públicos. Por su parte, dado que Aristóteles percibe a la mujer como un instrumento, le asignó una escala de valores enteramente separada, siendo que la mujer se encuentra "naturalmente" ubicada en una posición inferior ([Pringle, 1993](#)).

Posteriormente, la maternidad ha sido entendida en el mundo occidental hasta hace bien poco como "la actividad por defecto de la mujer". No obstante, los movimientos feministas y la incorporación de la mujer al ámbito laboral (que se inició desde finales del siglo XIX empezando en Inglaterra y extendiéndose poco a poco por el resto de Europa en el siglo XX), han sustentado reflexiones y necesidades que rompieron con esa visión

de la maternidad (Villarme y Massó, 2015). La lucha de las mujeres por participar en el ámbito público y ganar derechos en lo privado (tanto con relación a su sexualidad como a su maternidad), ha dado sus frutos.

Hoy en día, el estudio de la maternidad es un campo nutrido por especialistas obstetras, ginecólogas, pediatras, médicas de familia, matronas, psicólogas, filósofas, antropólogas, abogadas, madres y padres..., que han contribuido al enriquecimiento mutuo de sus conocimientos y vivencias, visibilizando desde los datos concretos al contexto y desde las innovaciones que surgen del conocimiento a la experiencia individual y colectiva. Los cambios socioeconómicos, en la comunicación y en las relaciones de los últimos años están afectando a nuestra salud mental. Parece que la ideología individualista actualmente dominante primero promete a cada individuo que puede conseguir lo que se proponga y después le culpa si no lo consigue. La sociedad occidental “vende” la maternidad como un periodo **necesariamente “feliz”** y ante este imperativo, la mujer se encuentra frecuentemente confusa, en una carrera contra sí misma y contra los demás, negándose la oportunidad de pedir ayuda psicológica. Paulatinamente, también estamos rompiendo con esta concepción y desmitificando la maternidad. Cuestionando el mandato de la maternidad como una etapa necesariamente feliz, se ayuda a las mujeres a reducir su culpa y vergüenza, a expresar sus dudas, miedos e ideas de muerte, y a reducir su malestar. No es de extrañar que este se dé, dadas la prolongada privación de sueño de la embarazada y los cambios en su cotidianidad, en su cuerpo, en su trabajo, en su pareja, en su sexualidad, en definitiva, en su vida y en su identidad (Gelaye et al., 2017).

Dado que se sabe que el bajo nivel socioeconómico se asocia con diversidad de problemas de salud mental, incluida la mayor probabilidad de ideación suicida, corregir las desigualdades sociales es una necesidad para conseguir mejorar las condiciones de salud mental a nivel internacional. El acceso universal a los hospitales públicos en España hace que afortunadamente no haya grandes diferencias en el acceso a los cuidados médicos-obstétricos en función de variables socioeconómicas. No obstante, el cuidado a las gestantes no se agota en lo médico, siendo que contemplar y proporcionar recursos de **atención a la salud mental gestacional** es un asunto que progresivamente se va introduciendo en nuestro sistema.

Se encuentra abierto el debate sobre cuestiones relacionadas con el embarazo (infertilidad, aborto...), el parto (técnicas obstétricas), la alimentación (lactancia o leche de fórmula) y el sueño del bebé, entre otras que se continúan investigando y mejorando.

En este sentido, por un lado se encuentran los avances científicos en el área de la reproducción y la crianza humanas, y por el otro los aspectos sociales y éticos asociados. Nuestra reflexión es que **es necesario el debate, siempre que la práctica se base en la evidencia científica.**

1.10. INVESTIGACIÓN Y APORTACIONES ORIGINALES QUE SE ABORDAN EN ESTA TESIS.

La investigación comprende cuatro estudios principales que se han ido solapando en el tiempo y concluye con la elaboración del presente documento de tesis doctoral.

Los cuatro estudios siguen un mismo hilo conductor:

- En primer lugar, se realiza una revisión narrativa sobre el estado de la literatura a cerca de la ideación suicida durante el embarazo, identificando cuáles son los principales factores de riesgo, las prevalencias, los instrumentos de evaluación y las consecuencias de esta, encontrados en estudios previos internacionales.
- Posteriormente, enfocado en el modelo psicosocial, se aborda un estudio para conocer la prevalencia y los factores de riesgo de la ideación suicida durante el embarazo en España.
- Siendo que al estudiar los factores de riesgo de la ideación suicida durante el embarazo se encuentra que destaca la importancia del apoyo social percibido, un tercer estudio analiza esta cuestión en nuestro contexto.
- Por último, buscando la transferencia del conocimiento, se desarrolla un procedimiento aplicable para el *screening* y abordaje de la ideación suicida en embarazadas, que tiene en cuenta los resultados de los estudios anteriores, y que concluye con la publicación del Protocolo de Identificación y Manejo de la Ideación Suicida durante el Embarazado ([IMISE-P](#)).

En los siguientes capítulos, se presentan los objetivos, hipótesis, metodología, resultados, discusión y conclusiones de estos estudios.

Por último, en el capítulo 7, se presenta la conclusión derivada de todo el proceso de investigación de esta tesis doctoral, concretando las lecciones aprendidas y las claves de focalización para prevenir adecuadamente la conducta suicida perinatal.

**CAPÍTULO 2:
OBJETIVOS E
HIPÓTESIS**

2.1. OBJETIVOS.

El **objetivo general** consistirá en contribuir a la detección y el abordaje de la ideación suicida durante el embarazo, debido a su considerable prevalencia y a las consecuencias que puede tener, buscando disminuir el riesgo de que lleguen a consumarse los suicidios en mujeres embarazadas en España. Para llevar a cabo toda la investigación, se tomará como muestra a las mujeres embarazadas que acudieron a su revisión obstétrica rutinaria en dos hospitales públicos españoles de tercer nivel (HCSC y HUCA) entre los años 2014 y 2017.

Más concretamente, los **objetivos específicos** de la presente tesis serán los siguientes:

- Explorar en las bases de datos el conocimiento actualmente disponible respecto a la ideación suicida en embarazadas a nivel internacional.
- Evaluar la prevalencia de la ideación suicida en mujeres embarazadas que acudan a su revisión obstétrica rutinaria en dos hospitales públicos españoles de tercer nivel (HCSC y HUCA).
- Evaluar los factores de riesgo de la ideación suicida durante el embarazo en la anterior muestra.
- Analizar las puntuaciones obtenidas por las mujeres embarazadas con ideación suicida en el cuestionario PHQ-9 en sus tres dimensiones (síntomas somáticos, cognitivo-afectivos o puerperales), y evaluar si existen diferencias con las que no presentan ideación.
- Evaluar la importancia relativa de los distintos tipos de apoyo social percibido por parte de la familia, la pareja y las amistades, tanto emocional como práctico.
- Explorar si es posible la creación de un protocolo que tenga en cuenta lo anterior y oriente a los profesionales de la salud hacia la detección y abordaje de la ideación suicida en mujeres embarazadas en España. Específicamente, los objetivos perseguidos por el protocolo serán:
 - Integrar de forma coherente y precisa la información disponible basada en la evidencia del problema que nos ocupa, sistematizando de una manera detallada la conducta que debe seguirse en cada momento.
 - Incrementar la detección precoz de las mujeres embarazadas con ideación suicida.

2.2. HIPÓTESIS.

A continuación, se exponen las hipótesis correspondientes a cada uno de los estudios realizados:

a) Hipótesis del primer estudio

1. – En relación a los **resultados de estudios internacionales** sobre la ideación suicida durante el embarazo:

1.1. En la literatura internacional, se encontrará que la prevalencia de ideación suicida en muestras de mujeres embarazadas africanas será mucho más alta que en muestras de gestantes occidentales.

1.2. Se reportarán datos sobre factores de riesgo, donde las condiciones socioeconómicas desfavorables o el diagnóstico de depresión serán aspectos que hagan más probable que se dé ideación suicida en la mujer embarazada.

b) Hipótesis del segundo estudio

2. - En relación a la **prevalencia de ideación suicida** durante el embarazo:

2.1. Las participantes del estudio (mujeres embarazadas residiendo en España) presentarán una prevalencia de ideación suicida inferior a la población general española.

2.2. La prevalencia de ideación suicida en mujeres embarazadas en España será similar a la encontrada con gestantes en estudios realizados en otros países occidentales.

3.- En relación a los **factores de riesgo de la ideación suicida durante el embarazo:**

3.1. En el estudio, se encontrarán factores de riesgo que harán más probable la aparición de ideación suicida en las mujeres embarazadas en España, como el diagnóstico previo de depresión o la presencia de dificultades socioeconómicas.

C) Hipótesis del tercer estudio

4.- En relación a la **sintomatología depresiva** en embarazadas con ideación suicida:

4.1. Las mujeres con ideación suicida puntuarán más en todos los ítems del PHQ-9, tanto en los que miden sintomatología depresiva cognitivo-afectiva, como en aquellos que evalúan la carga somática o la puerperal.

5.- En relación a la influencia del **apoyo social percibido** en la ideación suicida durante el embarazo:

5.1. Las mujeres embarazadas con ideación suicida de la muestra percibirán menor apoyo social emocional y práctico de su entorno que aquellas que no refieran pensamientos suicidas.

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1. DISEÑO GENERAL.

Esta tesis se enmarca en el modelo psicosocial.

Los análisis que se realizan tratan de determinar, por una parte, la prevalencia de la ideación suicida durante el embarazo y por otra, buscan establecer las relaciones entre los diferentes factores de riesgo en la posible aparición de la misma.

Los cuatro estudios principales evalúan:

- Los **factores de riesgo**, la **prevalencia**, los **instrumentos de evaluación** y las **consecuencias** de la ideación suicida que aparecen en la **literatura internacional**.
- La prevalencia y los factores de riesgo de la ideación suicida durante el embarazo en **nuestro contexto**.
- La influencia del **apoyo social percibido** como factor protector de la aparición de ideación suicida durante el embarazo.
- La posibilidad de elaborar un **protocolo** que sirva de guía a la hora de detectar y manejar un caso de ideación suicida durante el embarazo.

3.1.1. CENTROS HOSPITALARIOS EN LOS QUE SE RECOGEN LAS MUESTRAS.

El **Hospital Clínico San Carlos [HCSC]**, centro sanitario público de referencia de la Comunidad de Madrid, fue el primer centro hospitalario donde se llevó a cabo el trabajo de campo. Se contó con una importante muestra de mujeres (1124) de esta ciudad, capital de España, que voluntariamente aceptaron participar. Además, se contó también con mujeres (400) atendidas en el **Hospital Universitario Central de Asturias [HUCA]**, otro hospital público de referencia, también de tercer nivel o de alta especialidad, en este caso ubicado en una ciudad más pequeña (Oviedo), con parte de sus pacientes pertenecientes al entorno rural.

El *screening* se realizó con la colaboración del personal sanitario del hospital, cuando las mujeres asistieron a la revisión rutinaria tras primer trimestre de gestación.

Para el análisis de prevalencia y factores de riesgo de la ideación suicida durante el embarazo en España, se contó con las participantes de los dos hospitales.

3.1.2. ASPECTOS ÉTICOS.

Los aspectos éticos han sido considerados y cuidados rigurosamente desde el inicio del proyecto. La investigación se ha llevado a cabo en el contexto clínico hospitalario. En todos los casos se solicitó la certificación de los comités de ética (Anexo I), se informó a las participantes del objeto de la investigación y se recabó su consentimiento informado de las participantes (modelo en Anexo II). Se siguieron los Principios de la Declaración de Helsinki.

3.1.3. HERRAMIENTAS ESTADÍSTICAS PARA ANÁLISIS DE DATOS.

Los datos han sido analizados con el paquete estadístico SPSS® (*Statistical Package for Social Sciences*) versión 24, siendo significativo un p-valor <.05. Este programa ha permitido realizar los análisis estadísticos necesarios para determinar los resultados y establecer las conclusiones pertinentes en función de los objetivos del estudio.

3.1.4. PRINCIPALES INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.

Para la recogida de datos en el HCSC y en el HUCA se facilitó a las participantes un cuadernillo que incluía varios cuestionarios. Los cuestionarios estaban en español y fueron cumplimentados individualmente con lápiz y papel. A efectos de esta tesis doctoral, los cuestionarios utilizados fueron: el **PHQ-9** para evaluar la prevalencia de la ideación suicida, el **PDPI-R** en su versión prenatal para identificar los factores de riesgo de la misma, y un **cuestionario ad-hoc** que incluía datos demográficos y factores de riesgo adicionales en relación con el estado de salud general, la condición de ser primípara, los abortos previos, o los hábitos de consumo de alcohol o tabaco. Los modelos de estos los cuestionarios se encuentran disponibles en el Anexo III.

El **Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9;** Kroenke et al., 2001; Manea et al., 2015) ha sido ampliamente utilizado en diferentes muestras de mujeres embarazadas (Smith et al., 2020; Velloza et al., 2020; Bitew et al., 2019). Se optó por aplicar el PHQ – 9 por tratarse de un cuestionario de referencia para embarazadas, de libre acceso y con buenas propiedades psicométricas. Diferentes estudios aportan evidencia de la validez y fiabilidad del PHQ-9 cuando se aplica a muestras de mujeres que atraviesan el proceso de embarazo en diversas nacionalidades, entre ellas, la española (Marcos-Nájera et al., 2018; Zhong et al., 2014a; Flynn et al., 2011). La versión española del PHQ-9 presenta una consistencia interna moderada ($\alpha = 0.81$) (Marcos-Nájera et al., 2018). Se trata de un instrumento sencillo y autoadministrado, reconocido por organismos internacionales (NICE, 2022; U.S. Preventive Services Task Force, 2002), que permite estimar la severidad y evolución del proceso depresivo pre- y posparto. Se contesta con escalas Likert de 0 a 3 puntos, y los análisis factoriales previamente realizados permiten agrupar sus ítems en tres bloques: cognitivo-afectivo (ítems 1, 2, 6 y 9), psicomotor (ítems 7 y 8) y somático asociado al embarazo (ítems 3, 4 y 5). El **ítem 9** es el que se refiere a la ideación suicida y se formula como sigue: “¿Ha pensado que estaría mejor muerta o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera?”. El estudio de la ideación suicida se realizó analizando las respuestas de las mujeres a ese ítem 9 del PHQ – 9.

El **Inventario de Predictores de Depresión Posparto – Revisado (PDPI – R;** Beck, 2002; Rodríguez-Muñoz et al., 2017) incluye los factores de riesgo más relevantes descritos por la literatura y ha sido ampliamente utilizado en diferentes contextos (Ibarra-Yruegas et al., 2016; Ikeda y Kamibeppu, 2013). El PDPI – R fue diseñado y revisado por Beck e incluye una versión prenatal y otra postnatal. La versión antenatal ha sido validada en mujeres embarazadas españolas y su administración en el periodo prenatal muestra excelentes propiedades predictivas, con una consistencia interna satisfactoria ($\alpha = 0.855$) (Rodríguez-Muñoz et al., 2017). Esta versión prenatal, utilizada en este estudio, incluye 10 escalas, con respuestas sí/no, de las cuales solo se aplicó la relativa al **apoyo social percibido**. Esta **subescala** recoge distintos ítems, con preguntas referidas al apoyo emocional e instrumental percibido de la pareja, las amistades y la familia. La principal ventaja de este instrumento es que ha sido validado con población española, arrojando buena consistencia interna ($\alpha = .85$), sensibilidad (62.3%), y especificidad (69.5%). La utilidad del instrumento redundaba en que se ha probado que a mayor número de factores que sean detectados durante el cribado prenatal, mayor será la

probabilidad de sufrir depresión y la depresión es uno de los factores de riesgo más importantes del suicidio perinatal.

El **cuestionario elaborado ad-hoc** incluye preguntas sobre la edad de la mujer, su origen, su nivel de estudios, su situación laboral, su estado civil, enfermedades diagnosticadas, medicación prescrita, semana de gestación, hábitos, número de hijos vivos y de abortos, tipo de reproducción asistida si se dio, etc. Este instrumento resulta especialmente útil para obtener información relevante sobre circunstancias que pudieran estar afectando a la salud mental de la mujer y que pudieran suponer factores de riesgo para la posible aparición de ideación suicida.

3.1.5. INTEGRACIÓN DE DATOS.

Debido al uso de **muestras de conveniencia**, para integrar los datos obtenidos en el HSCS con los del HUCA, se incluyeron al estudio las respuestas de todas las mujeres en el PHQ-9, en el PDPI-R y en el cuestionario elaborado ad-hoc.

3.1.6. NORMAS TIPOGRÁFICAS.

En relación con las normas tipográficas, para las citas y referencias se siguen las **normas APA 7ª ed.** ([American Psychological Association, 2020](#)).

Al objeto de unificar la presentación de expresiones numéricas escritas con cifras, se ha tenido en cuenta la consideración de que en las normas APA se acepta el uso anglosajón del punto para separar la parte entera de la parte decimal ([Lasa-Aristu y Amor, 2022](#)).

3.2. MUESTRAS.

A continuación, se describen las características de las muestras en los cuatro estudios principales de la tesis doctoral:

- **Revisión de la ideación suicida durante el embarazo: factores de riesgo, prevalencia, instrumentos de evaluación y consecuencias.**

Esta revisión narrativa muestra la variabilidad internacional de las muestras. Se realizan estudios en el contexto occidental y también están representadas mujeres africanas, asiáticas y latinoamericanas.

Concretamente, de los 25 estudios revisados, en 7 de ellos la muestra estaba compuesta por mujeres africanas (28%), en 5 por asiáticas (20%), en 5 por latinoamericanas (20%), 3 por estadounidenses (12%), en 2 por europeas (8%) y 3 eran estudios internacionales (12%). Por tanto, estuvieron presentes mujeres residentes en países de altos y bajos ingresos.

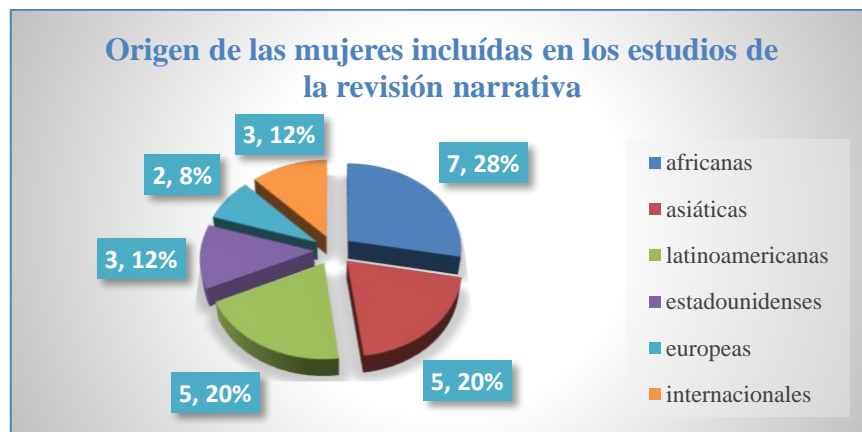


Gráfico 1. – Origen de las mujeres de los estudios de la revisión narrativa.

Además, se incluyó tanto a mujeres con trastornos de salud mental preexistentes o actuales, como a aquellas sin historial psicopatológico previo o presente. Algunos estudios se focalizaron en mujeres con situaciones psicotraumáticas previas o presentes. Las edades y el nivel de estudios fueron diversos, así como otras condiciones personales y de salud.

- **Ideación suicida: prevalencia y factores de riesgo durante el embarazo.**

La muestra estuvo formada por 1.524 gestantes reclutadas entre 2014 y 2017 en los servicios de ginecología y obstetricia de dos hospitales públicos españoles de tercer nivel de atención, en Madrid (Hospital Clínico San Carlos, HCSC n = 1124) y Oviedo (Hospital Universitario Central de Asturias, HUCA n = 400).

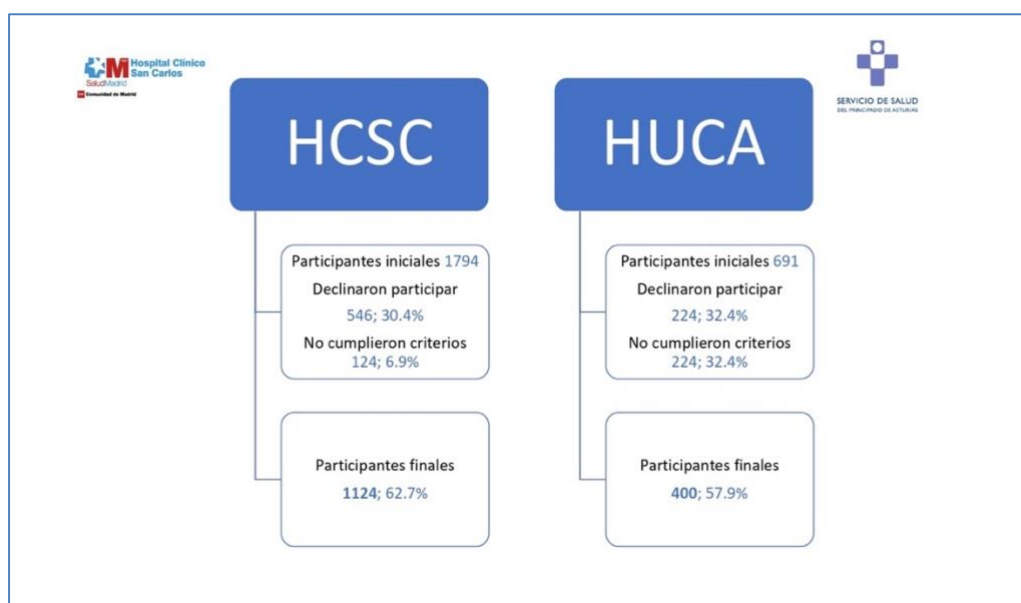


Ilustración 4: Muestra del estudio de la ideación suicida en mujeres embarazadas en España.

Los **criterios de inclusión** del estudio fueron: (a) estar embarazada, y (b) recibir atención prenatal en uno de estos dos hospitales.

Los **criterios de exclusión** fueron no tener fluidez en español en lectura y escritura.

La edad media general fue de $32,98 \pm 5,3$ años, y la mayoría de las participantes: estaban empleadas (n=1141; 74.9%) y eran nativas españolas (n=1125; 73.8%), tenían pareja (n=1300; 85.3%), contaban con un nivel educativo medio-alto (n=1279; 83.9%), no reportaron antecedentes de depresión (n=1482; 97.2%), ni otras enfermedades previas (n=1239; 81.3%), ni habían experimentado abortos previos (n=1152; 75.6%), aproximadamente la mitad de

la muestra ya tenía hijos vivos (n=805; 52.8%), no necesitaron recurrir a reproducción asistida (n=1412; 92.7%) y no indicaron consumo de tabaco (n=1355; 88.9%) o alcohol (n=1486; 97.5%).

Aunque suponen la minoría, conviene reflejar que la muestra incluía a mujeres: desempleadas (n=383; 25.3%), inmigrantes (n=399; 26.2%), solteras (n=224; 14.7%), que contaban con estudios únicamente básicos (n=245; 16.1%), con diagnóstico previo de depresión (n=42; 2.8%), con alguna otra enfermedad previa (n=285; 18.7%), con algún aborto previo (n=372; 24.4%), primíparas (n=719; 47.2%), que tuvieron que recurrir a la reproducción asistida (n=112; 7.3%), fumadoras (n=169; 11.1%) o que consumían alcohol (n=38; 2.5%).

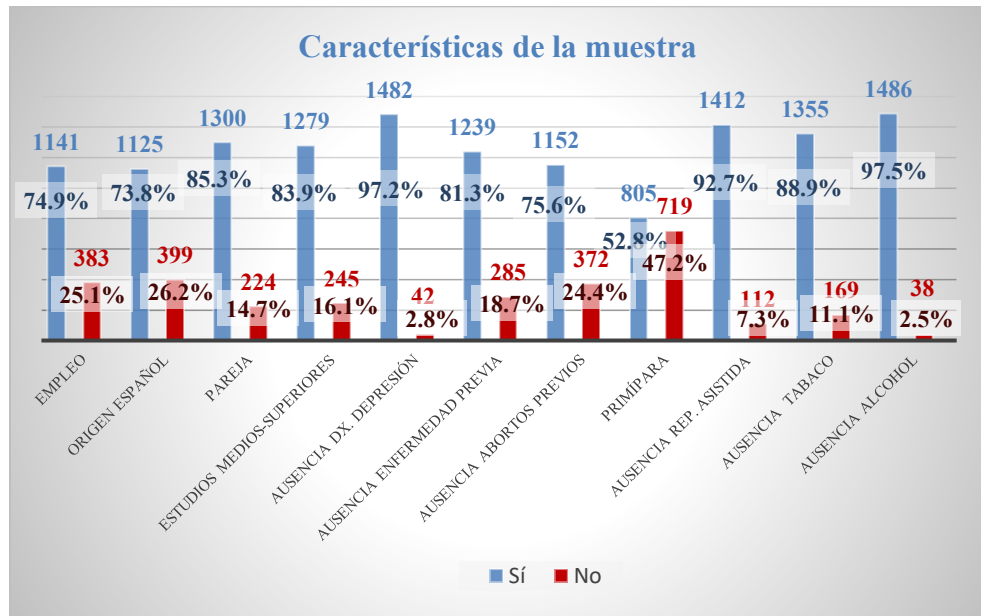


Gráfico 2. – Características de la muestra.

- **Apoyo social percibido como factor protector de la ideación suicida en embarazadas.**

En este estudio multicéntrico, la muestra incluye a las 1524 mujeres embarazadas indicadas anteriormente, reclutadas del área obstétrica de los dos hospitales españoles de tercer nivel asistencial. Los criterios de inclusión y exclusión, así como las características de la muestra, fueron las ya descritas en el punto anterior.

Se incluyó a estas mujeres, las cuáles algunas percibían presencia y otras ausencia de: apoyo emocional de la pareja, apoyo instrumental de la pareja, apoyo emocional de la familia, apoyo instrumental de la familia, apoyo emocional de las amistades y apoyo instrumental de las amistades.

- **Protocolo de identificación y manejo de caso ante ideación suicida en mujeres embarazadas.**

Con base en la evidencia anterior, se desarrolla un protocolo que pretende llegar a los profesionales de salud que intervengan con las gestantes, al menos en nuestro país. El protocolo se elabora siguiendo además el esquema de [Saura y Saturno \(1996\)](#), pretendiendo ser así adecuado y metodológicamente correcto. En él se especifica cómo y con qué criterios se ha construido, y pretende ayudar en la toma de decisiones clínicas.

La población objetivo (diana) son las gestantes de los hospitales. En relación al ámbito de aplicación y profesionales que intervienen habría que indicar que están incluidos los siguientes profesionales: en el cribado, médicos de atención primaria, obstetras y matronas; y en la intervención preventiva, Psicólogos Clínicos / Sanitarios. Es necesario destacar que en las diferentes Comunidades Autónomas pueden existir algunas diferencias en la organización de la atención sanitaria.

3.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.

A continuación, se describen los análisis estadísticos realizados en los cuatro estudios principales de la tesis doctoral:

- **Revisión de la ideación suicida durante el embarazo: factores de riesgo, prevalencia, instrumentos de evaluación y consecuencias.**

En esta revisión, los artículos se identificaron mediante una búsqueda bibliográfica en el proveedor de la base de datos *EBSCOhost*, que contiene un sistema de recuperación de información que permite una búsqueda conjunta de los contenidos de las dos principales bases de datos de esta área: *MEDLINE* y *PsycINFO*. Así, se realizó esta búsqueda bibliográfica, que es una revisión sobre las publicaciones académicas que contemplan las evidencias más relevantes y recientes sobre la ideación suicida durante el embarazo. Las palabras utilizadas fueron "suicida", "ideación" y "embarazo", utilizando el operador booleano "y" y buscando en todos los campos (operador de campo). La búsqueda se limitó a artículos publicados en los últimos 5 años (entre 2016 y 2021), en inglés y / o español.

Los **criterios de inclusión** fueron: (a) tener una muestra amplia, y (b) estar enfocado en la prevalencia, factores de riesgo, instrumentos de cribado o consecuencias de la ideación suicida durante el embarazo.

Los **criterios de exclusión** fueron: (a) estar redactados en cualquier idioma que no sea el inglés o el español, (b) haber sido publicados antes de los últimos 5 años, y (c) aquellos cuyo contenido no estaba relacionado con el objeto de estudio. Además, se excluyeron los artículos que tenían una muestra demasiado pequeña para obtener resultados estadísticamente significativos, así como aquellos que solo se referían a temas médicos, medicación no psiquiátrica, períodos distintos al embarazo (como puerperio o menopausia) y aquellos que, aunque se referían a la construcción suicida (intento o comportamiento de suicidio), no se trataba de ideación suicida.

Buscando el mayor rigor científico, se comprobó que los artículos seleccionados en la revisión narrativa cumplían además con los criterios de calidad recogidos en la **escala SANRA** (Baethge et al., 2019). Se revisaron esas publicaciones académicas que abordaban la evidencia más relevante y reciente sobre la ideación suicida durante el embarazo.

- **Ideación suicida: prevalencia y factores de riesgo durante el embarazo.**

Se trata de un estudio descriptivo transversal que tiene por objetivo conocer la prevalencia de la ideación suicida durante el embarazo y los factores de riesgo asociados. Por tanto, si bien no permite establecer causalidad, es útil de cara a la planificación y administración sanitaria (Pita, 1995).

Se realizaron **tabulaciones cruzadas** para ver cómo las variables se correlacionaban entre sí, permitiendo determinar las características de la muestra. Para analizar las diferencias entre la presencia o no de ideación suicida respecto a las variables categóricas analizadas (posibles factores de riesgo, como desempleo, inmigración, etc.), se utilizaron pruebas de **Chi-cuadrado de Pearson**, permitiendo ver en qué medida las diferencias encontradas en ideación suicida se debía o no al azar. En aquellos análisis donde se comparaban los dos grupos con relación a variables continuas (como la semana de gestación o la edad), se aplicaron **pruebas t de Student**, para ver si las diferencias entre las medias de los grupos eran o no significativas. De esta forma, se pudo evaluar si existían diferencias estadísticamente significativas en la asociación entre los diferentes factores sociodemográficos y la ideación suicida prenatal. Es decir, se comparó a las mujeres que indicaban ideación suicida con aquellas que decían no presentarla en las distintas variables estudiadas.

Los **análisis de regresión** realizados permitieron calcular la relación entre los factores de riesgo y la ideación suicida, indicando qué variables predicen la ideación suicida en el embarazo en la muestra y si la relación es positiva o negativa. Es decir, permitieron expresar la mayor o menor probabilidad de que la ideación suicida se dé en función de las variables predictoras (los factores sociodemográficos contemplados y otros eventos vitales estresantes evaluados).

Se analizó que el artículo cumplía con los **criterios STROBE** (*Reporting of Observational Studies in Epidemiology*; disponibles en el [anexo IV](#)), una serie de verificaciones que han de comprobarse cuando se elaboran estudios

transversales (entre otros), evaluando con rigor las fortalezas y debilidades de los resultados.

Los análisis se realizaron empleando el programa estadístico SPSS® (*Statistical Package for Social Science*), versión 24.

- **Apoyo social percibido como factor protector de la ideación suicida en embarazadas.**

Se trata también de un estudio descriptivo transversal que tiene por objetivo analizar: a) si las mujeres con ideación suicida puntuaban más o menos en qué dimensión del PHQ-9; y b) evaluar la importancia relativa de los distintos tipos de apoyo social percibido como posibles factores de riesgo o protectores de la ideación suicida en mujeres embarazadas.

Para ver si la diferencia entre las medias de las respuestas de las mujeres en las distintas dimensiones del PHQ-9 (somática, cognitivo-afectiva y puerperal) entre quienes manifestaban ideación suicida y las que no eran significativas, se realizaron *pruebas t de Student*.

Mediante **análisis de regresión lineal múltiple** de las respuestas de las mujeres estudiadas a los distintos ítems de la escala de Apoyo Social Prenatal del PDPI – R, se calculó la relación entre cada uno de ellos y la ideación suicida, permitiendo analizar cuáles de los distintos componentes del apoyo social percibido son factores protectores de la ideación suicida prenatal en la muestra.

Se analizó que el artículo seguía los **criterios STROBE** (disponibles en el [anexo IV](#)), obteniendo que los resultados habían sido analizados con rigor.

Los análisis se realizaron empleando el programa estadístico SPSS® (*Statistical Package for Social Science*), versión 24.

- **Protocolo de identificación y manejo de caso ante ideación suicida en mujeres embarazadas.**

En base a la evidencia científica disponible, se construyó un procedimiento de actuación preventiva para la detección y manejo de la ideación suicida durante el embarazo. Para ello, se trató de seguir el modelo de diseño y elaboración de protocolos clínicos propuesto por Saura y Saturno en 1996. Como este propone, se tuvieron en cuenta los principios directores de los protocolos de la Asociación Médica Canadiense y las propuestas básicas descritas en los documentos elaborados por el Instituto de Medicina de los EE.UU. (Saura y Saturno, 1996). De esta forma, el protocolo resultante cuenta con una definición, es claro, preciso, multidisciplinario, aporta evidencia documentada, la ayuda se establece como orientación (no como una imposición rígida e inamovible), es una recolección integrada y coherente de la información, establece un orden para los pasos decisionales, se aporta por escrito y subraya la importancia de ser revisado y actualizado periódicamente por expertos si con su puesta en marcha los profesionales y usuarias sugieren modificaciones.

Respecto a los instrumentos incluidos en el mismo: a) la versión española del PHQ-9 tiene una buena consistencia interna ($\alpha = 0,81$) (Kroenke et al., 2001), por lo que resulta una escala fiable; b) el PDPI-R muestra satisfactorios valores de consistencia interna ($\alpha = 0,855$) (Records et al., 2007), resultando asimismo fiable; y c) el módulo de suicidalidad de la MINI - Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional permite determinar si existe suicidalidad actual y en caso de que así sea, determinar el riesgo (Sheehan et al., 2010). La intervención se establece en función de ese riesgo estimado, y se presenta dentro del propio **algoritmo**, lo que facilita la toma de decisiones clínicas, cumpliendo con los principios directores generales para la elaboración de protocolos clínicos (Saura y Saturno, 1996).

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

1. REVISIÓN SOBRE LA IDEACIÓN SUICIDA DURANTE EL EMBARAZO: FACTORES DE RIESGO, PREVALENCIA, INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y CONSECUENCIAS. (REVIEW OF SUICIDAL IDEATION DURING PREGNANCY: RISK FACTORS, PREVALENCE, ASSESSMENT INSTRUMENTS AND CONSEQUENCES).

Citar: Pilar Carolina Castelao Legazpi ^{1, *}, María de la Fe Rodríguez-Muñoz ¹, María Eugenia Olivares-Crespo ² and Nuria Izquierdo-Méndez ²

¹ Department of Psychology, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED); ² Department of Gynecology and Obstetrics. Hospital Clínico San Carlos. Faculty of Medicine Universidad Complutense de Madrid. meolivares@cop.es; nuriaizquierdo4@gmail.com

* Correspondence: pcastelao1@alumno.uned.es

Abstract

During pregnancy women are particularly vulnerable to suicidal ideation according with international review of articles published. The search is made in MEDLINE and PsycINFO databases, between years 2016 and 2021. 25 bibliographic references are selected. Risk factors identified are depression, anxiety, difficulties with sleep, previous suicide attempts, low socioeconomic level, lower age and educational level, absence of a partner, stress, violence relationship, history of physical or sexual abuse during childhood, unwanted pregnancy, previous induced abortion, obstetric risk, smoking habits, HIV diagnosis, food insecurity or hunger, and religious beliefs where there are rigid ideas about how premarital sex is wrong. The prevalence of suicidal ideation during pregnancy is internationally between 2.73% (in European countries), 8.5-15.8% (in Latin American countries) and 39% (in African women). Regarding the assessment instruments, item 10 of Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) or item 9 of Patient Health Questionnaire (PHQ-9) are used. Suicidal ideation during pregnancy is associated with poorer cognitive development of the child and almost four times greater probability of giving birth a baby with low birth weight. Health professionals caring for pregnant women need to fit their interventions with this identified risk factors to reduce adverse effects of suicidal ideation in mothers and babies.

Keywords Suicidal ideation · Pregnancy · Prevention · Risk factors · Prevalence

Introduction

Research in suicide has been blocked for many decades due to non-existence of agreed operational terminology, definitions, and classifications in this area (Goodfebow et al., 2020). "Suicidal behavior is understood as a diversity of behaviors that include thinking about suicide (or suicidal ideation), planning suicide, attempting suicide, and committing an act of suicide" (WHO, 2022). Nowadays, it is quite established that suicidal ideation is one of the main predictors of suicide attempt and completed suicide (Gelaye et al., 2016; Orsolini et al., 2016). Suicidal ideation is defined as thoughts of committing suicide-related behaviors (O'Carroll et al., 1996). Antepartum period is a critical period and a great opportunity for suicide risk

reduction and prevention ([Gelaye et al., 2016](#)). Preventive interventions in suicide are obviously needed especially considering the consequences for families and children who lose their mothers because of this ([Lysell et al., 2018](#)).

Therefore, it is necessary to know the available evidence on suicidal ideation during pregnancy. Pregnancy is a period in which women are particularly vulnerable to mental health problems, including suicidal ideation ([Szpunar et al., 2020](#)). Suicidal ideation is higher in pregnant women than in general population ([Rodríguez et al., 2018](#)). So, it is necessary to know more about prevalence, protective and risk factors, consequences, detection instruments and strategies for management. To our knowledge, there hardly exist any systematic reviews or meta-analyses on suicidal ideation during pregnancy in scientific literature. This article provides an update on the knowledge about suicidal ideation during pregnancy, regarding risk factors, prevalence, assessment instruments and consequences.

Method

This is a comprehensive synthesis of published international results about suicidal ideation during pregnancy. The purpose is to identify studies that reveal current knowledge. These are those published in specialized journals in Psychology, which address this issue and have appropriate scientific guarantees. [Sánchez-Meca & Botella \(2010\)](#) underline that the use of internet resources and the critical analysis are both required to do an operational search. For this reason, in this review the articles are identified through a bibliographic search in the database provider EBSCOhost. This contains an information retrieval system that allows a joint search of the contents of the two main databases in this area: MEDLINE and PsycINFO. MEDLINE collects articles published in about 4,500 biomedical reviews since 1966, both from the United States and from 70 other countries ([U.S. National Library of Medicine, 2022](#)). PsycINFO database is the main database of the American Psychiatric Association (APA) and the most important in the field of Psychology worldwide ([American Psychological Association, 2021](#)).

Thus, it has been carried out this bibliographic search, which is a review about the academic publications that contemplate the most relevant and recent evidence on suicidal ideation during pregnancy.

Data analysis

The words used are ‘suicidal’, ‘ideation’ and ‘pregnancy’, using the Boolean operator ‘and’, and searching in all fields (field operator). The search is limited to articles published in the last 5 years (between 2016 and 2021), in English and / or Spanish.

The inclusion criteria are the following: to have a large sample and to be focused on the prevalence, risk factors, screening instruments or consequences of suicidal ideation during pregnancy.

On the opposite, they are some exclusion criteria, such as be written in any language other than English or Spanish, have been published before the last 5 years, and whose content is not related to the object of study. Further, it was excluded articles that have too small sample to obtain statistically significant results, as well as those who only refer to medical issues, non-psychiatric medication, periods other than pregnancy (such as puerperium or menopause), and those that even referring to suicidal construct (suicide attempt or behavior) was not about suicidal ideation.

Selected articles met SANRA scale criteria (Baethge et al., 2019). It was rated the quality of the narrative review article in question, using categories 0 and 2 to imply general low and high quality of each of the 25 studies, as showing in **Table 1**:

Table 1*Risk of bias of included articles in the narrative review.*

Study	SANRA items						Quality rating
	Item 1. Justification of the article's importance for the readership	Item 2. Statement of concrete aims or formulation of questions	Item 3. Description of the literature search	Item 4. Referencing	Item 5. Scientific reasoning	Item 6. Appropriate presentation of data	
Kalmbach et al., 2020	2	2	0	2	2	1	High (9)
Tabb et al., 2019	1	2	0	1	2	2	Medium (8)
Rodriguez et al., 2018	1	1	0	1	2	2	Medium (7)
Zhang et al., 2020	2	1	1	1	1	2	Medium (8)
O'Connor et al., 2018	1	2	2	2	1	1	High (9)
Levey et al., 2019	1	1	0	1	2	1	Medium (6)
Gelaye et al., 2016	2	2	2	1	1	2	High (10)
Onah et al., 2017	1	2	1	1	2	1	Medium (8)
Mebrahtu et al., 2020	2	1	1	1	1	1	Medium (7)
Rodriguez et al., 2017	1	1	1	1	1	1	Medium (6)
Chan et al., 2016	1	2	1	1	1	1	Medium (7)

Gelaye et al., 2019	1	1	1	1	1	1	Medium (6)
Shamu et al., 2016	1	1	1	1	2	2	Medium (8)
Mikšić et al., 2018	1	2	1	1	1	2	Medium (8)
Gelaye et al., 2017	1	1	1	1	1	2	Medium (7)
Zhong et al., 2016a	2	2	1	1	2	2	High (10)
Supraja et al., 2016	1	2	1	2	2	1	High (9)
Zewdu et al., 2021	1	1	1	1	2	2	Medium (8)
Luo et al., 2018	1	2	1	1	2	2	High (9)
Weng et al., 2016	1	2	1	1	2	2	High (9)
Musyimi et al., 2020	2	1	1	1	2	1	Medium (8)
Suzuki et al., 2019	1	2	2	1	2	2	High (10)
Palagini et al., 2019	1	2	1	1	2	2	High (9)
Zhong et al., 2016b	1	1	1	1	1	1	Medium (6)
Vergel et al., 2019	1	2	1	1	1	2	Medium (8)

Note: Level at which each item is met *0 = low; 1 = medium; 2 = high. Quality of each article was determined based on the sum of its items *0 to 4 = low quality; 5 to 8 = medium quality; 9 to 12 = high quality.

Therefore, academic publications that address most relevant and recent evidence on suicidal ideation during pregnancy are reviewed.

Results

From the 188 references found, 25 academic publications were selected. The primary topics were distributed as shown in **Table 2**:

Table 2

Topics covered in the selected articles on prenatal suicidal ideation.

Topics on which they focus	N° of studies
Risk factor's	22
Prevalence	11
Evaluation instruments	5
Consequences	2

Note: most of the articles incorporate more than one theme.

The highlights of the selected articles are found in **Table 3**:

Table 3

Summary of Reviewed Studies on Suicidal Ideation During Pregnancy.

Author and year	Country and highlights
Kalmbach et al., 2020	USA Risk factors: insomnia and nocturnal rumination.
Tabb et al., 2019	USA Prevalence: 4,6%.
Continue on the next page	Screening: EPDS.

Rodriguez et al., 2018	South Africa. Prevalence: 39%. Risk factors: HIV, depression, intimate partner violence and younger age.
Zhang et al., 2020	China. Screening: PHQ-9. Risk factor: child physical abuse.
O'Connor et al., 2018	International. Risk factors: low socioeconomic background and intimate partner violence.
Levey et al., 2019	Peru. Risk factor: child abuse.
Gelaye et al., 2016	International. Risk factors: intimate partner violence, education less than 12 years and major depressive disorder.
Onah et al., 2017	South Africa. Prevalence: 18%. Risk factors: major depressive episode, anxiety disorder, low socioeconomic status, food insecurity, interpersonal violence, multiparosity and previous suicide attempt throughout her life.
Mebrahtu et al., 2020	Zimbabwe. Screening: EPDS. Risk factors: youth, singleness, hunger, high stress and symptoms of depression. Consequence for the baby: worse cognitive development.
Rodriguez et al., 2017	South Africa. Prevalence: 39%. Risk factors: HIV, stigma and intimate partner violence.
Chan et al., 2016	Malaysia. Risk factor: religious belief that premarital sex is wrong.
Gelaye et al., 2019	Peru. Prevalence: 8,7%.
Continue on the next page	Consequence for the baby: low birth weight.

Shamu et al., 2016	Zimbabwe. Risk factor: emotional partner violence.
Mikšić et al., 2018	Croatia. Prevalence: 2,73%. Risk factors: anxiety and depression.
Gelaye et al., 2017	Peru. Screening: PHQ-9. Prevalence: 8.5%. Risk factor: poor quality of sleep.
Zhong et al., 2016a	USA Risk factors: be black and have low income.
Supraja et al., 2016	India. Risk factors: youth, poor perceived support, intimate partner violence, depressive symptoms, and history of suicide attempt.
Zewdu et al., 2021	Ethiopia. Prevalence: 8.2%. Risk factors: depression, undisclosed HIV status, and unwanted pregnancy.
Luo et al., 2018	China. Prevalence: 8.2%. Risk factor: previous induced abortion.
Weng et al., 2016	China. Risk factor: passive exposure to tobacco.
Musyimi et al., 2020	Kenya. Risk factors: low economic status and intimate partner violence.
Suzuki et al., 2019	International. Risk factors: passive exposure to tobacco.
Palagini et al., 2019	Italy. Risk factor: stress-related sleep difficulties.
Zhong et al., 2016b	Peru. Prevalence: 15.8%. Screening: PHQ-9.
Continue on the next page	Risk factors: physical or sexual abuse during childhood.

Vergel et al., 2019 Colombia.

Prevalence: 7.2%.

Risk factors: obstetric risk during first trimester of pregnancy.

Pregnant women are more likely than general population to present suicidal ideation (Gelaye et al., 2016). Women with pre-existing mental health disorders, those who experience intimate partner violence, or who come from low socioeconomic backgrounds, are vulnerable and should be closely monitored for suicidal ideation (O'Connor et al., 2018).

Risk factors for suicidal ideation during pregnancy. Most studies focus on this topic. One risk factor is about clinical conditions. Pregnant women with suicidal thoughts are more anxious and depressed (Mikšić et al., 2018). In a systematic review, major depressive disorder was identified as a risk factor (Gelaye et al., 2016). Depressive symptoms and history of suicide attempts are predictive factors (Supraja et al., 2016). Having a major depressive episode or an anxiety disorder or a previous suicide attempt throughout life are also risk factors (Onah et al., 2017). High stress and symptoms of depression too (Mebrahtu et al., 2020). Pregnant women with insomnia and high rumination have higher rates of suicidal ideation (Kalmbach et al., 2020). Pregnant women with sleep difficulties are more likely to have it (Palagini et al., 2019). Poor sleep quality is associated with a 2.81-fold increase in the probability (Gelaye et al., 2017).

A second factor has to do with social inequalities. Suicidal ideation among pregnant women is higher among blacks than in whites, as well in those with low incomes (Zhong et al., 2016a). Experiencing intimate partner violence and having fewer than 12 years of education were identified as risk factors in a systematic review (Gelaye et al., 2016). Younger age, poor perceived support, and partner violence are also predictable factors (Supraja et al., 2016; Rodriguez et al., 2018). Also, a lower socioeconomic level, suffering food insecurity or interpersonal violence (Onah et al., 2017). Emotional violence from the partner is a risk too (which a greater effect than physical or sexual violence) (Shamu et al., 2016). Low economic status and intimate partner violence are factors that are consistently associated (Musyimi et al., 2020). Women who report suicidal ideation tend to be younger, single, and have experienced hunger (Mebrahtu et al., 2020).

The religious belief that premarital sex is wrong is related to a higher risk (Chan et al., 2016).

The third factor refers to previous traumatic situations. Child abuse increases the risk of suicidal ideation during pregnancy from 2.57 times (Levey et al., 2019) to 2.9 times (Zhong et al., 2016b). The risk is bigger as the number of experienced child abuse events increases (Zhong et al., 2016b). Different studies show that pregnant who have suffered physical abuse during childhood have a higher risk (Zhang et al., 2020).

The fourth factor is gestational. Women hospitalized for high obstetric risk had suicidal ideation (Vergel et al., 2019). Prevalence increased by almost double if the women have suffered an induced abortion during that year (especially if they are also single) (Luo et al., 2018). Suicidal ideation is also associated with multiparity (Onah et al., 2017).

The last risk factor refers to other health circumstances, such as passive exposure to tobacco (Suzuki et al., 2019; Weng et al., 2016) or HIV (Rodriguez et al., 2018; Rodriguez et al., 2017; Zewdu et al., 2021).

Prevalence of suicidal ideation during pregnancy. Selected studies often provide data on the prevalence of suicidal ideation, which was 2.73% in Croatian pregnant women (Mikšić et al., 2018), 4.6% in Americans (Tabb et al., 2019) or 8.2% in Chinese (Luo et al., 2018). African women found a higher prevalence of suicidal ideation than Western pregnant women. Onah et al. (2017) found, in their study on South African women, that the prevalence of suicidal ideation during pregnancy was 18%, and it increases till 39% if they have HIV (Rodriguez et al., 2018; Rodriguez et al., 2017). However, in Ethiopian women with HIV, there is a lower prevalence of suicidal ideation, at 8.2% (Zewdu et al., 2021). Prevalence rates on pregnant Latina women were also high. In Peruvian pregnant women, it is between 8.5 and 15.8% (Gelaye et al., 2017; Gelaye et al., 2019; Zhong et al., 2016b), and in Colombian ones the prevalence of suicidal ideation was 7.2% (Vergel et al., 2019).

Screening tools for suicidal ideation during pregnancy. Researchers use either item 10 of the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) (Mebrahtu et al., 2020; Tabb et al., 2019) or item 9 of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (Gelaye et al., 2017, 2019; Zhang et al., 2020; Zhong et al., 2016b) to detect suicidal ideation in pregnant women.

Consequences of suicidal ideation during pregnancy. Few studies have focused on the consequences of suicidal ideation during pregnancy. However, those that have been published provide relevant conclusions. For example, a study reported that this is associated with worse cognitive development in children (Mebrahtu et al., 2020). Another study shows that pregnant participants with suicidal ideation are four times more likely to deliver a low-birth-weight baby (Gelaye et al., 2019).

Discussion

This research shows the international variability of the samples. Although most of the studies are carried out in the Western context, also African, Asian, and Latin American women are represented. Therefore, the results could be considered a good copy of reality of suicidal ideation during pregnancy.

The main results indicate firstly that pregnant women are more likely than general population to present suicidal ideation (Gelaye et al., 2016), oscillating between 2.73% (in European countries) (Mikšić et al., 2018), 8.5-15.8% (in Latin American countries) (Gelaye et al., 2017; Gelaye et al., 2019; Zhong et al., 2016b) and 39% (in African women) (Rodriguez et al., 2018; Zewdu et al., 2021). Secondly, risk factors for suicidal ideation during pregnancy are: history of depression (Gelaye et al., 2016; Mebrahtu et al., 2020; Mikšić et al., 2018; Onah et al., 2017; Rodriguez et al., 2018; Rodriguez et al., 2017; Supraja et al., 2016; Zewdu et al., 2021), anxiety (Mikšić et al., 2018), child abuse (Levey et al., 2019; Zhang et al., 2020; Zhong et al., 2016b) or previous suicide attempt (Supraja et al., 2016; Onah et al., 2017), insomnia (Gelaye et al., 2017; Kalmbach et al., 2020; Palagini et al., 2019), low income (Musyimi et al., 2020; O'Connor et al., 2018; Zhong et al., 2016a) or low academic level (Gelaye et al., 2016), intimate partner violence (Gelaye et al., 2016; Musyimi et al., 2020; O'Connor et al., 2018; Onah et al., 2017; Rodriguez et al., 2018; Rodriguez et al., 2017; Shamu et al., 2016; Supraja et al., 2016); or poor perceived support (Supraja et al., 2016) and other health conditions, such as tobacco consumption (Suzuki et al., 2019; Weng et al., 2016), obstetric risk (Vergel et al., 2019) and induced abortion (Luo et al., 2018). Thirdly, for the screening of suicidal ideation in pregnant women, researchers use either item 10 of the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) (Mebrahtu et al., 2020; Tabb et al., 2019), or Item 9 of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (Gelaye et al., 2017, 2019; Zhang et al., 2020;

Zhong et al., 2016b). Finally, suicidal ideation during pregnancy is associated with adverse consequences, such as worse cognitive development of the child (Mebrahtu et al., 2020), and the greater probability of giving birth to a baby with low birth weight (Gelaye et al., 2019).

This review also shows that there are few studies on the consequences of suicidal ideation during pregnancy. Regarding to children, the consequences of suicidal ideation in their mothers during this period are higher probability of low cognitive development (Mebrahtu et al., 2020), and underweight when being born (Gelaye et al., 2019). No study has been found about emotional issues or attachment. Nor about the effects of suicidal ideation on mothers themselves, their partners, family members and friends. But it should be emphasized that consequences of suicidal ideation during pregnancy generate social and health costs (Al-Halabí et al., 2019a). In this line, to our knowledge there are also no specific studies on cost-effectiveness. Further work about this topic is very necessary.

Some clarifications are needed. On the one hand, it must be considered that the prevalence of suicidal ideation during pregnancy is internationally between 2.3 and 2.7% (Gavin et al., 2011; Melville et al., 2010; Arachchi et al., 2019). The fact that some of the studies find higher rates has to do with the peculiarities of their samples, with the cultures and ways of measuring, being that depending on how the study is carried out, they may be overestimating or underestimating it. It should also be noted that, as already mentioned, pregnancy itself or the act of having a child are protective (and not risk) factors for suicidal behavior (Al-Halabí et al., 2019b). In fact, despite being more frequently suicidal ideation during pregnancy period, suicidal behavior among this group of women is less frequent than in general population of women (Esscher et al., 2016; Fisher, 2016; Lysell et al., 2018).

However, although suicidal behavior during pregnancy does not have a high prevalence compared to the rate in the general population, consequences for families and children who lose their mothers shows the need of preventive actions (Lysell et al., 2018). It is necessary to consider risk factors that have been indicated in this review. The development of effective case management procedures is also essential, but no work of this was found in the review. As Musyimi et al. (2020) underline, the efforts of family members, community leaders, health workers, and policy makers, should explore ways to manage suicidal ideation during pregnancy. The need for training in suicide for professionals involved in perinatal care and for collaboration between gynecologists,

pediatricians and psychologists is also proved (Rodríguez-Muñoz et al., 2019). This would contribute to the needed prevention of the public health problem of suicide.

The main limitation found is the lack of studies about management of cases of suicidal ideation in pregnant women. In fact, as shown in this review, using the indicated parameters, no work of these characteristics was found. This is important because, as Gelaye et al. (2016), the antepartum period represents a critical period and an important opportunity for the reduction and prevention of suicide risk. It is also known that access to clinical interventions and support in seeking professional help work like protective factors for suicide associated with pregnancy (Turecki & Brent, 2016). Therefore, there is evidence of the needing of studies on evidence-based interventions for the management of pregnant women with suicidal ideation.

Clinical Practice Guidelines should include good screening instruments for suicidal ideation during pregnancy, such as the use of item 10 of the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) or item 9 of the Patient Health Questionnaire (PHQ- 9). This review contributes to their inclusion as useful tools for the correct screening of pregnant women with suicidal ideation.

All in all, it is essential to carry out systematic reviews and meta-analyzes, which materialize in the creation of Clinical Practice Guidelines. This would improve our evidence-based practice in Perinatal Psychology and in suicidal during pregnancy. We hoped that this article helps to reflection and do progress in this line.

Conclusion

Research on suicidal ideation during pregnancy should contribute to clinical–evidence–based practice in this area. Crucial questions remain to be answered regarding the identification, prevention, and management of suicidal ideation during this period.

We must follow up on the recommendations of scientific associations that have insisted on the need to perform screening and develop protocols for better care practice with pregnant women (Earls and The Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family, 2010; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2014; The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018; O'Connor et al., 2016; US Preventive Services Task Force, 2002).

Notably, the implementation of studies that reduce suicide is completely economically profitable for our health system. Suicide contributes, among other adverse consequences, to early death, morbidity, loss of productivity and increased costs of medical care (Hughes, 2020).

References

- Al-Halabí, S. (2019a). Infanticidio. En M.F. Rodríguez Muñoz (Coord.). *Psicología Perinatal: Teoría y Práctica* (pp.499-500). Pirámide.
- Al-Halabi S., Mayoral, M., Corcoran, P., Brodsky, B., & Stanley, B. (2019b). Suicidio durante el embarazo y el posparto. [Suicide during pregnancy and postpartum]. En M.F. Rodríguez-Muñoz (Ed.). *Psicología Perinatal. Teoría y práctica* (pp. 259 – 273). Pirámide.
- Arachchi, N., Ganegama, R., Husna, A., Chandima, D. L., Hettigama, N., Premadasa, J., Herath, J., Ranaweera, H., Agampodi, T. C., & Agampodi, S. B. (2019). Suicidal ideation and intentional self-harm in pregnancy as a neglected agenda in maternal health; an experience from rural Sri Lanka. *Reproductive health*, 16(1), 166. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0823-5>.
- Asociación Americana de Psicología [APA] (2022, February 20). *APA PsycInfo*. APA. <https://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo>.
- Chan, L. F., Mohamad Adam, B., Norazlin, K. N., Siti Haida, M. I., Lee, V. Y., Norazura, A. W., Ek Zakuan, K., & Tan, S. M. K. (2016). Suicidal ideation among single, pregnant adolescents: The role of sexual and religious knowledge, attitudes and practices. *Journal of Adolescence*, 52, 162-169. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.08.006>.
- Earls, M. F., & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health American Academy of Pediatrics (2010). Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. *Pediatrics*, 126(5), 1032–1039. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2348>.
- Gelaye, B., Addae, G., Neway, B., Larrabure-Torrealva, G. T., Qiu, C., Stoner, L., Luque Fernandez, M. A., Sanchez, S. E., & Williams, M. A. (2017). Poor sleep quality, antepartum depression and suicidal ideation among pregnant women. *Journal of affective disorders*, 209, 195–200. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.020>.

- Gelaye, B., Domingue, A., Rebelo, F., Friedman, L. E., Qiu, C., Sanchez, S. E., Larrabure-Torrealva, G., & Williams, M. A. (2019). Association of antepartum suicidal ideation during the third trimester with infant birth weight and gestational age at delivery. *Psychology, health & medicine*, *24*(2), 127–136. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1539235>.
- Gelaye, B., Kajeepeta, S., & Williams, M. A. (2016). Suicidal ideation in pregnancy: an epidemiologic review. *Archives of women's mental health*, *19*(5), 741–751. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0646-0>.
- Goodfellow, B., Kølves, K., & De Leo, D. (2020). Contemporary Classifications of Suicidal Behaviors. *Crisis*, *41*(3), 179–186. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000622>.
- Trivedi, M. (2020). Primer on depression: Suicide, suicidal behaviour, and suicidal ideation. In Trivedi. *Depression* (pp. 118–135). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780190929565.001.0001>.
- Kalmbach, D. A., Cheng, P., Ong, J. C., Ciesla, J. A., Kingsberg, S. A., Sangha, R., Swanson, L. M., O'Brien, L. M., Roth, T., & Drake, C. L. (2020). Depression and suicidal ideation in pregnancy: exploring relationships with insomnia, short sleep, and nocturnal rumination. *Sleep medicine*, *65*, 62–73. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.07.010>.
- Levey, E. J., Rondon, M. B., Sanchez, S., Zhong, Q. Y., Williams, M. A., & Gelaye, B. (2019). Suicide risk assessment: examining transitions in suicidal behaviors among pregnant women in Perú. *Archives of women's mental health*, *22*(1), 65–73. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0884-4>.
- Lysell, H., Dahlin, M., Viktorin, A., Ljungberg, E., D'Onofrio, B. M., Dickman, P., & Runeson, B. (2018). Maternal suicide - Register based study of all suicides occurring after delivery in Sweden 1974-2009. *PloS one*, *13*(1), e0190133. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190133>.
- Luo, M., Jiang, X., Wang, Y., Wang, Z., Shen, Q., Li, R., & Cai, Y. (2018). Association between induced abortion and suicidal ideation among unmarried female migrant workers in three metropolitan cities in China: a cross-sectional study. *BMC public health*, *18*(1), 625. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5527-1>.
- Mebrahtu, H., Sherr, L., Simms, V., Weiss, H. A., Rehman, A. M., Ndlovu, P., & Cowan, F. M. (2020). Effects of Maternal Suicidal Ideation on Child Cognitive

- Development: A Longitudinal Analysis. *AIDS and behavior*, 24(8), 2421–2429. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02802-8>.
- Mikšić, Š., Miškulin, M., Juranić, B., Rakošec, Ž., Včev, A., & Degmečić, D. (2018). Depression and Suicidality during Pregnancy. *Psychiatria Danubina*, 30(1), 85–90. <https://doi.org/10.24869/psyd.2018.85>.
- Musyimi, C. W., Mutiso, V. N., Nyamai, D. N., Ebuenyi, I., & Ndeti, D. M. (2020). Suicidal behavior risks during adolescent pregnancy in a low-resource setting: A qualitative study. *PloS one*, 15(7), e0236269. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236269>.
- National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE] (2022, February 20). *Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance —Updated Edition*. NICE Clinical Guidelines. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>.
- O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., & Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide & life-threatening behavior*, 26(3), 237–252.
- O'Connor, A., Geraghty, S., Doleman, G., & De Leo, A. (2018). Suicidal ideation in the perinatal period: A systematic review. *Mental Health and Prevention*, 12, 67–75. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2018.10.002>.
- O'Connor, E., Rossom, R. C., Henninger, M., Groom, H. C., & Burda, B. U. (2016). Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*, 315(4), 388–406. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.18948>.
- Onah, M. N., Field, S., Bantjes, J., & Honikman, S. (2017). Perinatal suicidal ideation and behaviour: psychiatry and adversity. *Archives of women's mental health*, 20(2), 321–331. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0706-5>.
- Palagini, L., Cipollone, G., Masci, I., Novi, M., Caruso, D., Kalmbach, D. A., & Drake, C. L. (2019). Stress-related sleep reactivity is associated with insomnia, psychopathology and suicidality in pregnant women: preliminary results. *Sleep medicine*, 56, 145–150. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.01.009>.
- Rodríguez-Muñoz, M. F., Huynh-Nhu, L., Lara, M.A., & Jaffe, A. (2019). Depresión perinatal. En M. F. Rodríguez Muñoz (Ed.). *Psicología Perinatal: Teoría y Práctica* (pp. 25 -54). Pirámide.

- Rodriguez, V. J., Cook, R. R., Peltzer, K., & Jones, D. L. (2017). Prevalence and psychosocial correlates of suicidal ideation among pregnant women living with HIV in Mpumalanga Province, South Africa. *AIDS care*, *29*(5), 593–597. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1238442>.
- Rodriguez, V. J., Mandell, L. N., Babayigit, S., Manohar, R. R., Weiss, S. M., & Jones, D. L. (2018). Correlates of Suicidal Ideation During Pregnancy and Postpartum Among Women Living with HIV in Rural South Africa. *AIDS and behavior*, *22*(10), 3188–3197. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2153-y>.
- Sánchez-Meca, J. & Botella, J. (2010). Revisión sistemática y meta-análisis: herramientas para la práctica profesional. *Papeles del Psicólogo*, *31*(1), 7 – 17.
- Shamu, S., Zarowsky, C., Roelens, K., Temmerman, M., & Abrahams, N. (2016). High-frequency intimate partner violence during pregnancy, postnatal depression and suicidal tendencies in Harare, Zimbabwe. *General hospital psychiatry*, *38*, 109–114. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.10.005>.
- Supraja, T. A., Thennarasu, K., Satyanarayana, V. A., Seená, T. K., Desai, G., Jangam, K. V., & Chandra, P. S. (2016). Suicidality in early pregnancy among antepartum mothers in urban India. *Archives of women's mental health*, *19*(6), 1101–1108. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0660-2>.
- Suzuki, D., Wariki, W., Suto, M., Yamaji, N., Takemoto, Y., Rahman, M. M., & Ota, E. (2019). Association of secondhand smoke and depressive symptoms in nonsmoking pregnant Women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *245*, 918–927. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.048>.
- Szpunar, M. J., Crawford, J. N., Baca, S. A., & Lang, A. J. (2020). Suicidal Ideation in Pregnant and Postpartum Women Veterans: An Initial Clinical Needs Assessment. *Military medicine*, *185*(1-2), e105–e111. <https://doi.org/10.1093/milmed/usz171>.
- Tabb, K. M., Gavin, A. R., Faisal-Cury, A., Nidey, N., Chan, Y. F., Malinga, T., Meline, B., & Huang, H. (2019). Prevalence of antenatal suicidal ideation among racially and ethnically diverse WIC enrolled women receiving care in a Midwestern public health clinic. *Journal of affective disorders*, *256*, 278–281. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.012>.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] (2018). Screening for perinatal depression. *Obstetrics and gynecology*, *132*(5), 208–212. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002927>.

- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet (London, England)*, 387(10024), 1227–1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2).
- U.S. National Library of Medicine (2022, February 20). *MEDLINE®: Description of the Database*. National Library of Medicine. <https://www.nlm.nih.gov/bsd/medline.html>.
- U. S. Preventive Services Task Force [USPSTF] (2002). Screening for depression: recommendations and rationale. *Annals of Internal Medicine*, 136 (10), 760–764. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-10-200205210-00012>.
- Vergel, J., Gaviria, S. L., Duque, M., Restrepo, D., Rondon, M., & Colonia, A. (2019). Gestation-related psychosocial factors in women from Medellin, Colombia. *Revista Colombiana de psiquiatria (English ed.)*, 48(1), 26–34. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.06.003>.
- Weng, SC., Huang, JP., Huang, YL., Lee, T. & Chen YH. (2016). Effects of tobacco exposure on perinatal suicidal ideation, depression, and anxiety. *BMC Public Health*, 16, 623. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3254-z>.
- World Health Organization (2022, February 20). *Preventing suicide: global imperative*. WHO. <https://www.mhinnovation.net/resources/who-preventing-suicide-global-imperative-report>.
- Zewdu, L. B., Reta, M. M., Yigzaw, N., & Tamirat, K. S. (2021). Prevalence of suicidal ideation and associated factors among HIV positive perinatal women on follow-up at Gondar town health institutions, Northwest Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 42. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03529-z>.
- Zhang, X., Sun, J., Wang, J., Chen, O., Cao, D., Wang, J., & Cao, F. (2020). Suicide ideation among pregnant women: The role of different experiences of childhood abuse. *Journal of Affective Disorders*, 266, 182–186. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.119>.
- Zhong, OY., Gelaye, B., Miller, M., Fricchione, G., Cai, T., Johnson, P., Henderson, D., & Williams, M. (2016a). Suicidal behavior-related hospitalizations among pregnant women in the USA, 2006–2012. *Archives of Women's Mental Health*, 19(3), 463–472. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0597-x>.

Zhong, Q. Y., Wells, A., Rondon, M. B., Williams, M. A., Barrios, Y. V., Sanchez, S. E., & Gelaye, B. (2016b). Childhood abuse and suicidal ideation in a cohort of pregnant Peruvian women. *American journal of obstetrics and gynecology*, 215(4), 501.e1–501.e5018. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.04.052>.

**2. IDEACIÓN SUICIDA: PREVALENCIA Y FACTORES
DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO.
(SUICIDAL IDEATION: PREVALENCE AND RISK
FACTORS DURING PREGNANCY).**

Citar: Castelao-Legazpi, P.C., Rodriguez-Muñoz, M.F., Le, H-N., Olivares, M.E., Izquierdo, N. (2022). Suicidal ideation: prevalence and risk factors during pregnancy. *Midwifery*, 106, 103226. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103226>.

Journal Metrics 2022: Midwifery (JIF= 2.372; Q2), Publisher: Elsevier.

Abstract

Introduction: Although suicide is the main cause of maternal death during pregnancy in industrialized countries, there are few research regarding the prevalence and risk factors of suicidal ideation during pregnancy, especially in Spain. **Method:** In a multicenter study, the sample included 1,524 pregnant women recruited from an obstetrics setting from two Spanish tertiary-care public hospitals. The prevalence of prenatal suicidal ideation was estimated by analyzing their responses to item 9 on the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). The risk factors (which increases the probability of having suicidal ideation) included sociodemographic and biomedical variables, and the stress subscale from the revised prenatal version of the Postpartum Depression Predictors Inventory (PDPI-R). **Results:** A total of 2.6% of pregnant women reported suicidal ideation. Risk factors of suicidal ideation during pregnancy include sociodemographic, such as prior history of depression ($\beta = 0.120, p < .05$), unemployment ($\beta = 0.149, p < .05$), and being an immigrant ($\beta = 0.140, p < .01$), and biomedical variables, such as previous abortion ($\beta = 0.169, p < .01$) and assisted reproduction ($\beta = -0.100, p < .05$). **Discussion:** Given that the prevalence of suicidal ideation is higher than expected, the results of the study suggest the critical need for screening and designing preventive interventions adapted to pregnant women to decrease risk of associated suicidal behavior. In protocols carried out by midwives, specific risk factors should be included in health screenings during pregnancy.

Keywords:

Prenatal suicidal ideation, Maternal mental health, Prevalence, Predictor Variables, Risk factors, Pregnancy

Introduction

Suicide is the leading cause of maternal death during pregnancy in industrialized countries and the leading cause of maternal mortality in the first 12 months after childbirth (Al-Halabi et al., 2019; The Australian Institute of Health and Welfare, 2022). As shown in studies carried out in English-speaking countries, suicide among women during the

perinatal period occurs less frequently than women in the general population (during the perinatal period, the rate is between 1 and 5; in the general population, 5–10 women commit suicide per 100,000 inhabitants) (Howard et al., 2011).

Suicidal ideation is considered one of the main predictors of attempted and completed suicide in general population (Gelaye et al., 2016). Suicide is more common in people with suicidal ideation than in perinatal women (O'Carroll et al., 1996). The scientific literature views suicide as moving along a continuum of different nature and severities ranging from ideation (the idea of death as a rest, the desire to die) to actual suicidal behavior (Khalifeh et al., 2016). O'Carroll et al. (1996) defined suicidal ideation as thoughts of carrying out behaviors related to suicide (O'Carroll et al., 1996).

Although antenatal depression has been a topic of research, there is less knowledge about suicidal ideation during pregnancy, in part because studies are hampered by social stigma and limited by available data (Zhong et al., 2016). However, it is known that depression is a risk factor for suicide ideation in pregnant women (Gavin et al., 2011; Rodriguez et al., 2018). Approximately 14.8% of women experience moderate to high levels of depressive symptoms during pregnancy (Rodriguez-Muñoz et al., 2017). In addition, negative outcomes of perinatal depression and maternal suicidal ideation include women's poor psychological health and, in the worst-case scenario, death. Studies indicate that pregnant women who endorsed suicidal ideation are more likely to have current and lifetime comorbid depressive and anxiety disorders than did women without suicidal ideation (Copersino et al., 2008). Maternal suicidal ideation also results in negative effects on infants, including a poorer mother-infant relationship (Lara and Letechipía, 2009), lower birthweight (Gelaye et al., 2019; Lara and Letechipía, 2009), worse cognitive development in children (Mebrahtu et al., 2020), and childhood respiratory distress syndrome (Gandhi et al., 2006). Thus, there is substantial evidence suggesting that suicidal ideation and attempts are associated with severe consequences for fetal development and perinatal outcomes (Gelaye et al., 2016).

Consequently, Al-Halabí et al. (2019) emphasize the importance of adequately identifying women who present suicidal ideation during pregnancy and postpartum to prevent these adverse consequences. However, to our knowledge, few studies have collected data on suicidal ideation during pregnancy, especially in Spanish-speaking countries.

Although the overall rates of suicide attempts and completions worldwide are lower in perinatal women than in the general female population, suicidal ideation is higher

in pregnant women than in the general population (Rodriguez et al., 2018). Research found that during pregnancy, suicidal ideation is more common than suicide attempts or completed suicides. According to several studies (conducted mostly in English-speaking samples), the prevalence of suicidal ideation during pregnancy is between 2.3% and 2.7% (Arachch et al., 2019; Gavin et al., 2011; Melville et al., 2010). A systematic review of 57 studies, carried out in United States, Pakistan, Bangladesh, Finland, Italy, Brazil and Peru synthesized available research on antenatal suicidal ideation, including its prevalence, risk factors, consequences (Gelaye et al., 2016). Overall, results from this systematic review indicate that pregnant women are more likely than the general population to endorse suicidal ideation. Risk factors for antepartum suicidal ideation were identified, including intimate partner violence, <12 years education and major depressive disorder. However, this review had some limitations. First, the samples across studies were predominantly English-speaking or Spanish-speaking women from less developed countries; therefore, there is a need to do additional research among pregnant women in Spain, a high-income country. Second, the systematic review did not consider biomedical factors, such as assisted reproduction, previous illness or previous abortions. Therefore, this study adds to this body of research by examining the prevalence of suicidal ideation in pregnancy and associated biomedical and psychological risk factors in Spain.

It is important to study suicidal ideation as this is the most common type along the suicide spectrum and can lead to more severe suicide attempts and completions. Previous studies have conducted screenings of perinatal suicidal ideation in large populations based on responses to a single item on a questionnaire, thus demonstrating the importance of screening in this population (Copersino et al., 2008; Zhong et al., 2015). Gavin et al. (2011) found a prevalence rate of 2.7% of suicidal ideation, based on a positive response to item 9 on the *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9, in a US-based sample of 2159 pregnant women. Additionally, Melville et al. (2010) examined the response to item 9 on the PHQ-15 to estimate the prevalence of suicidal ideation in pregnant women and found a rate of 2.6% in a US-based sample of 1888 women. Other authors, such as Zhong et al. (2015), used item 10 of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) to estimate the prevalence of suicidal ideation (8.8%) and assessed the level of agreement with the PHQ-9 when measuring suicidal ideation in pregnant women in Peru. They found that the PHQ-9 questionnaire was more sensitive than the EPDS as a screen for suicidal ideation among pregnant women (Zhong et al., 2015). To date, there is less research on the prevalence of suicidal ideation during pregnancy in Spanish-speaking countries.

In addition to examining the prevalence of suicidal ideation, it is also important to study its associated risk factors in pregnant women to prevent the onset of suicidal ideation and its adverse consequences. Worldwide, risk factors for suicidal ideation during pregnancy have been studied for this purpose (Orsolini et al., 2016). The results from existing studies are listed in **Table 1**.

Table 1

Risk factors associated with suicidal ideation during pregnancy.

Study	N	Demographics/country	Suicidal ideation	Risk Factors
Gavin et al., 2011	2159	Mean age = 30.6 years Education <12 years 20.3% White (66.3%), Asian (11.2%), Latina (9.8%), Black (7.6%), multi-racial (3.9%), American Indian (2.6%), and Pacific Islander (1.3%) USA	PHQ- 15	Antenatal major depression Antenatal psychosocial stress
Gelaye et al., 2016	Mean sample size of the 57 eligible articles = 2534	USA, Europe, South America and Asia	PHQ-9 EPDS BDI BSI HRSD	Intimate partner violence Education <12 years Major depressive disorder
Kim et al., 2015	22,118	Unpartnered 17% Different ethnicities (Caucasian 55%, Hispanic 12%, African American 7%, and another ethnicity 26%) Different languages (English-speaking 93%, Spanish-speaking 6%) USA	EPDS	Younger maternal age Unpartnered Non-Caucasian ethnicity Non-English language Preexisting psychiatric diagnosis

Continue on the next page

Study	N	Demographics/country	Suicidal ideation	Risk Factors
Newport et al., 2007	383	Mean age = 32.4 years Different ethnicities (Caucasian 84.1%, African American 11.2%, Asian 2.1%, Native American 2.1%, and multiethnicity 0.5%) Mean education = 15.8 years Married 79.4%, 14.4% never married and 6.3% divorced/separated USA	BDI HRSD	Unplanned pregnancy Current major depressive Comorbid anxiety disorder
Onah et al., 2017	376	18–24 years 39%, 25–29 years 30% and > 29 years 31% In an intimate relationship 94% Low education level 40% Not working currently 58% Low socioeconomic status 71% South Africa	Mini-International Neuropsychiatric Interview suicide module	Major depressive episode Any anxiety disorder Lifetime suicide attempt Multiparous

The findings from earlier studies were primarily conducted with predominantly non-Spanish speaking women; therefore, it is unknown whether the risk factors identified with suicidal ideation in these studies (Gavin et al., 2011) are generalizable to Spanish-speaking perinatal population.

To our knowledge, there are no previous studies in Spanish-speaking samples in which suicidal ideation and associated risk factors have been evaluated. Therefore, the **objectives** of this study are to: 1) determine the prevalence of suicidal ideation in pregnant women and, 2) examine sociodemographic and psychological and biomedical risk factors associated with suicidal ideation in pregnant Spanish-speaking women.

Methods

Participants

The sample consisted of 1524 pregnant women recruited between 2014 and 2017 from the gynecology and obstetrics services from two Spanish tertiary-care public hospitals (Fig. 1) in Madrid (San Carlos Clinic Hospital, HSCS $n = 1124$) and Oviedo (University Hospital of Asturias, HUCA $n = 400$). The sample consisted of 1524 pregnant women recruited between 2014 and 2017 from the gynecology and obstetrics services from two Spanish tertiary-care public hospitals (Fig. 1) Madrid (San Carlos Clinic Hospital, HSCS $n = 1124$) and Oviedo (University Hospital of Asturias, HUCA $n = 400$). Those sites were chosen to increase geographic representation in Spain, including women from an urban city, (Madrid, Spain's capital), and a smaller urban city in a rural setting (Oviedo). Women participated voluntarily and provided informed consent. Screening took place at the end of the first trimester of pregnancy, when the patients underwent ultrasound examinations. The inclusion criteria of the study were being pregnant and receiving prenatal care at one of these two hospitals. The exclusion criteria were not having Spanish fluency in reading and writing.

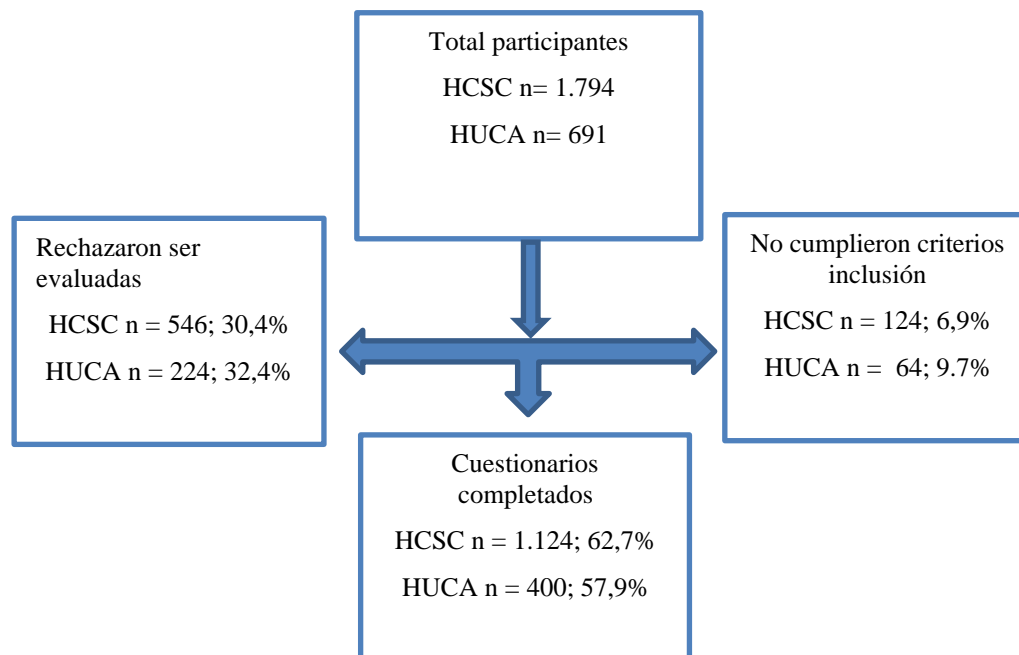


Figure 1. – Participants.

The study was approved by the Ethics Committees of both hospitals and followed the principles of the Declaration of Helsinki.

Instruments

Participants completed self-report questionnaires assessing suicidal ideation and associated risk factors.

The prevalence of prenatal suicidal ideation was estimated by using participants' responses to item 9 on *The Patient Health Questionnaire - 9* (PHQ-9; Kroenke & Spitzer, 2002). This 9-item instrument measures the severity of depressive symptoms, and questions are scored on a 3-point Likert scale from endorsing the symptom as 'not at all' to 'nearly every day' in the last 2 weeks, with higher scores indicating higher severity of symptoms. To evaluate the presence of suicidal ideation, participants' responses on item 9 was used: '*Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way?*'. The PHQ-9 was selected as it has strong psychometric properties, is widely used in primary and obstetrics care settings, and applied to samples of pregnant women of various nationalities, including the Spanish population. The Spanish version of the PHQ-9 presents high internal consistency ($\alpha = 0.81$) (Marcos-Nájera et al., 2018).

Risk factors for suicidal ideation were measured using two questionnaires, as shown in **Table 2**. The first was a sociodemographic questionnaire developed for this study. The second was the Spanish prenatal version of the Postpartum Depression Predictors Inventory - Revised questionnaire (PDPI-R; Beck et al., 2006) which measures 10 different risk factors for postpartum depression. In this study, 'stressful life events' was used, with associated yes/no responses. The PDPI-R has been validated with Spanish-speaking population, yielding good internal consistency ($\alpha = 0.85$), sensitivity (62.3%), and specificity (69.5%) (Ibarra-Yruegas et al., 2016; Rodriguez-Muñoz et al., 2017).

Table 2*Questionnaires used to measure risk factors for suicidal ideation.*

Questionnaire	Variables
Sociodemographic questionnaire developed for this study	Age Educational Level Employment Country of Origin Marital Status Weeks' Gestation Participants Week of Pregnancy Methods of Assisted Reproduction Primiparity Healthy Habits and General Health (Previous Illnesses, Tobacco Use, Alcohol Use and Previous Abortion) History of Depression
Subscale related to stressful life events from The Postpartum Depression Predictors Inventory - Revised (PDPI - R) prenatal version	Financial Problems Marital Problems Death in the Family Unemployment Serious Illness in the Family Moving Job Change

Statistical analyses

Cross-tabulations were performed to determine the sample characteristics. Chi-square tests were used for categorical variables, and *t*-tests were applied for continuous variables to determine whether there were statistically significant differences in the association between the different sociodemographic factors and antenatal suicidal ideation. Women who endorsed suicidal ideation were compared to those who did not endorse suicidal ideation. A series of regressions was also performed to analyze the risk factors associated with prenatal suicidal ideation. The analyses were performed using the statistical program *Statistical Package for Social Science (SPSS)*, Version 24.

Results

A total of 39 pregnant women (2.6%) surveyed reported some level of suicidal ideation. The results are shown in **Table 3**.

Table 3

Suicidal ideation responses.

Response	N	%
Never (0)	1448	(97.4)
Several days (1)	25	(1.7)
More than half of days (2)	8	(0.5)
Almost every day (3)	6	(0.4)

Note: Responses of women evaluated to item 9 PHQ-9.

Table 4 shows the sociodemographic characteristics of the sample, stratified by the presence or absence of prenatal suicidal ideation. The overall mean age was 32.98 ± 5.3 years, and most participants were employed and not immigrants, partnered, had a high educational; most participants did not report a previous history depression, tobacco or alcohol consumption, previous abortions, and approximately half of the sample were primiparous.

Table 4*Sociodemographic characteristics.*

	Total (<i>n</i> = 1524) <i>M</i> (<i>SD</i>)	Women with suicidal ideation (<i>n</i> = 39) <i>M</i> (<i>SD</i>)	Women without suicidal ideation (<i>n</i> = 1448) <i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t</i>
Week of gestation	11.87 (1.836)	11.35 (2.2)	11.90 (1.819)	1.438
Age	32.98 (5.266)	31.29 (6.509)	33.07 (5.211)	1.671
Unemployed	383 (25.3)	16 (41)	347 (24)	5.832*
Immigrants	399 (26.3)	23 (59)	357 (24.7)	23.376**
Single	224 (14.8)	9 (23.1)	206 (14.23)	2.358
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	χ^2
Basic educational level	245 (16.1)	8 (20.5)	225 (15.54)	0.697
Previous diagnosis of depression	42 (2.8)	4 (10.8)	35 (2.42)	9.653**
Assisted reproduction	112 (11)	0 (0)	110 (7.6)	2.916
Primiparous	719 (47.6)	16 (41)	688 (47.51)	0.715
Previous illness	285 (19.3)	7 (18.9)	274 (18.92)	0.009
Tobacco	169 (14.1)	5 (16.7)	162 (11.19)	0.146
Alcohol	38 (3.4)	3 (10.7)	33 (2.28)	4.899
Previous abortions	372 (48.7)	16 (76.2)	348 (24.03)	6.679*

* $p < .05$. ** $p < .01$.

As shown in Table 4, the group who endorsed suicidal ideation (compared to those who did not) had a higher proportion of the following characteristics: unemployed ($\chi^2 = 5.832$, $p < .05$), immigrants ($\chi^2 = 23.376$, $p < .01$), previous history of depression ($\chi^2 = 9.653$, $p < .01$), or a prior abortion ($\chi^2 = 6.679$, $p < .05$).

Table 5 shows the models used to examine the characteristics that were associated with prenatal suicidal ideation.

Table 5

Regression analysis of sociodemographic risk factors for suicidal ideation.

	Model 1	Model 2	Model 3
	<i>History of previous difficulties</i>	<i>Sociodemographic factors</i>	<i>Biomedical factors</i>
Previous diagnosis of depression	.119**	.098*	.118*
Unemployment		.126**	.136*
Being immigrant		.140**	.059
Basic educational level		.017	.011
Tobacco		.037	.053
Alcohol		.014	.023
Assisted reproduction			-.098*
Previous illness			.040
Previous abortions			.150**

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Sociodemographic and biomedical risk factors for suicidal ideation in pregnant women found were prior history of depression ($\beta = 0.120, p < .05$), unemployment ($\beta = 0.149, p < .05$), immigrant status ($\beta = 0.140, p < .01$), previous abortion ($\beta = 0.169, p < .01$) and had assisted reproduction ($\beta = -0.100, p < .05$).

Women's responses to life stressors on the PDPI-R is shown in **Table 6**.

Table 6*Regression analysis – stressful life events for suicidal ideation.*

<i>Scale items</i>	Total $R^2 = 0.07$ $F(7;1399) = 15.025^{**}$ β
Financial problems	.063*
Marital problems	.243**
Death in family	-.033
Unemployment	-.020
Serious illness in family	-.031
Moving	.011
Job change	.008

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Sociodemographic and particular stressful life events were found to be risk factors for suicidal ideation in pregnant women, such as financial problems ($\beta = 0.063$, $p < .05$) and marital problems ($\beta = 0.243$, $p < .01$).

Discussion

In our sample of 1524 Spanish-speaking pregnant women, the prevalence of suicidal ideation was 2.6%. This finding was virtually identical to the prevalence found in previous studies of pregnant women conducted in the US (2.6%, [Melville et al., 2010](#); 2.7%, [Gavin et al., 2011](#)). These findings are likely to be representative of the pregnant population in Spain, as pregnant women receive medical services that standardized per institutional medical protocols in Spain. However, systematic mental health screenings are not offered during pregnancy, and there are no formal screenings on suicidal ideation. These services have not changed as a result of the pandemic.

In this study, we found several sociodemographic risk factors for suicidal ideation during pregnancy. First, our results revealed that a previous history of depression was a risk factor for prenatal suicidal ideation. These results are consistent with previous studies carried out in non-Spanish speaking populations (Copersino et al., 2008; Gavin et al., 2011; Gelaye et al., 2016; Khalifeh et al., 2016; Newport et al., 2007; Orsolini et al., 2016; Rodriguez et al., 2018). Second, we also found that unemployment was a risk factor for suicidal ideation. Unemployment is closely related to having financial problems, which has been previously found to be associated with a higher probability of suicidal ideation (Gavin et al., 2011; Onah et al., 2017). Third, and not surprisingly, marital problems was found to be risk factor of suicidal ideation for pregnant women in our sample. This finding aligns with a study conducted with women in Mexico (Lara and Letechipia, 2009). Finally, we found a significant association between immigration and suicide ideation, which requires additional research.

Regarding biomedical factors, our study reports a positive relationship between having a previous abortion and suicidal ideation during pregnancy. This finding is consistent with previous studies conducted in other countries, including Brazil, the United Kingdom, and the US (Coelho et al., 2014). Additionally, while infertility-related stress has been associated with psychological morbidity in the literature, little is known about the relationship between infertility and suicidal risk (Shani et al., 2016). Our results suggest that becoming pregnant after receiving assisted reproduction procedures is a protective factor against suicidal ideation. This result should be cautiously interpreted as suicidal ideation was measured at 12 weeks' gestation, where the increased risk of miscarriage has already passed. It is possible that suicidal ideation may be higher if this was measured later in pregnancy.

Overall, the results in this study add to the limited research about the prevalence and risk factors of suicidal ideation in the first months of pregnancy among women in Spain. The main strength of this study includes a large sample representing a wide geographic (both urban and rural) spectrum of the Spanish population. In addition, the study utilized a broad non-clinical sample, which provides a better understanding of the phenomenon of suicidal ideation during pregnancy.

These results have also clinical implications. First, the findings emphasize the need to pay special attention to women with a history of depression, those who are unemployed and are immigrants, and those who have suffered previous abortions. Compared to prior studies, being an immigrant and having had a previous abortion have

not been established risk factors for antenatal suicidal ideation among Spanish speaking population.

Evidence-based interventions are essential to prevent and address suicidal ideation. To date, there are no specific evidence-based guidelines for suicide prevention among perinatal populations (Khalifeh et al., 2016; World Health Organization, 2014). To our knowledge, there is no previous work on evidence-based psychological therapy for suicidal ideation during pregnancy. Research on this issue is still scarce, and more studies about effectiveness of preventive and management programs are required internationally.

Our study has some limitations. First, participants in this study were in their first trimester, and it would be important to determine if these findings are sustained throughout the latter trimesters. Future studies are needed to determine whether suicidal ideation starting in pregnancy persists over time. Second, previous abortion was used such a general terminology. Future studies are needed to specify the difference between abortion and miscarriage.

Overall, 2.6% of the sample reported suicidal ideation. Our results also found that particular risk factors can be used to improve identification of pregnant women with suicidal ideation. Specifically, a history of depression, unemployment, immigration status, and previous abortion increased the risk of prenatal suicidal ideation in pregnant women, while pregnancy via assisted reproductive procedures may decrease risk of suicidal ideation. Finally, more specific studies are needed to progressively optimize the screening process and interventions aimed at reducing prenatal suicidal ideation.

Therefore, midwives and other health professionals can screen for suicidal ideation and inquire about these risk factors with pregnant women in Spain. This information is essential for the prevention of perinatal suicide. The need to implement prevention strategies is highlighted (Al-Halabí et al., 2021; Al-Halabí and Fonseca 2021). Preventing maternal suicidal ideation should be conducted through formalized screening measures for suicidal ideation and associated interventions are recommended in prenatal care settings.

References

- Al-Halabí, S., & Fonseca-Pedrero, E. (2021). Suicidal behavior prevention: the time to act is now. *Clínica y Salud, 32*(2), 89–92. <https://doi.org/10.5093/clysa2021a17>.
- Al-Halabí, S., García-Haro, J., Rodríguez-Muñoz, M., & Fonseca-Pedrero, E. (2021). Suicidal Behavior and the Perinatal Period: taboo and Misunderstanding. *Papeles del Psicólogo, 42*(3), 161–169. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2963>.
- Al-Halabí, S., Mayoral, M., Corcoran, P., Brodsky, B., & Stanley, B., 2019. Suicidio durante el embarazo y el posparto. [Suicide during pregnancy and postpartum]. En: Rodríguez-Muñoz, MF(Ed.). *Psicología Perinatal. Teoría y práctica* (pp. 259–273). Pirámide.
- Arachchi, N., Ganegama, R., Husna, A., Chandima, D. L., Hettigama, N., Premadasa, J., Herath, J., Ranaweera, H., Agampodi, T. C., & Agampodi, S. B. (2019). Suicidal ideation and intentional self-harm in pregnancy as a neglected agenda in maternal health; an experience from rural Sri Lanka. *Reproductive health, 16*(1), 166. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0823-5>.
- Beck, C. T., Records, K., & Rice, M. (2006). Further development of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN, 35*(6), 735–745. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00094.x>.
- Coelho, F. M., Pinheiro, R. T., Silva, R. A., de Ávila Quevedo, L., de Mattos Souza, L. D., de Matos, M. B., Castelli, R. D., & Pinheiro, K. A. (2014). Parental bonding and suicidality in pregnant teenagers: a population-based study in southern Brazil. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 49*(8), 1241–1248. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0832-1>.
- Copersino, M. L., Jones, H., Tuten, M., & Svikis, D. (2008). Suicidal Ideation Among Drug-Dependent Treatment-Seeking Inner-City Pregnant Women. *Journal of maintenance in the addictions, 3*(2-4), 53–64. https://doi.org/10.1300/J126v03n02_07.
- Gandhi, S. G., Gilbert, W. M., McElvy, S. S., El Kady, D., Danielson, B., Xing, G., & Smith, L. H. (2006). Maternal and neonatal outcomes after attempted suicide. *Obstetrics and gynecology, 107*(5), 984–990. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000216000.50202.f6>.

- Gavin, A. R., Tabb, K. M., Melville, J. L., Guo, Y., & Katon, W. (2011). Prevalence and correlates of suicidal ideation during pregnancy. *Archives of women's mental health, 14*(3), 239–246. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0207-5>.
- Gelaye, B., Kajeepeta, S., & Williams, M. A. (2016). Suicidal ideation in pregnancy: an epidemiologic review. *Archives of women's mental health, 19*(5), 741–751. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0646-0>.
- Howard, L. M., Flach, C., Mehay, A., Sharp, D., & Tylee, A. (2011). The prevalence of suicidal ideation identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale in postpartum women in primary care: findings from the RESPOND trial. *BMC pregnancy and childbirth, 11*, 57. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-57>.
- Ibarra-Yruegas, B., Lara, M., Navarrete, L., Nieto, L., & Kawas, O. (2016). Psychometric properties of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised for pregnant women in Mexico. *Journal of Health Psychology, 23*, 1415–1423. <https://doi.org/10.1177%2F1359105316658969>.
- Khalifeh, H., Hunt, I. M., Appleby, L., & Howard, L. M. (2016). Suicide in perinatal and non-perinatal women in contact with psychiatric services: 15 year findings from a UK national inquiry. *The lancet. Psychiatry, 3*(3), 233–242. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00003-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00003-1).
- Kroenke, K., & Spitzer, R. (2002). The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals, 32*(9), 1–7. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20020901-06>.
- Lara, A., & Letechipía, G. (2009). Ideación y comportamiento suicida en embarazadas. *Salud Mental, 32*(5), 381-387.
- Marcos-Nájera, R., Le, H. N., Rodríguez-Muñoz, M. F., Olivares Crespo, M. E., & Izquierdo Mendez, N. (2018). The structure of the Patient Health Questionnaire-9 in pregnant women in Spain. *Midwifery, 62*, 36–41. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.011>.
- Mebrahtu, H., Sherr, L., Simms, V., Weiss, H. A., Rehman, A. M., Ndlovu, P., & Cowan, F. M. (2020). Effects of Maternal Suicidal Ideation on Child Cognitive Development: A Longitudinal Analysis. *AIDS and behavior, 24*(8), 2421–2429. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02802-8>.
- Melville, J. L., Gavin, A., Guo, Y., Fan, M. Y., & Katon, W. J. (2010). Depressive disorders during pregnancy: prevalence and risk factors in a large urban

- sample. *Obstetrics and gynecology*, 116(5), 1064–1070. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181f60b0a>.
- Newport, D. J., Levey, L. C., Pennell, P. B., Ragan, K., & Stowe, Z. N. (2007). Suicidal ideation in pregnancy: assessment and clinical implications. *Archives of women's mental health*, 10(5), 181–187. <https://doi.org/10.1007/s00737-007-0192-x>.
- O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., & Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide & life-threatening behavior*, 26(3), 237–252.
- Onah, M. N., Field, S., Bantjes, J., & Honikman, S. (2017). Perinatal suicidal ideation and behaviour: psychiatry and adversity. *Archives of women's mental health*, 20(2), 321–331. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0706-5>.
- Orsolini, L., Valchera, A., Vecchiotti, R., Tomasetti, C., Iasevoli, F., Fornaro, M., De Berardis, D., Perna, G., Pompili, M., & Bellantuono, C. (2016). Suicide during Perinatal Period: Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Correlates. *Frontiers in psychiatry*, 7, 138. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00138>.
- Rodriguez, V. J., Mandell, L. N., Babayigit, S., Manohar, R. R., Weiss, S. M., & Jones, D. L. (2018). Correlates of Suicidal Ideation During Pregnancy and Postpartum Among Women Living with HIV in Rural South Africa. *AIDS and behavior*, 22(10), 3188–3197. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2153-y>.
- Rodríguez-Muñoz, M., Le, H. N., de la Cruz, I. V., Crespo, M., & Méndez, N. I. (2017). Feasibility of screening and prevalence of prenatal depression in an obstetric setting in Spain. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 215, 101–105. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.06.009>.
- Rodriguez-Muñoz, M., Vallejo, L., Olivares, M., Izquierdo, N., Soto, C., & Le, H. (2017). Propiedades psicométricas del Postpartum Depression Predictors Inventory- revised- versión prenatal en una muestra española de mujeres embarazadas. *Revista Española de Salud Pública*, 91.
- Shani, C., Yelena, S., Reut, B. K., Adrian, S., & Sami, H. (2016). Suicidal risk among infertile women undergoing in-vitro fertilization: Incidence and risk factors. *Psychiatry research*, 240, 53–59. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.003>.
- The Australian Institute of Health and Welfare (2022, February 20). *Maternal deaths in Australia 2012–2014*. Cat. no. PER

92. AIHW. <https://www.aihw.gov.au/getmedia/a8ff4563-b8f6-43b4-826e-a861522d825a/aihw-per-92.pdf>.

World Health Organization (2022, February 20). *Preventing Suicide: A Global Imperative*. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>.

Zhong, Q. Y., Gelaye, B., Miller, M., Fricchione, G. L., Cai, T., Johnson, P. A., Henderson, D. C., & Williams, M. A. (2016). Suicidal behavior-related hospitalizations among pregnant women in the USA, 2006-2012. *Archives of women's mental health*, 19(3), 463–472. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0597-x>.

Zhong, Q. Y., Gelaye, B., Rondon, M. B., Sánchez, S. E., Simon, G. E., Henderson, D. C., Barrios, Y. V., Sánchez, P. M., & Williams, M. A. (2015). Using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) to assess suicidal ideation among pregnant women in Lima, Peru. *Archives of women's mental health*, 18(6), 783–792. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0481-0>.

**3. APOYO SOCIAL PERCIBIDO COMO FACTOR
PROTECTOR DE LA IDEACIÓN SUICIDA
EN EMBARAZADAS.
(SOCIAL SUPPORT PERCEIVED AS A PROTECTIVE
FACTOR OF SUICIDAL IDEATION IN PREGNANT
WOMEN).**

Article Type: Original Research

First Author: Pilar Carolina Castelao Legazpi

Order of Authors: Pilar Carolina Castelao Legazpi, Maria F.Rodríguez-Muñoz, Huynh-NhuLe, Cristina Soto Balbuena, Maria Eugenia Olivares, Nuria Izquierdo Méndez

Corresponding Author: Pilar Carolina Castelao Legazpi pcastelao1@alumno.uned.es

Resumen

Introducción: La maternidad es un momento en la vida de las mujeres en el que se necesita especialmente el apoyo del entorno social para mitigar las demandas que requieren el periodo de gestación y el posparto inmediato. **Método:** En este estudio multicéntrico, la muestra incluye 1524 mujeres embarazadas reclutadas del área obstétrica de dos hospitales españoles de tercer nivel asistencial. Se comparan las respuestas de las mujeres que dicen presentar ideación suicida con aquellas que informan no presentarla, analizando sus respuestas al ítem 9 del *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) y se comparan las diferencias en las distintas dimensiones del PHQ-9 (cognitivo-afectiva, somática y puerperal). Se analiza qué componentes del apoyo social percibido funcionaban como factores predictores de la ideación suicida prenatal, mediante el análisis de sus respuestas en el Postpartum Depression Predictors Inventory (PDPI-R). **Resultados:** Las mujeres con ideación suicida tienen mayor carga cognitiva-afectiva, somática y puerperal, frente a las que no presentan ideación suicida. La falta de apoyo emocional percibido de la pareja o las amistades y la falta de apoyo práctico percibido de la familia son factores que predicen la ideación suicida. **Discusión:** Es importante proporcionar a las mujeres apoyo social efectivo para prevenir la ideación suicida.

Palabras clave: Prenatal Suicidal Ideation. Maternal Mental Health. Apoyo Social. Prevention. Predictor Variables. Risk Factors. Pregnancy.

Introducción

La maternidad es un momento en la vida de las mujeres en el que se necesita especialmente el apoyo del entorno social, para mitigar las demandas que requieren el periodo de gestación y el posparto inmediato. El nacimiento del bebé implica importantes cambios para la mujer y su entorno. Así, las mujeres necesitan especialmente en ese momento disponer de apoyo real de su entorno social y también percibir que éste se da. Esto se debe a que el apoyo social actúa con relación a la presencia de acontecimientos estresantes, bajo el mecanismo de redefinición del daño potencial del estresor (Sandín, 2003; Barra, 2004). En este sentido, el apoyo social ha sido demostrado como uno de los

recursos de afrontamiento más importantes para las personas en diversas circunstancias (Mella-Morambuena et al., 2020). De hecho, la relación entre la percepción de ausencia de apoyo social y la ideación suicida se encuentra establecida (OMS, 2022). En concreto, la percepción del apoyo hace referencia al grado en que se percibe la existencia de relaciones proveedoras de apoyo suficientes y adecuadas (Rodríguez-Marín et al., 2003). El apoyo social percibido se entiende como la valoración cognitiva que hace la persona de estar conectada de manera fiable con otros (Gómez et al., 2001). Este factor ha demostrado tener más impacto sobre la salud y el bienestar que el apoyo social que en efecto se recibe (Barrón y Chacón, 1992; Sandín, 2003). Así, el apoyo social percibido ha sido demostrado como una percepción que afecta benéficamente a la salud integral de la persona (Gómez et al., 2001). Resulta fundamental disponer de él, especialmente durante el periodo del embarazo y el posparto.

En el período perinatal, el apoyo social tiene implicaciones para las mujeres (Field, 2010; Chen et al., 2006). Un mayor apoyo social percibido predice significativamente mejor salud y mayor calidad de vida percibida en las embarazadas (Guarino et al., 2013). La percepción de apoyo social favorece la salud gestacional (Loterio et al., 2018). Se encuentran diferencias significativas entre los niveles de depresión, estrés y ansiedad, entre las mujeres embarazadas que perciben que reciben apoyo social y aquellas que no lo perciben (Leis y Gallegos, 2018). La ausencia de apoyo social percibido como adecuado durante la gestación está relacionada con la mayor incidencia de sintomatología depresiva en las mujeres durante el embarazo (Tambelli et al., 2019). Tanto es así que Newport et al. (2007) identificaron como factor de riesgo de la ideación suicida prenatal, entre otros: no tener pareja, aspecto que puede redundar en un menor nivel de apoyo social percibido.

Con relación a lo anterior, se ha establecido la asociación existente entre el apoyo social percibido y la ideación suicida en distintos contextos y con diversas muestras. Por ejemplo, Casey et al. (2006) estudiaron factores asociados con la ideación suicida en la población general irlandesa, encontrando una interacción entre la existencia de apoyos sociales y los eventos vitales adversos en las probabilidades de presentar ideación suicida. Myer et al. (2008) estudiaron en población general sudafricana cómo influye el apoyo y los ingresos en la angustia psicológica, encontrando asociaciones persistentes entre la carencia de apoyo social, el nivel socioeconómico más bajo y la angustia psicológica. Nnachebe et al. (2017) estudiaron concretamente cómo influye el apoyo en la ideación y conducta suicidas en las mujeres embarazadas con bajos ingresos económicos de

Sudáfrica, subrayando la importancia de los factores socioeconómicos y contextuales (entre los que se incluye el apoyo social) en un mayor riesgo de ideas y conductas suicidas. Encuentran que: a medida que aumenta la percepción de apoyo social, se reduce la ideación suicida. También evidencian que no disponer de pareja estable que apoye a la gestante aumenta el riesgo de experimentar ideación suicida. Las mujeres embarazadas tienen un mayor riesgo de ideación suicida (Nnachebe et al., 2017). No obstante, Fuhr et al. (2014) estudiaron internacionalmente el suicidio relacionado con el embarazo, encontrando que en países de bajos y medios ingresos, la conducta suicida supone una contribución modesta a la mortalidad relacionada con el embarazo.

Asimismo, se conoce que la falta de apoyo social percibido en un momento vital estresante como es el embarazo puede suponer un factor de riesgo de ideación suicida. Brown et al. (2012), en su estudio con adolescentes embarazadas estadounidenses, demuestran que el apoyo social percibido de la pareja y los padres disminuye la probabilidad de que presenten ideación suicida. Por tanto, el apoyo social percibido funciona como factor protector de la ideación suicida durante el embarazo. Se han encontrado como factores de protección para el suicidio perinatal: las relaciones personales sólidas con apoyo social, emocional y financiero, y el apoyo en la búsqueda de ayuda profesional (Turecki y Brent, 2016).

La influencia del apoyo social percibido en la ideación suicida también ha sido valorada en mujeres hispanas, demostrándose por ejemplo en una muestra de embarazadas brasileñas que: no disponer de pareja estable (lo que tiene que ver con una posible carencia de apoyo) aumenta la ideación suicida (Huang et al., 2012). También en un estudio realizado con gestantes mejicanas, se evidencia la falta de apoyo de la pareja y la familia como factores que incrementan el riesgo de ideación suicida durante el embarazo, asociándose la ideación suicida a la separación de la pareja o a conflictos con ella, a sentirse solas, y/o a tener problemas familiares (Lara y Letechipía, 2009). Asimismo, Melville et al. (2010) encontraron como factores asociados con la ideación suicida durante el embarazo: la depresión mayor antenatal y el estrés psicosocial, alteraciones emocionales que se sabe también que mejoran con apoyo social.

Por otra parte, la depresión es uno de los factores de riesgo más importantes con relación al suicidio perinatal (Coelho et al., 2014). La existencia de depresión se ha demostrado como un factor de riesgo de la ideación suicida prenatal (Newport et al., 2007). Se ha encontrado en mujeres embarazadas hispanas que el modelo de tres factores (cognitivo-afectivos, somáticos y relacionados con el embarazo) es el que mejor se ajusta

a sus datos respecto a su posible estado de ánimo depresivo (Marcos-Nájera et al., 2018; Alexander et al., 2014). Así, el constructo cognitivo-afectivo (tener poco interés o placer al hacer las cosas, sentirse decaída, deprimida o sin esperanza, sentirse mal con una misma o decepcionada, o tener pensamientos de que estaría mejor muerta o de hacerse daño de alguna manera) explica el 24,17% de la varianza en la sintomatología depresiva en las mujeres embarazadas estudiadas; el relativo a los síntomas relacionados con el embarazo (presentar dificultad para conciliar el sueño, permanecer dormida o dormir demasiado, sentirse cansada, tener poca energía, tener poco apetito o comer en exceso) explica el 23,66%; y el somático (manifestar dificultades para concentrarse y moverse, hablar más lentamente, o bien estar inquieta, moviéndose más de lo habitual), explica el 16,96%. La mayor carga significativa del ítem relativo a la ideación suicida perinatal en el constructo cognitivo-afectivo (Marcos-Nájera et al., 2018) señala que ésta puede ser considerada un aspecto fundamentalmente cognitivo.

Pese a la evidencia demostrada de la influencia del apoyo social percibido en la mayor o menor probabilidad de presentar ideación suicida durante el embarazo, bajo nuestro conocimiento no existen trabajos que analicen su asociación en nuestro contexto. Por una parte, es necesario determinar si el apoyo social percibido actúa como factor protector de la ideación suicida en mujeres embarazadas hispanas. Por otra parte, sería útil conocer si el apoyo percibido (de la familia, la pareja y las amistades) aumenta o disminuye su probabilidad de presentar ideación suicida. Por ello, este estudio se plantea como **objetivos**: a) ver si existen diferencias en las puntuaciones de las mujeres embarazadas con ideación suicida en las distintas dimensiones del PHQ-9, frente a las que no tienen ideación suicida; y b) analizar la importancia del apoyo social percibido en la ideación suicida prenatal.

Metodología

Participantes

La muestra está constituida por 1524 mujeres embarazadas, residentes en dos ciudades españolas (1124 de Madrid y 400 de Oviedo). Éstas son reclutadas entre 2014 y 2017 en los servicios de Ginecología y Obstetricia de 2 hospitales públicos españoles de tercer nivel (figura 1).

El estudio es aprobado por los Comités de Ética de ambos hospitales y sigue los Principios de la Declaración de Helsinki. Las participantes reciben asistencia prenatal y participan voluntariamente, firmando el consentimiento informado. El cribado se hace al finalizar el primer trimestre de embarazo, cuando acuden a la consulta de control ecográfico. Los cuestionarios son cumplimentados individualmente, con lápiz y papel. Los criterios de inclusión del estudio son: estar embarazada, recibir atención obstétrica prenatal, y entender el idioma español; y los criterios de exclusión: no entender el idioma español, y no acceder a firmar el consentimiento informado.

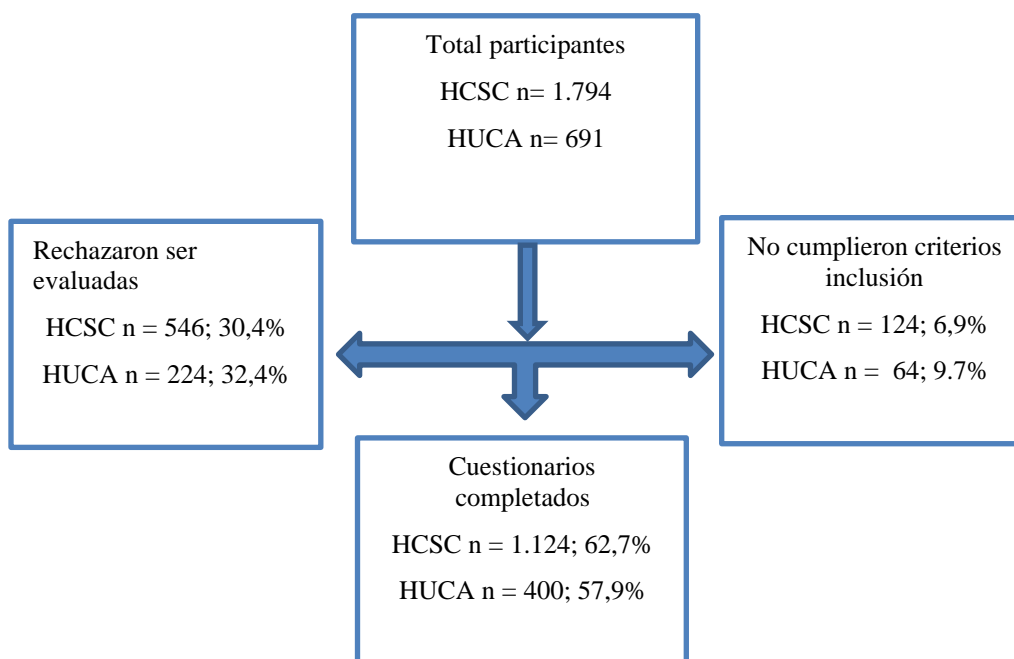


Figura 1. - Participantes.

Instrumentos

Se aplica a las mujeres embarazadas voluntarias dos cuestionarios para: a) medir la prevalencia de ideación suicida; y b) conocer los factores predictores de la misma. En concreto, las mujeres participantes en el estudio cumplimentan los siguientes cuestionarios: a) el cuestionario *Patient Health Questionnaire – 9* (PHQ – 9; Kroenke et al., 2001; Manea et al., 2015), que evalúa la sintomatología depresiva, la prevalencia de depresión perinatal y la presencia de ideación suicida; y b) la subescala de apoyo social del inventario *Postpartum Depression Predictors Inventory – Revised* (PDPI – R; Beck,

2002; Rodríguez-Muñoz et al., 2017), que analiza los factores de riesgo de la depresión perinatal.

- *Patient Health Questionnaire – 9* (PHQ – 9; Kroenke et al., 2001; Manea et al., 2015)

Para evaluar la presencia de ideación suicida en las mujeres embarazadas de la muestra, se utilizó el ítem 9 del cuestionario PHQ – 9. Este cuestionario ha sido ampliamente utilizado en diferentes muestras de mujeres embarazadas (Smith et al., 2020; Velloza et al., 2020; Bitew et al., 2019). Se optó por aplicar el PHQ – 9 por tratarse de un cuestionario de referencia para embarazadas, de libre acceso y con buenas propiedades psicométricas. Diferentes estudios aportan evidencia de la validez y fiabilidad del PHQ-9 cuando se aplica a muestras de mujeres que atraviesan el proceso de embarazo en diversas nacionalidades, entre ellas, la española (Marcos-Nájera et al., 2018; Zhong et al., 2014; Flynn et al., 2011). La versión española del PHQ-9 presenta una consistencia interna moderada ($\alpha = 0.81$) (Marcos-Nájera et al., 2018). Se trata de un instrumento sencillo y autoadministrado, reconocido por organismos internacionales (NICE, 2022; U.S. Preventive Services Task Force, 2002), que permite estimar la severidad y evolución del proceso depresivo pre- y posparto. Se contesta con escalas Likert de 0 a 3 puntos, y los análisis factoriales previamente realizados permiten agrupar sus ítems en tres bloques: cognitivo-afectivo (ítems 1, 2, 6 y 9), psicomotor (ítems 7 y 8) y somático asociado al embarazo (ítems 3, 4 y 5). El ítem 9 es el que se refiere a la ideación suicida y se formula como sigue: “¿Ha pensado que estaría mejor muerta o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera?”. El estudio de la ideación suicida se realizó analizando las respuestas de las mujeres a ese ítem 9 del PHQ – 9.

- *Postpartum Depression Predictors Inventory – Revised* (PDPI – R; Beck, 2002; Rodríguez-Muñoz et al., 2017)

Para evaluar la falta de apoyo social percibido como posible factor predictor del riesgo de ideación suicida, se aplica a las mujeres embarazadas del estudio la subescala correspondiente de la versión prenatal del Inventario Revisado de Predictores de Depresión Posparto (PDPI – R). Esta subescala recoge distintos ítems, con preguntas referidas al apoyo emocional e instrumental percibido de la pareja, las amistades y la familia. El PDPI – R incluye los factores de riesgo más relevantes descritos por la literatura y ha sido ampliamente utilizado en diferentes contextos (Ibarra-Yruegas et al.,

2016; Ikeda y Kamibeppu, 2013). El PDPI – R fue diseñado y revisado por Beck e incluye una versión prenatal y otra postnatal. La versión antenatal ha sido validada en mujeres embarazadas españolas y su administración en el periodo prenatal muestra excelentes propiedades predictivas, con una consistencia interna satisfactoria ($\alpha = 0.855$) (Rodríguez-Muñoz et al., 2017). Esta versión prenatal, utilizada en este estudio, incluye 10 escalas, con respuestas sí/no, de las cuales solo se aplicó la relativa al apoyo social percibido. La principal ventaja de este instrumento es que ha sido validado con población española, arrojando buena consistencia interna ($\alpha = .85$), sensibilidad (62.3%), y especificidad (69.5%). La utilidad del instrumento redundante en que se ha probado que a mayor número de factores que sean detectados durante el cribado prenatal, mayor será la probabilidad de sufrir depresión y la depresión es uno de los factores de riesgo más importantes del suicidio perinatal.

Análisis estadísticos

Para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en la asociación entre las distintas dimensiones del PHQ-9 y la ideación suicida antenatal, se realizan pruebas *t*. Se comparan las respuestas en las distintas dimensiones de las mujeres que en la muestra analizada dicen presentar ideación suicida con las de aquellas que dicen no presentarla.

Mediante análisis de regresión lineal múltiple de las respuestas de las mujeres estudiadas a los distintos ítems de la escala de Apoyo Social Prenatal del PDPI – R, se analizan los distintos componentes del apoyo social percibido que pudieran ser factores predictores de la ideación suicida prenatal.

Los análisis se realizan empleando el programa estadístico SPSS (*Statistical Package for Social Science*), Versión 24.

Resultados

Se consigue determinar que las mujeres embarazadas con ideación suicida tienen mayor carga cognitivo-afectiva, somática y puerperal, frente a las mujeres que no presentan ideación suicida. Asimismo, aunque en todas las dimensiones del PHQ-9 se

encuentran diferencias significativas, en el aspecto cognitivo estas son significativamente más pronunciadas.

La **tabla 1** muestra las respuestas de la muestra en las distintas dimensiones del cuestionario PHQ-9, estratificadas por la presencia o ausencia de ideación suicida prenatal.

Tabla 1

Diferencias en las dimensiones del PHQ-9 en mujeres con y sin ideación suicida.

	Mujeres con ideación suicida (n = 39)	Mujeres sin ideación suicida (n = 1448)	
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	t
Somática	2.55 (1.606)	.55 (1026)	-7.654**
Cognitivo-afectiva	7.27 (2.883)	1.33 (1.681)	-12.477**
Puerperal	6.37 (2.199)	3.63 (2.302)	-7.574**

Nota: Respuestas en las 3 dimensiones del cuestionario PHQ-9 en las mujeres con ideación suicida y sin ideación suicida, donde * = $p < 0.05$ ** = $p < 0.001$.

En el grupo de mujeres que dicen presentar ideación suicida (frente a las que niegan presentarla), se encuentra mayor presencia de síntomas cognitivo-afectivos ($t = -12.477$, $p = 0.001$), somáticos ($t = -7.654$, $p = 0.001$), y puerperales o relacionados con el embarazo ($t = -7.574$, $p = 0.001$). Las medias entre las mujeres con ideación suicida son diferentes a las de las mujeres sin ideación suicida y esta diferencia es significativa, lo que sugiere que las mujeres con ideación suicida tienen mayor carga de sintomatología depresiva cognitivo-afectiva, somática y puerperal, frente a las mujeres que no presentan ideación suicida.

Asimismo, aunque en todas las dimensiones del PHQ-9 se encuentran diferencias significativas, en el aspecto cognitivo estas son más marcadas que en los otros dos componentes (somático y puerperal).

En la **tabla 2**, se recoge la asociación entre el tipo de apoyo (emocional y práctico - de la pareja, de la familia y de las amistades -) y la ideación suicida durante el embarazo.

Tabla 2

Tipo de apoyo social percibido como posible factor predictor de la ideación suicida durante el embarazo.

Escales de Apoyo Social Prenatal del PDPI – R	Total
	$R^2 = .055$
	$F(6;1434) =$
	13.935^{**}
	<hr/> β <hr/>
E6.1) Pareja	
Apoyo emocional de la pareja	-.132**
Apoyo instrumental de la pareja	.513
E6.2) Familia	
Apoyo emocional de la familia	-.033
Apoyo instrumental de la familia	-.078*
E6.3) Amigos	
Apoyo emocional de las amistades	-.095**
Apoyo instrumental de las amistades	.001

Nota: Resultados del análisis de regresión de las distintas respuestas de las embarazadas a la escala de apoyo social del PDPI-R, en función de su respuesta positiva al ítem 9 del PHQ-9 (sí ideación suicida); donde * = $p < 0.05$ ** = $p < 0.001$.

Se encuentra que predicen la ideación suicida en la muestra: la falta de apoyo emocional de la pareja ($\beta = -.132$, $p < 0.001$), la falta de apoyo instrumental o práctico de la familia ($\beta = -.078$, $p < 0.05$) y la falta de apoyo emocional de las amistades ($\beta = -.095$, $p < 0.001$).

Discusión

La falta de apoyo social percibido había sido demostrada previamente como un factor de riesgo para la psicopatología prenatal (Biaggi et al., 2016). En este sentido, nuestros datos evidencian las consecuencias negativas de la falta de apoyo social percibido en la salud mental de las mujeres embarazadas. Concretamente, este estudio

muestra que la falta de apoyo instrumental de la familia, y emocional de la pareja o las amistades está relacionada con la ideación suicida en mujeres embarazadas.

Así, encontramos que el apoyo emocional de la pareja y las amistades funcionan como factores protectores de la ideación suicida prenatal. Especialmente, la falta de apoyo emocional de la pareja se asocia con ideación suicida en nuestra muestra. Esto va en la línea de anteriores estudios que evidencian estas asociaciones significativas entre el bajo apoyo social percibido y los síntomas depresivos en mujeres embarazadas ([Gan et al., 2019](#)). La teoría clásica de [Kitamura et al. \(1996\)](#), postula que la falta de apoyo social percibido (sobre todo de la pareja) impacta adversamente en la salud mental de las mujeres y lo hace especialmente durante el embarazo (asociándose con la depresión prenatal). Estos autores explican lo anterior de la siguiente manera: el embarazo se entiende como un momento en el que se suelen amplificar las inseguridades de la mujer, al tratarse de un momento de transición, donde el temor al futuro puede llevarle a plantearse dudas existenciales. Asimismo, nuestros datos coinciden con los resultados de otros estudios que demuestran que la falta de apoyo emocional y práctico percibidos, así como no disponer del apoyo de la pareja, contribuyen a la respuesta depresiva de la mujer ([Lara et al., 2006](#); [Brown, 2000](#)).

Se demuestra también que el apoyo instrumental o práctico proporcionado por la familia, el apoyo emocional de la pareja y el apoyo emocional de los amigos, protegen de la ideación suicida prenatal. Este resultado coincide con lo encontrado en el clásico realizado por [Billings y Moss \(1981\)](#) con población general, quienes comprobaron que el apoyo que proporciona la familia a las mujeres se asocia con su mejor ajuste psicológico ante el impacto de los eventos vitales estresantes. En nuestro estudio, se muestra como particularmente relevante el apoyo instrumental de la familia para minimizar el impacto de estrés. Se prueba que resulta de mucha utilidad para la mujer embarazada que sus familiares se impliquen en la realización de todo tipo de conductas de ayuda directa en su día a día. Esto también va en la línea de estudios más recientes, realizados con mujeres embarazadas hispanas, como el de [Loterio et al. \(2018\)](#), que demuestran que a pesar de que el embarazo es una etapa vital que exige una alta demanda adaptativa para las madres, motivo que genera la aparición de estrés gestacional y emociones negativas durante este periodo, la percepción de apoyo familiar favorece su salud gestacional. De hecho, las mujeres embarazadas que informaron durante la pandemia de covid-19 de un descenso de su apoyo social percibido de sus familiares, parejas y amistades, también refirieron mayores niveles de estrés ([Matvienko-Sikar et al., 2020](#)).

Además, se encuentra claramente establecida desde hace tiempo la relación entre los recursos de afrontamiento (las redes de apoyo social), las respuestas de afrontamiento (la búsqueda de apoyo social) y la calidad de vida de las personas (Rodríguez – Marín, et al., 1993). Se conoce también que el estrés es resultado de una valoración que la persona hace de un desequilibrio entre sus recursos/capacidades de afrontamiento y las demandas del acontecimiento, a favor de estas últimas (Lazarus y Folkman, 1984). Nuestros resultados se muestran coherentes con estas evidencias científicas clásicas.

Se ha conseguido determinar también que las mujeres embarazadas con ideación suicida tienen mayor carga cognitivo-afectiva, somática y puerperal, frente a las mujeres que no presentan ideación suicida. Esto es lógico, ya que es esperable que las mujeres que en general se encuentran peor, tengan mayor probabilidad de ideación suicida que las que se encuentran mejor. Asimismo, aunque en todas las dimensiones del PHQ-9 se encuentran diferencias significativas, en el aspecto cognitivo estas son muy marcadas. Este resultado tiene sentido si se tiene en cuenta que la ideación suicida es un aspecto puramente cognitivo (Heisel et al., 2002). Asimismo, la asociación entre la ideación suicida y el funcionamiento cognitivo característico de la depresión y la desesperanza se ha demostrado como significativa previamente (Heisel et al., 2002), y es sabido que la desesperanza es un elemento clave en el riesgo suicida (Pérez et al., 2017).

Con todo, el estudio cuenta con importantes fortalezas. En primer lugar, se ha podido establecer la importancia relativa de los distintos tipos de apoyo social percibido en las mujeres embarazadas. En segundo lugar, se ha podido examinar la asociación entre la falta de apoyo social percibido y la presencia de ideación suicida en las mujeres evaluadas. En tercer lugar, los resultados son generalizables, ya que la investigación ha sido realizada con una muestra amplia, perteneciente a dos hospitales públicos españoles de tercer nivel. Sin embargo, a pesar de estas importantes aportaciones, el estudio no se encuentra exento de limitaciones. La principal consiste en no haber podido realizar un seguimiento longitudinal de la evolución de la ideación suicida a lo largo de todo el embarazo e incluso del periodo posparto. Esto imposibilita ver cómo evoluciona la ideación suicida en la muestra, lo cual sería muy interesante. Además, la ideación suicida se ha valorado en base a la respuesta a un solo ítem, lo que dificulta una exploración más completa de tan importante elemento. No obstante, trabajos previos han venido evaluando la ideación suicida perinatal en grandes poblaciones basándose también en respuestas a un solo ítem, con resultados adecuados (Arachchi et al., 2019; Gavin et al., 2011; Newport et al., 2007; Sit et al. 2015; Zhong et al. 2015).

En cuanto a posibles investigaciones futuras, sería interesante analizar cómo influye el apoyo social percibido no solo en la sintomatología depresiva sino también en la ansiosa. Además, se ha encontrado en mujeres canadienses que tener hijos previamente es un factor de riesgo para la presencia de ideación suicida durante el embarazo, en comparación con ser primípara, que *a priori* protege (Nnachebe et al., 2017). Estudios que se realicen posteriormente habrán de ampliar esta cuestión en nuestro contexto, tratando de determinar cómo influye el apoyo social en las mujeres primerizas respecto a las que no lo son, para plantear medidas preventivas de la ideación suicida prenatal que presten atención a esta cuestión. Quizá el tener hijos previamente funcione como un factor estresante que se pueda paliar mediante la facilitación de apoyo social a la madre.

Respecto a las implicaciones clínicas del estudio, se ha demostrado que el apoyo emocional durante la gestación resulta un aspecto fundamental. Se les debe trasladar a los agentes implicados en la atención a la salud de las mujeres embarazadas su importancia. Además, el estudio evidencia la necesidad de que, tanto los profesionales de salud implicados en su asistencia como su círculo social personal, proporcionen apoyo emocional o afectivo a las mujeres embarazadas según sus necesidades. Es importante que la pareja y las amistades actúen como soporte emocional de la embarazada. Se propone como parte de los cuidados perinatales facilitar pautas a la mujer embarazada, con relación a cómo facilitar el apoyo emocional, para que las comparta con su pareja y sus amistades próximas. Por último, esta investigación muestra la necesidad de proteger a las mujeres embarazadas que presentan mayores factores de vulnerabilidad para llegar a presentar ideación suicida. Se sugiere reforzar las campañas preventivas de la ideación suicida también durante el periodo de la maternidad, incluyendo en los servicios obstétricos programas preparto que incrementen el apoyo social percibido de las mujeres.

Referencias

- Alexander, L., Rodríguez, M., Perry D., y Le H. (2014). The latent symptom structure of the Beck depression inventory: second edition in Latina pregnant women. *Maternal and Child Health Journal*, 18, 1132-1141. <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1343-5>
- Arachchi, N., Ganegama, R., y Husna, A. (2019). Suicidal ideation and intentional self-harm in pregnancy as a neglected agenda in maternal health; an experience from rural Sri Lanka. *Reproductive Health*, 16, 166. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0823-5>
- Barra, E. (2004). Apoyo social estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14, 237-243. <https://doi.org/10.25009/pys.v14i2.848>
- Barrón, A., y Chacón, F. (1992). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de Psicología Social*, 7(1), 53–59. <https://doi.org/10.1080/02134748.1992.10821654>
- Beck, C. (2002). Revision of the Postpartum Depression Predictors Inventory. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 31(4), 394–402. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2002.tb00061.x>
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., y Pariante, C. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191, 62 – 77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
- Bitew, T., Hanlon, C., Medhin, G., y Fekadu, A. (2019). Antenatal predictors of incident and persistent postnatal depressive symptoms in rural Ethiopia: a population-based prospective study. *Reproductive Health*, 16 (1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0690-0>
- Billings, A. y Moss, T. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the impact of stressful life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139 – 157. <https://doi.org/10.1007/BF00844267>
- Brown, J., Harris, S., Woods, E., Buman, M., y Cox, J. (2012). Longitudinal study of depressive symptoms and social support in adolescent mothers. *Maternal and child health journal*, 16(4), 894–901. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0814-9>
- Brown, S.L. (2000). The effect of union type on psychological well-being. Depression among cohabitators versus married. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 241-255. <https://doi.org/10.2307/2676319>
-

- Casey, P., Dunn, G. y Kelly, B. (2006). Factors associated with suicidal ideation in the general population: five-centre analysis from the ODIN study. *The British Journal of Psychiatry*, 189, 410–415. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.017368>
- Chen, R., Ben-Haroush, A., Weismann-Brenner, A., Melamed, N., Hod, M., y Yogev, Y. (2007). Level of glycemic control and pregnancy outcome in type 1 diabetes: a comparison between multiple daily insulin injections and continuous subcutaneous insulin infusions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 197(4), 404. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2007.06.007>
- Coelho, F., Pinheiro, R., Silva, R., de Ávila, L., de Mattos, L., y de Matos, M. (2014). Parental bonding and suicidality in pregnant teenagers: a population-based study in southern Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49 (8), 1241–1248. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0832-1>
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior & Development*, 33, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005>
- Flynn, H., Sexton, M., Ratliff, S., Porter, K., y Zivin, K. (2011). Comparative performance of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Patient Health Questionnaire-9 in pregnant and postpartum women seeking psychiatric services. *Psychiatry Research*, 187, 130–134. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.10.022>
- Fuhr, D., Calvert, C., y Ronsmans, C. (2014). Contribution of suicide and injuries to pregnancy-related mortality in low- income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 1, 213–225. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70282-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70282-2)
- Gan, Y., Xiong, R., Song, J., Xiong, X., Yu, F., Gao, W., Hu, H., Zhang, J., Tian, Y., Gu, X., Zhang, J., y Chen, D. (2019). The effect of perceived social support during early pregnancy on depressive symptoms at 6 weeks postpartum: a prospective study. *BMC Psychiatry*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2188-2>
- Gavin, A., Tabb, K., Melville, J., Guo, Y., y Katon, W. (2011). Prevalence and correlates of suicidal ideation during pregnancy. *Archives of Womens Ment Health*, 14(3), 239–246. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0207-5>
- Gómez, L., Pérez, M. y Vila, J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud. *Psicología Conductual*, 9(1), 5-8.

- Guarino, L., Scremín, F., y Borrás, S. (2013). Nivel de información y apoyo social como predictoras de la salud y calidad de vida durante el embarazo. *Psychologia Avances de la Disciplina*, 7(1), 13-21. <https://doi.org/10.21500/19002386.1190>
- Heisel, M., Flett, G., y Besser, A. (2002). Cognitive functioning and geriatric suicide ideation: testing a mediational model. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(4), 428–436. <https://doi.org/10.1097/00019442-200207000-00009>
- Huang, H., Faisal-Cury, A., Chan, Y., Tabb, K., Katon, W., y Menezes, P. (2012). Suicidal ideation during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in Sao Paulo, Brazil. *Archives of Womens Mental Health*, 15, 135-138. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0263-5>
- Ibarra-Yruegas, B., Lara, M.A., Navarrete, L., Nieto, L., y Kawas, O. (2016). Psychometric properties of the Post-partum Depression Predictors Inventory-Revised for pregnant women in Mexico. *Journal of Health Psychology*, 23(11), 1415–1423. <https://doi.org/10.1177/1359105316658969>
- Ikeda, M., y Kamibeppu, K. (2013). Measuring the risk factors for postpartum depression: development of the Japanese version of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R-J). *BMC Pregnancy Childbirth*, 13, 112. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-112>
- Kitamura, T., Shima, S., Sugawara, M., y Toda, M. (1996). Clinical and psychosocial correlates of antenatal depression: a review. *Psychother Psychosom*, 65(3), 117-123. <https://doi.org/10.1159/000289062>
- Kroenke, K., Spitzer, R., y Williams, J. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Lara, A., y Letechipía, G. (2009). Ideación y comportamiento suicida en embarazadas. *Salud Mental*, 32 (5), 381-387.
- Lara, A., Navarro, C., Navarrete, L., Cabrera, M., y Almanza, J. (2006). Sintomatología depresiva en el embarazo y factores asociados en tres instituciones de salud de la ciudad de México. *Salud Mental*, 29 (4), 55-62
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). Coping and Adaptation. En W.D. Gentry (Ed.). *The Handbook of Behavioral Medicine* (pp. 282 – 325). Guildford.
- Leis, P. y Gallegos, R. (2018). Relación entre apoyo social, estrés, ansiedad y depresión durante el embarazo en una población Mexicana. *Ansiedad y Estrés*, 24(2–3), 67–72. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2018.03.003>

- Lotero, H., Villa, I., y Torres, L. (2018). Afectividad y apoyo social percibido en mujeres gestantes: un análisis comparativo. *Revista Colombiana de Psicología*, 27(2), 85–101. <https://doi.org/10.15446/rcp.v27n2.65584>
- Manea, L., Gilbody, S., y McMillan, D. (2015). A diagnostic meta-analysis of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) algorithm scoring method as a screen for depression. *General Hospital Psychiatry*, 37, 67-75. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.09.009>
- Marcos-Nájera, R., Huynh-Nhu, L., Rodríguez-Muñoz, M., Olivares, M., e Izquierdo N. (2018). The structure of the Patient Health Questionnaire-9 in pregnant women in Spain. *Midwifery*, 62, 36-41. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.011>
- Matvienko-Sikar, K., Pope, J., Cremin, A., Carr, H., Leitao, S., Olander, E. K., y Meaney, S. (2020). Differences in levels of stress, social support, health behaviours, and stress-reduction strategies for women pregnant before and during the COVID-19 pandemic, and based on phases of pandemic restrictions, in Ireland. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.010>
- Mella-Morambuena, J., López-Angulo, Y., Sáez-Delgado, Y., y Del Valle, M. (2020). Estrategias de afrontamiento en apoderados durante el confinamiento por la COVID-19. *Cienciamérica*, 9(2), 322-333. <https://doi.org/10.33210/ca.v9i2.324>
- Melville, J., Gavin, A., Guo, Y., Fan, M., y Katon, W. (2010). Depressive disorders during pregnancy: prevalence and risk factors in a large urban sample. *Obstetrics & Gynecology*, 116(5), 1064–1070. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181f60b0a>
- Myer, L., Stein, D., y Grimsrud, A. (2008). Social determinants of psychological distress in a nationally-representative sample of south African adults. *Social Science & Medicine*, 66, 1828–1840. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.025>
- National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE] (2022, Febrero 20). *Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance —Updated Edition*. NICE Clinical Guidelines. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
- Nnachebe, M., Field, S., Bantjes, J., y Honikman, S. (2017). Perinatal suicidal ideation and behavior: psychiatry and adversity. *Archives of Womens Mental Health*, 20, 321-331. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0706-5>

- Newport, D., Levey, L., Pennell, P., Ragan, K., y Stowe, Z. (2007). Suicidal ideation in pregnancy: assessment and clinical implications. *Archives of Women's Mental Health*, 10(5), 181–187. <https://doi.org/10.1007/s00737-007-0192-x>
- Pérez, S., Marco, J. H., y García-Alandete, J. (2017). The role of hopelessness and meaning in life in a clinical sample with non-suicidal self-injury and suicide attempts. *Psicothema*, 29(3), 323-328. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.284>
- Rodríguez-Marin, J., Pastor, A., y Lopez-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.
- Rodríguez-Marín, J., Terol, M., López-Roig, S., Martín-Aragón, M., Neipp, M., y Pastor, M. (2003). Apoyo social, afrontamiento y estado de salud en los pacientes oncológicos. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*, 25, 37–51. <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI15-2.rase>
- Rodríguez-Muñoz, M. F., Vallejo Slocker, L., Olivares Crespo, M. E., Izquierdo Méndez, N., Soto, C., y Le, H. N. (2017). Propiedades psicométricas del Postpartum Depression Predictors Inventory- revised- versión prenatal en una muestra española de mujeres embarazadas [Psychometric properties of postpartum depression predictors inventory- revised- prenatal version in a sample of spanish pregnant women.]. *Revista española de salud pública*, 91, e201712047.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 141–157.
- Sit, D., Luther, J., Buysse, D., Dills, J.L., Eng, H., y Okun, M. (2015). Suicidal ideation in depressed postpartum women: associations with childhood trauma, sleep disturbance and anxiety. *Journal of Psychiatric Research*, 6(6–67), 95–104. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.04.021>
- Smith, M., Sanchez, S., Rondon, M., Gradus, J., y Gelaye, B. (2020). Validation of the patient health questionnaire-9 (phq-9) for detecting depression among pregnant women in lima, Peru. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00882-2>
- Tambelli, R., Trentini, C., Trovato, A., y Volpi, B. (2019). Role of psychosocial risk factors in predicting maternal and paternal depressive symptomatology during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 40(4), 541–556. <https://doi.org/10.1002/imhj.21791>

- Turecki, G., y Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet (London, England)*, 387(10024), 1227–1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
- U. S. Preventive Services Task Force (USPSTF). (2002). Screening for depression: recommendations and rationale. *Annals of Internal Medicine*, 136 (10), 760-764. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-10-200205210-00012>
- Valdés, M., y García-Esteve, L.I. (2016). *Manual de psiquiatría perinatal. Guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, posparto y lactancia*. Panamericana.
- Velloza, J., Njoroge, J., Ngure, K., Thuo, N., Kiptinness, C., Momanyi, R., Ayub, S., Gakuo, S., Mugo, N., Simoni, J., y Heffron, R. (2020). Cognitive testing of the PHQ-9 for depression screening among pregnant and postpartum women in Kenya. *BMC Psychiatry*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2435-6>
- World Health Organization. (2022, February 20). *Preventing suicide: A global imperative*. World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf
- Zhong, Q., Gelaye, B., Rondon, M., Sánchez, S., Simon, G., Henderson, D., Barrios, Y., Mascaro, P., y Williams, M. (2015). Using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) to assess suicidal ideation among pregnant women in Lima, Peru. *Archives of Womens Mental Health*, 18, 783 – 792. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0481-0>
- Zhong, Q., Gelaye, B., Fann, J.R., Sanchez, S.E., y Williams, M.A. (2014). Cross-cultural validity of the Spanish version of PHQ-9 among pregnant Peruvian women: a Rasch item response theory analysis. *Journal of Affective Disorders* 158, 148–153. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.012>

**4. PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE
CASO ANTE IDEACIÓN SUICIDA EN MUJERES
EMBARAZADAS: IMISE-P.
(*DETECTION AND MANAGEMENT PROTOCOL FOR
SUICIDAL IDEATION DURING PREGNANCY*).**

Publicado en Editorial UNED.

Citar: Castelao-Legazpi, P., Rodríguez-Muñoz, M., Olivares, E., Izquierdo, N. (2021).
Protocolo de identificación y manejo de la ideación suicida durante el embarazo
(IMISE-P). Editorial UNED.

Índice

Abstract / Palabras Clave

1. Introducción
2. Protocolo
 - 2.1. Cribado de la ideación suicida en embarazadas
 - 2.2. Abordaje de la ideación suicida durante el embarazo en función del riesgo
3. Conclusiones y consideraciones

Bibliografía

Abstract

El suicidio ha sido reconocido como un problema importante de salud pública. No obstante, las características, factores de riesgo y consecuencias del suicidio perinatal han sido poco estudiadas. Asociado a ello, en nuestro país no existe un protocolo estandarizado focalizado en la detección e intervención que permita a los profesionales atender correctamente a las mujeres embarazadas que presentan ideación suicida.

En el presente trabajo, se propone un protocolo basado en la evidencia para ser utilizado por los profesionales de la Psicología en los centros sanitarios cuando atiendan a mujeres embarazadas que presenten ideación suicida. Esta propuesta es importante en primer lugar porque la población de mujeres gestantes tiene una serie de características que la hacen más tendentes a presentar ideación suicida. En segundo lugar, porque se emplean un instrumento de medida específico de embarazadas (el Inventario Revisado de Predictores de la Depresión Posparto Versión Prenatal, PDPI-R) y otro (el Cuestionario de Salud del Paciente – 9, PHQ-9) que, pese a no ser específico de esta población, se ha probado que funciona muy bien con gestantes. En tercer lugar, porque las diferencias en sus características hacen que merezca consideración la elaboración de un protocolo concreto para abordar la ideación suicida en mujeres embarazadas.

Palabras Clave: Protocolo, ideación suicida, prevención, evaluación, embarazo.

1. Introducción.

El suicidio constituye uno de los problemas de mayor impacto en la salud pública mundial, siendo que más de un millón de personas se suicidan cada año en todo el mundo (WHO, 2022). En España, el suicidio es la primera causa no natural de defunción (INE, 2022). Además, supone una de las principales causas de años potenciales de vida perdidos (Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2022). De hecho, la Agenda 2030 del Gobierno de España marca como objetivo de Salud y Bienestar, entre otros: a) reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles, mediante la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar; b) reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos; y c) garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2022). Pese a que se conoce que el suicidio es la primera causa de muerte de las mujeres durante el embarazo y el posparto (Gelaye et al., 2017; Healey et al., 2013; Howard et al., 2011; Knight et al., 2022; Lindahl et al., 2005; Oates, 2003), apenas se han establecido pautas específicas basadas en la evidencia científica para su prevención (Khalifeh et al., 2016).

Además, varios estudios estiman el suicidio como una de las primeras causas de muerte materna (The Australian Institute of Health and Welfare, 2022; Moller, 2003; Grigorandis et al., 2017). No obstante, la conducta suicida durante el periodo perinatal es menor que en la población general de mujeres, siendo que se dan 1 ó 5 suicidios de cada 100.000 casos en embarazadas frente a 5 ó 10 suicidios de cada 100.000 casos en mujeres no embarazadas (Esscher et al., 2016; Fisher, 2016; Khalifeh et al., 2016; Howard et al., 2011; Lindahl et al., 2005; Lysell et al., 2018). Parece por tanto que el embarazo y el posparto funcionan como elementos protectores frente al suicidio consumado (Al-Hablábí et al., 2019).

No obstante, durante el embarazo la prevalencia de ideación suicida es superior a la de la población general de mujeres (Newport et al., 2007; Lindahl et al., 2005; Copersino et al., 2008), y la ideación suicida se considera uno de los principales predictores de los posteriores intentos de suicidio o del suicidio consumado (Al-Hablábí et al., 2019). Además, se conoce que las mujeres con diagnóstico de depresión tienen más riesgo de morir por suicidio, y se ha estimado la prevalencia del Trastorno Depresivo Mayor Perinatal en el 5% (Khalifeh et al., 2016). Es importante destacar también que, en ocasiones, los síntomas somáticos de la depresión (perturbaciones en el sueño, pérdida de

energía o problemas con la alimentación), pueden ser infradiagnosticadas por los profesionales pasar desapercibidos a los profesionales. Incluso las propias mujeres en ocasiones los confunden debido a la alta comorbilidad sintomatológica (Pereira, et al., 2014).

La literatura científica considera que el suicidio se mueve a lo largo de un continuo de diferentes naturalezas y severidades que van desde la ideación (la idea de la muerte como descanso, el deseo de morir) hasta la conducta suicida (Khalifeh et al., 2016). Las tentativas suicidas durante el embarazo son menos habituales, variando la prevalencia entre el 5 y el 14% entre quienes habrían manifestado tener pensamientos suicidas en esta etapa (Gelaye et al., 2017; Howard et al., 2011). La ideación suicida se considera uno de los principales predictores de los posteriores intentos de suicidio o del suicidio consumado (Orsolini et al., 2016). Una mayor presencia de ideación suicida se asocia con mayor prevalencia de intentos de suicidio y de muertes por dicho motivo (Huerta, 2015). O' Carroll et al. (1996) definen la "ideación suicida" como aquella en la que la persona tiene pensamientos de llevar a cabo conductas relacionadas con el suicidio. Durante el embarazo y el posparto, la prevalencia de ideación suicida varía del 2.6 al 29.2% (Gavin et al., 2011; Melville et al., 2010; Newport et al., 2007; Lindahl et al., 2005; Copersino et al., 2008).

Hay evidencia científica suficiente para afirmar que las mujeres embarazadas tienen mayor ideación suicida que la población general, aunque los datos varían considerablemente en función de la edad de las gestantes o del grupo étnico (Gelaye et al., 2016). Un estudio reciente llevado a cabo en Japón por Shigemi et al. (2020) revisó registros médicos a fin de establecer la prevalencia de los intentos de suicidio durante el embarazo y el posparto en gestantes hospitalizadas en la unidad de agudos con enfermedad psiquiátrica (fundamentalmente depresión o psicosis), encontrando que la prevalencia de dichos intentos fue significativamente mayor en las mujeres que se encontraban en el posparto (6,2%) frente a la que representaban las embarazadas (0,7%), y que el método más utilizado por las embarazadas fue hacerse cortes en la cara interior de la muñeca, mientras que en el posparto fue más frecuente el ahorcamiento. Además, un estudio reciente realizado en EE. UU. muestra que 1 de cada 20 gestantes presenta ideación suicida (Centre for Women's Mental Health, 2022). Otro estudio norteamericano propone que la prevalencia de pensamientos suicidas se encuentra alrededor del 23% en embarazadas que sufren violencia de pareja (Alhusen et al., 2015). La ideación suicida se ha encontrado que ocurre en 1.4% de las mujeres embarazadas inglesas (Lindahl et al.,

2005), el 0,5% de las finlandesas (Luoma et al., 2001), el 27.8% en mujeres estadounidenses con trastornos psiquiátricos (Newport et al., 2007), y el 37.6% de las mexicanas (Lara y Letechipía, 2009). En España, la ideación suicida es relativamente común en mujeres embarazadas, aunque el riesgo de cometer intentos o de suicidio consumado es menor que el observado en la población general (Sociedad Marcé Española, 2020). La prevalencia de ideación suicida en población general española se ha establecido en el 3,7% a lo largo de la vida y en el 0,9% durante los últimos 12 meses (Huerta, 2015). Por otra parte, los datos parecen indicar que un 7% de las mujeres españolas tienen ideación autolítica después de dar a luz (Gelabert et al., 2020). Aunque la ideación suicida y los intentos de suicidio durante el embarazo son menos frecuentes que en otras épocas de la vida, cuando ocurren tienen importantes consecuencias, afectando al desarrollo del feto y del embarazo en sí (Lara y Letechipía, 2009). Dadas además las dramáticas consecuencias para las familias que sufren la pérdida de la mujer embarazada, se evidencia la necesidad de contar con intervenciones preventivas (Lysell et al., 2018).

La Organización Mundial de la Salud (WHO) ha destacado la importancia de establecer políticas preventivas para diferentes grupos vulnerables, entre los que se encuentran las embarazadas (WHO, 2022). Un cribado de la ideación suicida en la población de mujeres embarazadas permitiría establecer medidas preventivas al respecto, recogiendo así las indicaciones de la WHO. Este protocolo tiene presente el concepto de coste-efectividad: introducirlo como medida preventiva podría suponer un ahorro de los costes para el sistema sanitario previsiblemente derivados de no tratar esta condición. Previamente, ya se ha puesto de manifiesto el ahorro para el sistema sanitario que supone realizar cribados, así como los efectos positivos de su aplicación en la mejora de la calidad de vida de las mujeres y sus familias (Cost Association, 2022; Paulden et al., 2009). La implementación de cribados de suicidio además de disminuir los intentos y las muertes por esta causa resulta rentable económicamente para el sistema de salud (Dunlap et al., 2019). Un cribado sistemático de la población discriminaría objetivamente qué gestantes requerirían de atención por riesgo de ideación suicida y permitiría actuar tempranamente con ellas. Diferentes instituciones internacionales han reconocido la trascendencia de realizar evaluaciones de la población en el periodo perinatal (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018; O'Connor et al., 2016; Earls and The Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family, 2010; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2022). Todas estas recomendaciones señalan la necesidad de utilizar

herramientas de detección validadas, entre las que se encuentran el *Patient Health Questionnaire – 9* (PHQ-9) (Marcos – Nájera et al., 2018) y el *Postpartum Depression Predictors Inventory – Revised* (PDPI-R) (Beck et al., 2006; Rodríguez-Muñoz et al., 2017).

El PHQ-9 ha sido ampliamente utilizado en diferentes muestras de mujeres embarazadas (Smith et al., 2020; Velloza et al., 2020; Bitew et al., 2019). Se trata de un cuestionario de referencia para embarazadas, de libre acceso y con buenas propiedades psicométricas. Diferentes estudios aportan evidencia de la validez y fiabilidad del PHQ-9 cuando se aplica a muestras de mujeres que atraviesan el proceso de embarazo en diversas nacionalidades, entre ellas, la española (Marcos-Nájera et al., 2018; Zhong et al., 2015; Flynn et al., 2011). La versión española del PHQ-9 presenta una consistencia interna moderada ($\alpha = 0.81$) (Marcos-Nájera et al., 2018). El PDPI – R incluye los factores de riesgo más relevantes descritos en la literatura y ha sido ampliamente utilizado en diferentes contextos de mujeres embarazadas, tanto en españolas (Rodríguez-Muñoz et al., 2017) o en mejicanas (Ibarra-Yruegas et al., 2016), como en japonesas (Ikeda y Kamibeppu, 2013). La versión antenatal ha sido validada en mujeres embarazadas españolas y su administración en el periodo prenatal muestra excelentes propiedades predictivas, con una consistencia interna satisfactoria ($\alpha = 0.855$), sensibilidad (62.3%), y especificidad (69.5%) (Rodríguez-Muñoz et al., 2017). El módulo de suicidio de la entrevista Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) permite evaluar los comportamientos suicidas en el último mes (Sheehan et al., 1998) y se ha utilizado previamente para medir el riesgo de suicidio en embarazadas (Garman et al., 2019).

En el ámbito internacional, el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Columbia y el Instituto Psiquiátrico de Nueva York han elaborado el Assess, Intervene, Monitor for Suicide Prevention (AIM-SP), un procedimiento de intervención comprensivo, basado en la evidencia científica, que permite evaluar, intervenir y monitorizar la prevención del suicidio en población general (Brodsky et al., 2018; Labouliere et al., 2018; Stanley y Brown, 2012). La Organización Mundial de la Salud cuenta con un documento para la prevención del suicidio, donde no se contemplan las peculiaridades del periodo del embarazo (World Health Organization, 2014). No obstante, el Centro de Excelencia Perinatal (COPE) australiano cuenta con una guía de cuidado de la salud mental durante el periodo perinatal que sí contempla el riesgo suicida y sus actuaciones asociadas (Centre of Perinatal Excellence, 2022).

Bajo nuestro conocimiento, en España todavía no se ha desarrollado un protocolo específico de evaluación y manejo de la ideación suicida durante el embarazo. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha elaborado la Guía de Práctica Clínica en la Atención al Embarazo y el Puerperio (2014) que, a pesar de dedicar un apartado a la salud mental durante el posparto, no contempla el abordaje de la ideación suicida durante el periodo perinatal ([Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2022](#)). También el Servicio Andaluz de Salud ha elaborado una guía de recomendaciones sobre la conducta suicida en 2010, donde tampoco incluye una especificación para la población perinatal ([Servicio Andaluz de Salud, 2022](#)). Por su parte, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), se centra en las exploraciones y tratamientos de distintas condiciones físicas durante el embarazo, el parto y el puerperio, pero no presta demasiada atención a la salud mental perinatal (más allá del abordaje de la pérdida perinatal, las posibles disfunciones sexuales, las adicciones o la violencia doméstica), no informando concretamente tampoco sobre cómo abordar la ideación suicida ([Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2022](#)). No existe tampoco un plan de prevención del suicidio de ámbito estatal, a excepción del de Instituciones Penitenciarias, pero no se dispone de uno para población general. A falta de un marco estratégico estatal, las comunidades autónomas han desarrollado algunas iniciativas de destacada relevancia, como por ejemplo el Protocolo de Detección y Manejo de Caso en Personas con Riesgo de Suicidio en Asturias de 2018 ([Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2022](#)); o el Programa Piloto de Prevención del Suicidio en el Hospital 12 de Octubre y en la Fundación Jiménez Díaz en Madrid de 2020 ([Navío y Pérez, 2022](#)). Desde el ámbito académico, el Centro de Psicología Aplicada (CPA) de la Universidad Autónoma de Madrid ha elaborado un protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida que, aunque resulta una guía muy útil para esta cuestión ([Centro de Psicología Aplicada, 2022](#)), no recoge especificaciones para la población de mujeres embarazadas.

La prevención y el tratamiento constituyen un importante desafío para la salud pública y, por ello, deberían guiar la investigación a la hora de desarrollar y poner en marcha protocolos de atención que mejoren los síntomas y la calidad de vida de las personas afectadas ([Rodríguez-Muñoz et al., 2017](#)). Son necesarias intervenciones preventivas específicas estandarizadas en esta área porque, independientemente de que el suicidio durante el embarazo y el posparto no tenga una alta prevalencia, las consecuencias son dramáticas y devastadoras para las familias y los hijos que pierden a sus madres ([Lysell et al., 2018](#)). Por eso, surge este protocolo para el cribado e

intervención con mujeres embarazadas que manifiestan ideación suicida. Siguiendo las recomendaciones internacionales, se propone esta herramienta, que busca favorecer la salud mental de las mujeres. La utilidad radica en que, hasta el momento no se dispone de un documento estratégico para actuar frente a la ideación suicida en mujeres embarazadas de nuestro contexto, algo muy necesario.

Los **objetivos** del protocolo que a continuación se presenta son: a) incrementar la detección precoz de las mujeres con ideación suicida; b) establecer un abordaje terapéutico que homogenice la atención sanitaria de las mujeres con riesgo de suicidio; y c) disminuir la tentativa y la mortalidad por suicidio perinatal. Se pretende desarrollar un protocolo basado en la evidencia para ayudar a mejorar la praxis psicológica, de tal forma que éste alcance a llegar a los Psicólogos que puedan atender a mujeres embarazadas, al menos en España. Desde un abordaje cognitivo-conductual, se orienta su práctica profesional a la hora de intervenir en aquellas mujeres embarazadas con ideación suicida.

2. El Protocolo IMISE-P.

La prevención y el abordaje de la fenomenología suicida constituyen un importante desafío para la salud pública. Esta premisa ha guiado la investigación para la elaboración del protocolo que a continuación se expone.

Siguiendo con lo establecido por [Miller et al. \(2011\)](#) para el cribado y tratamiento de la depresión perinatal, en este trabajo se propone una adaptación para la ideación suicida, de tal forma que el protocolo contempla los siguientes procesos: (1) Cribado, para asegurar la detección de la ideación suicida; (2) Evaluación, para determinar el riesgo; (3) Tratamiento, para reducir el riesgo; (4) Seguimiento, para controlar la remisión de la ideación suicida; y (5) Prevención de recaídas, de forma que se obtengan beneficios y resultados duraderos en las mujeres. Esto requiere la colaboración entre los diferentes profesionales de la salud a la hora de proporcionar a las mujeres un modelo integrado de atención que integre sus posibles problemas emocionales. También plantea la atención intensiva de casos graves o complejos, mediante consultas especializadas o derivaciones a urgencias médicas hospitalarias o extrahospitalarias, según la necesidad de la persona, tal y como se ha propuesto previamente para el screening de la depresión posparto ([Gjerdingen y Yawn, 2007](#)).

A continuación, se expone una descripción del protocolo que se propone.

2.1. Cribado de la ideación suicida en embarazadas.

Para la identificación de la presencia de factores de riesgo de posible suicidio durante el embarazo y para la valoración del riesgo, se propone el siguiente cribado: a todas las mujeres embarazadas que acuden a su revisión obstétrica rutinaria de los 3 meses de gestación, la profesional Matrona u Obstetra le aplicará el cribado psicológico, consistente en el cuestionario *Patient Health Questionnaire – 9* (PHQ-9), el *Postpartum Depression Predictors Inventory – Revised* (PDPI-R), así como el módulo de suicidalidad de la *International Neuropsychiatric Interview* (MINI). El profesional valorará los resultados de cada cribado, de tal forma que si detecta riesgo para la mujer, le realice una derivación interconsulta a Salud Mental.

El PHQ-9 se trata de un instrumento sencillo y autoadministrado, reconocido por organismos internacionales ([National Institute for Health and Clinical Excellence, 2014](#); [U.S. Preventive Services Task Force, 2002](#)), que permite estimar la severidad y evolución del proceso depresivo pre- y posparto. Se contesta con escalas Likert de 0 a 3 puntos, y los análisis factoriales previamente realizados permiten agrupar sus ítems en tres bloques: cognitivo-afectivo (ítems 1, 2, 6 y 9), psicomotor (ítems 7 y 8) y somático asociado al embarazo (ítems 3, 4 y 5). El ítem 9 es el que se refiere a la ideación suicida y se formula como sigue: “¿Ha pensado que estaría mejor muerta o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera?”. El estudio de la ideación suicida se realiza analizando las respuestas de las mujeres a ese ítem 9 del PHQ – 9.

La versión prenatal del PDPI-R es la utilizada en este estudio e incluye 10 escalas, con respuestas sí/no, de las cuales interesa especialmente la relativa al apoyo social percibido.

La Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) es una entrevista de diagnóstico estructurada, cuyo módulo de suicidalidad comprende 13 preguntas que cubren una variedad de conductas suicidas, incluidas la ideación y la autolesión. Las puntuaciones van de 0 a 76; puntuaciones más altas sugieren un mayor riesgo de suicidio. Según las directrices MINI, una puntuación de 9 a 16 sugiere un riesgo moderado de suicidio, mientras que una puntuación de 17 o más sugiere un riesgo alto ([Sheehan y Lecrubier, 2010](#)). Para el propósito de este estudio, el resultado principal ha de ser una puntuación de 9 o más, lo que denota un riesgo suicida moderado. También se han de

tomar nota de las respuestas de las participantes a los elementos relacionados con la presencia de ideas, planes o intentos en el último mes.

Las propiedades de los cuestionarios PHQ-9 y PDPI-R se encuentran ampliadas en la **tabla 1**, así como el contenido del módulo de suicidalidad de la MINI en la **tabla 2**.

Tabla 1

Instrumentos de evaluación, características, propiedades psicométricas y ventajas de uso.

Instrumento	Características	Sensibilidad-Especificidad	Ventajas de uso	Interpretación
PHQ-9*	Es un cuestionario con 9 preguntas. Tiempo estimado de respuesta 5 minutos. Contiene una pregunta sobre evaluación suicida y otra pregunta cualitativa sobre el grado de molestias de los síntomas percibido por la paciente. Completado por la paciente o administrado por un profesional. Puede usarse para cribar los síntomas depresivos (entre ellos, la ideación suicida) o controlar la gravedad de los síntomas durante el tratamiento.	La versión española de PHQ-9 tenía una buena consistencia interna ($\alpha = 0,81$). El análisis factorial confirma la existencia de tres factores (cognitivo-afectivo, somático, y relacionado con el embarazo).	Permite establecer un rango de gravedad en los síntomas depresivos. Al ser preguntas generales sobre el estado de salud, la paciente no se sentirá juzgada. Versión en castellano en abierto y sin coste económico. Presenta como ventaja adicional el hecho de no contribuir a la estigmatización al no incluir la palabra «depresión» en su título, lo que contribuye a su uso generalizado como una herramienta de cribado más dentro de los controles rutinarios de salud durante el período perinatal.	RESULTADO <10: Mínimos síntomas depresivos. RESULTADO 10-14: Depresión Menor. RESULTADO 14-19: Depresión Mayor. RESULTADO >20: Depresión severa. <i>Evaluación de la ideación suicida:</i> si pregunta 9 mayor de 0, es necesario una evaluación completa de la seguridad de la madre y el bebé.

Continúa en la página siguiente

PDPI-R*	Instrumento de evaluación de los factores de riesgo. El PDPI-R en su versión prenatal consta de 32 ítems agrupados en 10 grupos con formato de respuesta dicotómico (Sí/ No) que miden: estado marital (tener o no tener pareja), estatus socioeconómico, autoestima, depresión durante el embarazo, ansiedad durante el embarazo, embarazo no deseado, depresión anterior a la gestación, falta de apoyo social, insatisfacción matrimonial o estrés vital.	El PDPI-R muestra valores de consistencia interna ($\alpha= 0,855$). El área bajo la curva del PDPI-R es de 0,84 $p<0,001$. Con el punto de corte de 4 la sensibilidad y especificidad son de 62,3% y 69,5% respectivamente.	Ofrece al profesional evaluación cualitativa para entender el nivel de apoyo y las fuentes de estrés de la mujer evaluada. Esta información puede ser muy útil en las intervenciones con las pacientes.	Punto de corte 4. A partir de este punto, se considera que la mujer tiene riesgo de sufrir síntomas depresivos.
---------	--	---	---	---

Nota: Kroenke, K., Spitzer, R., y Williams, J. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>. Records, K., Rice, M., y Beck, C. (2007). Psychometric assessment of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised. *Journal of Nursing Measurement*, 15(3), 189–202. <https://doi.org/10.1891/106137407783095775>.

Tabla 2

Módulo Suicidalidad MINI Spanish Version 6.0.0.

Preguntar sobre si en el último mes: sufrió algún accidente, incluyendo tomar accidentalmente más de la dosis necesaria de su medicamento; planeó o tuvo intención de hacerse daño en algún accidente, por ejemplo, no evitando un peligro; se sintió sin esperanza, pensó que sería mejor estar muerta o deseó estar muerta; pensó en herirse a sí misma o se ha imaginado haciéndose daño; pensó en el suicidio (en matarse).

Preguntar por la frecuencia (ocasionalmente, frecuentemente o muy frecuentemente) y la intensidad (leve, moderada o severa) de estos pensamientos.

Explorar también si: tiene dificultad para frenar estos impulsos; pensó el método (cómo) para suicidarse o el plan; tuvo intención de realizar un acto suicida, dio pasos en la preparación para hacerse daño; inició el intento de suicidio; se lastimó a propósito con o sin intención de matarse; intentó matarse en alguna ocasión a lo largo de su vida y esperó ser rescatada y sobrevivir o tuvo la intención de morir.

En función de lo anterior, determinar si existe suicidalidad actual y en caso de que así sea, determinar el riesgo en base a su puntuación total: de 1-8 puntos baja; de 9-16 puntos moderada; y ≥ 17 puntos alta.

Nota: Sheehan, D., Janavs, J., Harnett-Sheehan, K., Sheehan, M., Gray, C., LecrUbier, Y., Weiller, E., HergUeta, T., AllgUlander, C., Kadri, N., Baldwin, D., y Even, C. (2010). MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL (Spanish for US Translation Version 6.0.0).

Lo primero a tener en cuenta es que durante la entrevista habrá que prestar atención a lo siguiente: antecedentes psicológicos, intentos suicidas previos, grado de elaboración de la ideación suicida, si presenta culpa, si cuenta con apoyo social y si presenta algún factor de protección para no llevar a cabo el intento suicida. Así, teniendo en cuenta el grado de planificación y elaboración de la ideación suicida, el estado de ánimo de la mujer, y los factores de riesgo identificados (el PDPI-R nos proporcionará información adicional), se estará en mejor condición de valorar el riesgo de posible conducta suicida y de ejecutar la actuación profesional pertinente.

Como se recoge en la Guía de Primeros Auxilios de Salud Mental en Australia (2016), la única manera de saber si una persona está teniendo pensamientos de suicidio es preguntarle, lo que además le dará la oportunidad de hablar de sus problemas bajo la perspectiva de que alguien se preocupa por ella. En la misma línea, en nuestro protocolo

se procurará determinar la urgencia basándonos en los signos de riesgo suicida (si la mujer tiene un plan, cómo y dónde lo intentaría, cuándo, si ya ha tomado alguna medida para asegurar que va acabar con su vida, si ha estado tomando alcohol u otras drogas, si ha intentado o planeado anteriormente su suicidio, si oye voces y qué le dicen, con qué apoyos cuenta, si ha habido cambios en su empleo, vida social o familiar, si está recibiendo algún tipo de tratamiento o si toma medicación). Es importante que al explorar estas cuestiones traslademos de una forma empática a la mujer que existen vías de afrontamiento y soluciones a sus problemas distintas al suicidio ([Mental Health First Aid Australia, 2022](#)).

La detección de ideas suicidas ha de tomarse muy en serio y si aparecen, han de ser tenidas en cuenta como condición suficiente para intervenir con carácter inmediato con la mujer.

2.2. Abordaje de la ideación suicida durante el embarazo en función del riesgo.

La intervención se establece en función del riesgo, de tal forma que:

- *Si la mujer puntúa entre 0-9 en el PHQ-9, el ítem 9 del PHQ-9 <1, presenta menos de 4 factores de riesgo en el PDPI-R y menos de 9 en el módulo de suicidalidad de la MINI, se establece un RIESGO BAJO y la intervención irá orientada al acompañamiento psicológico y a la recomendación de seguimiento médico habitual del proceso de embarazo. Se le facilitarán por escrito pautas psicológicas para potenciar estrategias adecuadas de afrontamiento de la posible sintomatología ansiosa-depresiva. Además, siguiendo las recomendaciones del [Centro de Excelencia Perinatal \(2017\)](#), si esas ideas suicidas son pasajeras, y no hay un plan ni medios para llevar a cabo la conducta suicida, habrá que valorar las opciones de apoyo y tratamiento de la mujer, facilitarle los datos de contacto de los recursos en su comunidad, y realizar con ella al menos un seguimiento cuya temporalidad queda al criterio clínico. Adicionalmente, habrá que buscar comprender qué es lo que precipita los pensamientos fugaces. Si los factores desencadenantes son fundamentales para la experiencia perinatal actual de la mujer (por ejemplo, sensación de fracaso materno; vergüenza por los pensamientos negativos hacia el bebé; conflicto interpersonal), será*

necesario asegurarse de elaborar un plan de seguridad que sea específico para esos problemas.

- *Si la mujer puntúa entre 10-15 en el PHQ-9, el ítem 9 del PHQ-9 <1, aunque sí cuenta con al menos 4 factores de riesgo en el PDPI-R y al menos puntúa 9 en el módulo de suicidalidad de la MINI, se establece un RIESGO MEDIO y se habrá de elaborar un plan para reducir el riesgo y/o proteger a la mujer embarazada en caso de que la ideación suicida se presente, con pautas claras básicas de actuación que incluyan un comportamiento alternativo funcional pactado, como se detalla más adelante. Se integrará el tratamiento cognitivo-conductual oportuno al caso, mediante técnicas como la activación conductual, la reestructuración cognitiva, las habilidades asertivas, etc. Se han de abordar los problemas asociados a la ideación suicida tan pronto como haya cierta alianza terapéutica, trabajando en la identificación y el refuerzo de las razones para vivir, la modificación de pensamientos disfuncionales, etc. Según el [Centro de Excelencia Perinatal \(2017\)](#), si el riesgo es medio (se da la ideación suicida, pero la mujer carece de un plan de conducta suicida), habrá que valorar también las opciones de apoyo y tratamiento de la mujer, desarrollar con ella un plan de contingencia, y realizar un seguimiento dentro de la semana siguiente. Añadido a lo anterior, será necesario evaluar el contexto de los pensamientos suicidas actuales (por ejemplo, ideas o comportamientos suicidas previos y resultados). Es conveniente establecer los factores que puedan contribuir a la escalada del riesgo (por ejemplo, que el feto esté inquieto o que surja un conflicto en la pareja). Si los factores desencadenantes se relacionan con la experiencia perinatal actual de la mujer (y no se pueden resolver de inmediato), es necesario localizar a los posibles cuidadores del bebé / niños y de sí misma.*

El profesional de la salud habrá de reconocer las señales que preceden a una crisis suicida (los “disparadores”), que pueden incluir todo tipo de situaciones personales, pensamientos, imágenes, emociones, sensaciones físicas u otras conductas ([Stanley y Brown, 2012](#)). Como señalan [Al-Halabí et al. \(2019\)](#), durante el periodo perinatal las señales de alarma pueden ser: sentirse irritable, triste o cansada por la falta de sueño o por alteraciones hormonales (“no puedo más”, “estoy agotada”, “nunca más podré dormir tranquila”), tener pensamientos relacionados con la muerte, pensar en quién cuidaría del bebé en ausencia de su madre (“si me pasara algo, ¿me prometes que cuidarías de mi bebé?”), imaginar notas de suicidio o de despedida, tener miedo a no

ser buena madre (“mi bebé estaría mejor sin mí”) o a que la pareja les abandone (“ya no soy interesante”), ver imágenes del parto, tener problemas con la lactancia (“ni siquiera puedo alimentar a mi bebé”), recordar situaciones traumáticas en su historia vital, problemas familiares que desaten sentimientos de vulnerabilidad, poner excusas constantes para evitar las visitas de personas cercanas o desear estar sola, etc. También puede haber ciertas conductas que desaten la ideación suicida, como quedarse a solas con el bebé durante periodos prolongados de tiempo, etc. Estos pueden ser factores precipitantes para que la ideación suicida se presente.

Pero además hay algunos factores de riesgo que predisponen para que la ideación suicida se dé durante el embarazo y a los que los profesionales habrán de estar muy atentos de manera preventiva: la existencia de historia familiar o personal de trastorno mental o de comportamientos suicidas, la falta de apoyo social, familiar o de la pareja, las desigualdades sociales, el embarazo no deseado, la nuliparidad, estar irritable, presentar insomnio, manifestar la percepción de embarazo complicado o de ansiedad frente al parto, etc. (Orsolini et al., 2016).

- *Si la mujer puntúa 16 ó + en el PHQ-9 y/o en el ítem 9 del PHQ-9 > ó = a 1, y al menos puntúa 9 en el módulo de suicidalidad de la MINI, con o sin plan o método específicos, se establece un RIESGO ALTO y se determina la derivación urgente a Salud Mental o a urgencias hospitalarias para controlar el nivel de riesgo. Si la mujer tiene riesgo alto, podrá ser necesario su ingreso en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica u otra unidad de Hospitalización. Cuando se produzca el alta, habrá que llevar a cabo una intervención psicológica periódicas, donde se continúe evaluando la ideación suicida y trabajando para el control del riesgo suicida, así como estableciendo los distintos objetivos terapéuticos. En ese momento, habrá que realizar un contacto telefónico inmediato si la mujer no acude a una cita. De acuerdo con el Centro de Excelencia Perinatal (2017), si el riesgo es alto (la ideación suicida es continua o específica, y existe un plan y acceso a medios para llevarlo a cabo), será primordial buscar la seguridad para la vida de la mujer, valorar el riesgo para el bebé y realizar un seguimiento dentro de las 24 horas siguientes. Además, habrá que buscar a una persona de apoyo para que cuide a los bebés / niños. Se subraya aquí que una mujer con un deterioro significativo de la salud mental perinatal, incapacidad para dormir, pensamientos distorsionados, incapacidad para cuidarse a sí misma o al bebé*

con pensamientos fugaces de que su familia estaría mejor sin ella, puede correr un alto riesgo.

- Las mujeres con afecciones mentales graves deberán ser derivadas directamente al equipo de Salud Mental de zona para que sea controlada desde antes de la gestación. Es importante incluir a las mujeres con trastornos mentales graves en los protocolos desde la prevención, dado que las que presentan alguna psicopatología previa las tasas de suicidio durante el embarazo y el posparto son considerablemente más altas que en las mujeres sin diagnóstico de trastorno mental previo (Lindahl et al., 2005).
- El criterio se establece con las respuestas de las mujeres al PHQ-9 y a la entrevista, y el PDPI-R sirve de apoyo a la hora de valorar el riesgo y orientar el tratamiento. Es importante tener en cuenta los factores de riesgo para la mujer y el PDPI-R aporta información muy valiosa en este sentido.
- Valorar si la familia puede ser un factor protector o de riesgo y en caso de que se identifique algún miembro protector para la mujer, tratar de involucrarle como co-terapeuta en el proceso.
- Si hubiera factores sociales relevantes, valorar consulta con Trabajo Social del dispositivo asistencial que le corresponda.

De acuerdo con el [Centro de Excelencia Perinatal \(2017\)](#), un **plan de seguridad** ha de priorizar las estrategias de afrontamiento y las fuentes de apoyo que las mujeres pueden usar si experimentan pensamientos suicidas. Su desarrollo implica ayudar a la mujer a identificar las señales de advertencia de que puede estar en riesgo de suicidio inminente (por ejemplo, sentirse atrapada, inútil o sin esperanza) y acciones para protegerse a sí misma y al bebé, las estrategias de afrontamiento internas que reducen el nivel de riesgo, las personas dentro de la red de mujeres que pueden ayudar en momentos de necesidad, las agencias y profesionales de la salud que pueden ser contactados para obtener ayuda. Los planes de seguridad deben revisarse y modificarse con frecuencia según sea necesario. Teniendo en cuenta lo anterior, así como lo establecido por la [Guía de Primeros Auxilios de Salud Mental en Australia \(2016\)](#) y lo evidenciado por [Stanley y Brown \(2012\)](#), la elaboración del plan individualizado de seguridad con la mujer embarazada con ideación suicida ha de contemplar los siguientes pasos por orden de realización:

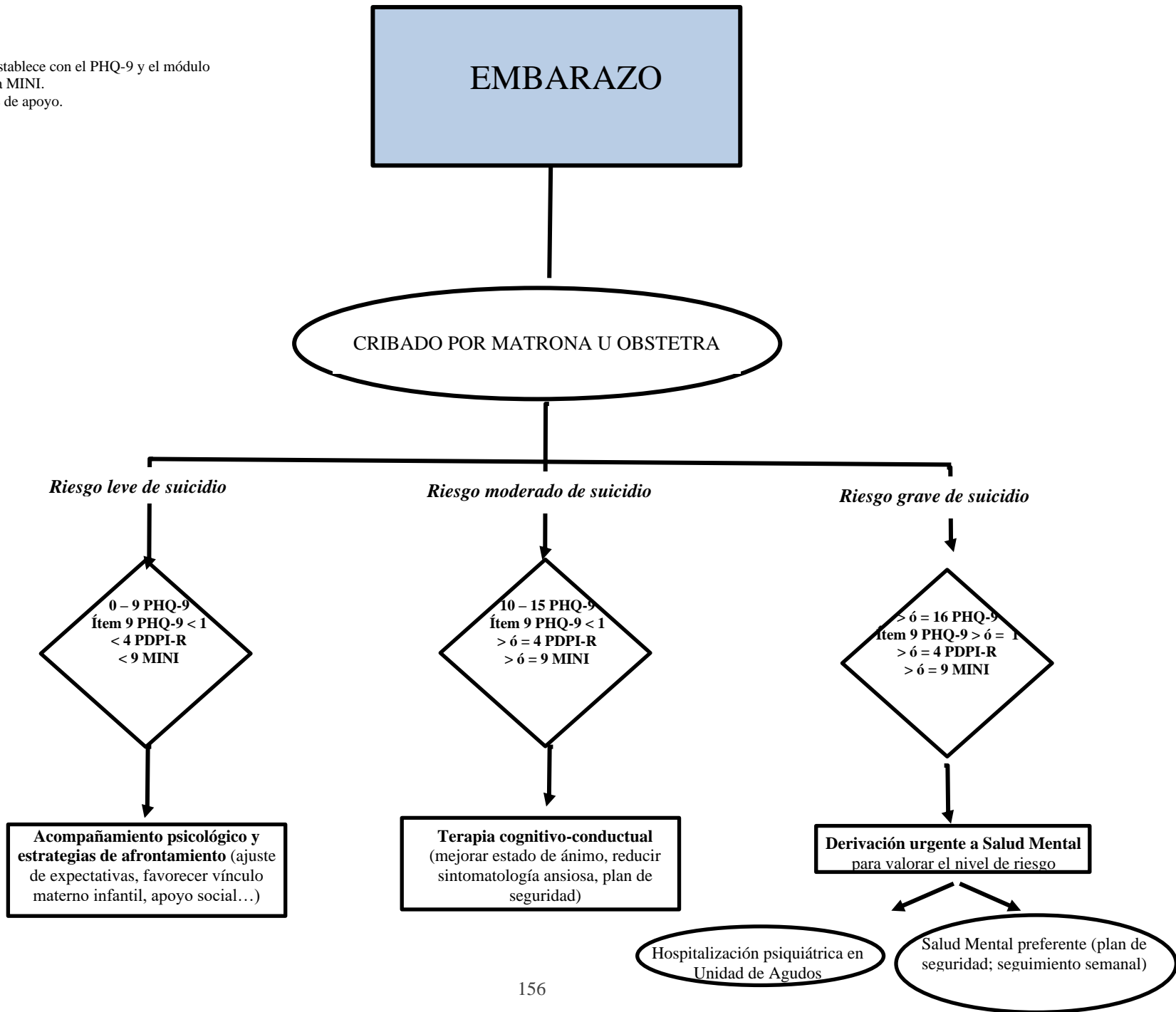
- 1) reconocer las **señales de alarma** de una crisis suicida inminente (preguntar a la mujer: “¿qué sientes cuando empiezas a pensar en el suicidio o cuando te sientes desesperada o extremadamente estresada?, ¿cómo sabes que estás empezando a sentirte muy agobiada?”);
- 2) emplear **estrategias internas de afrontamiento** (cuando estás teniendo ese pensamiento negativo, te sería útil pensar en: “¿qué cosas te atan a la vida?”, “¿qué personas sufrirían si a ti te pasara algo?”), dejando bien establecido lo acordado que puede hacer y permaneciendo un tiempo hasta que ella esté de acuerdo con el plan;
- 3) utilizar los contactos sociales como un medio de **distracción** de los pensamientos suicidas (“¿a quién conoces que pueda ayudarte a distraerte de tus problemas, aunque solo sea un rato?, ¿con quién te sientes a gusto y te diviertes?, ¿a qué lugar agradable podrías ir para interactuar con otra gente?, ¿hay algún sitio que te guste y te ayude a distraerte durante un rato?”), dejando claro qué va a hacer, con quién y cuándo;
- 4) ponerse en contacto con **familiares o amigos** que pueden ayudar a resolver la crisis suicida (“¿podemos compartir este plan de seguridad con algún familiar o amigo?, ¿qué probabilidad hay de que te pongas en contacto con alguien para pedirle ayuda?, ¿qué obstáculos podrían impedir que pidas ayuda y cómo podemos solucionarlos?”), explorando cómo le gustaría ser ayudada por cada apoyo;
- 5) ponerse en contacto con **profesionales de salud mental** o con instituciones especializadas (“¿a qué profesionales podrías llamar en momentos de crisis?, ¿cuál es el número de teléfono de emergencias?”), incluyendo esos teléfonos de contacto de emergencias, y a ser posible de algún amigo o familiar que pueda ser de ayuda; y
- 6) **reducir el acceso a medios potencialmente letales** (“¿cuándo tienes pensamientos suicidas?, ¿has contemplado la posibilidad de utilizar algún medio en concreto para llevarlos a cabo?, ¿tienes acceso a algún medio letal en tu casa o en casa de algún familiar? Vamos a ver cómo mantenerte a salvo”). Evaluar también si los planes suicidas incluyen o no al bebé y actuar en consecuencia.

Se recomienda además elaborar un **contrato terapéutico de no autolesión** con la mujer, especificando su compromiso de acudir a la siguiente sesión y de no llevar a cabo

su plan, al menos hasta la siguiente consulta, así como de contactar con urgencias en caso de ideación suicida intensa.

De acuerdo con [Labouliere et al. \(2018\)](#), se plantea como fundamental monitorizar cada caso, de tal manera que podamos poner en marcha estrategias de vigilancia y rápida actuación si se percibe un aumento del riesgo.

*El criterio de valoración se establece con el PHQ-9 y el módulo de suicidalidad de la entrevista MINI.
El cuestionario PDPI-R sirve de apoyo.



Una ampliación de los detalles del protocolo se puede encontrar en la **tabla 3**.

Tabla 3

Descripción general del protocolo.

Objetivos generales y específicos	Cribado e intervención preventiva de la ideación suicida perinatal.
Población objetivo (diana)	Gestantes.
Ámbito de aplicación y personal que interviene.	Promoción de la salud. Prevención del Suicidio Perinatal. Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, General Sanitario o Habilitado Sanitario.
Materiales y documentos operativos (las escalas y el material para los cursos)	<p>Evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario PHQ-9. Cuestionario de acceso libre en: https://www.ons.org/sites/default/files/PatientHealthQuestionnaire9_Spanish.pdf <p>Interpretación de los resultados: https://www.thenationalcouncil.org/wp-content/uploads/2021/04/macarthur_depression_toolkit.pdf?daf=375ateTbd56 propiedades psicométricas de la escala en castellano con mujeres embarazadas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario PDPI-R de factores de riesgo http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v91/1135-5727-resp-91-e201712047.pdf • Módulo Suicidalidad de la entrevista MINI https://www.gestalt.cl/web/wp-content/uploads/2019/10/MINI-6.0_Spanish-for-US.pdf

Continúa en la página siguiente

Procedimiento	<p>Actuación preventiva durante el embarazo.</p> <p>Durante la primera consulta psicológica, administrar el cuestionario PHQ-9 y el módulo de suicidalidad de la entrevista MINI, así como el instrumento PDPI-R por el mismo profesional.</p> <p>Con los resultados obtenidos por el PDPI-R, establecer los factores estresantes y los apoyos (familiares, de pareja o amigos) con los que cuenta la gestante.</p>
Coordinación con atención hospitalaria en caso de riesgo: motivos de derivación y/o consulta a atención hospitalaria	<p>Esta cuestión va a depender de la organización de los sistemas de salud de cada Comunidad Autónoma.</p> <p>Habitualmente, se suele hacer a través de derivación preferente o urgente a servicios de salud mental o urgencias, si existe un riesgo elevado de autolesión.</p> <p>En algunas Comunidades Autónomas y debido a la falta de protocolos ágiles de derivación, ésta se podría realizar en circuitos informales de comunicación directa con servicios de urgencia.</p>
Precauciones	<p>Resultan fundamentales las habilidades del Psicólogo para conseguir hacer efectivo el protocolo con cada caso concreto.</p>
Algoritmo	<p>La toma de decisiones se puede ver en la figura.</p>

Es importante subrayar que este protocolo de actuación no anula la responsabilidad individual de los profesionales sanitarios, que habrán de tener en cuenta las circunstancias de cada mujer a la hora de tomar las decisiones adecuadas a su caso. Esta guía ha de servir como una herramienta para los Psicólogos a la hora de explorar el estado cognitivo y emocional de la mujer y de orientar su actuación en base al mismo. No obstante, resultan fundamentales las habilidades del profesional para conseguir hacer efectiva esta herramienta en cada caso.

3. Conclusiones y consideraciones.

La conducta suicida es un problema de salud pública que debería ser tomado en gran consideración por los gestores sanitarios y los responsables políticos. Disminuir su incidencia constituye un desafío prioritario para nuestra sociedad. Esto pasa por la instauración de un plan de ámbito estatal para la prevención de la conducta suicida, del que por el momento no se dispone. Además, es importante que se contemplen las peculiaridades del periodo del embarazo. Con ello, se podrían mitigar las dramáticas consecuencias del suicidio perinatal (Lara y Letechipía, 2009; Lysell et al., 2018).

En este trabajo, se propone una guía de actuación para el abordaje de la ideación suicida durante el embarazo, basada en la evidencia disponible en los protocolos y guías consultadas (Centre of Perinatal Excellence, 2017; Centro de Psicología Aplicada, 2013; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2022, Servicio Andaluz de Salud, 2022; Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2022), que pretende llegar a los profesionales de la Psicología de nuestro país que intervengan con las gestantes.

Se defiende aprovechar una primera interacción con la mujer embarazada para realizar la identificación de su posible riesgo suicida, posibilitando intervenciones adecuadas a sus necesidades. Esto parte de que debido al estigma que genera la ideación suicida durante el embarazo, las mujeres pueden ser reacias a solicitar ayuda psicológica y a revelar sus problemas emocionales, por miedo a ser juzgadas o por sentirse culpables por no estar felices y satisfechas en esta etapa de sus vidas (Liberto, 2012; Goodman, 2009). La única manera de saber si la mujer está teniendo pensamientos de suicidio es preguntarle, lo que además le dará la oportunidad de hablar de sus problemas y prevenir su posible conducta suicida (Mental Health First Aid Australia, 2016).

El presente protocolo se ha limitado al periodo de gestación. En futuros desarrollos de éste, se debería considerar la posibilidad de mejorar y ampliar su alcance a la etapa preconcepcional, posparto y de maternidad extensa, para ampliar la prevención. Podría extenderse por ejemplo a las unidades de ginecología y/o pediatría, a las que las mujeres continúen acudiendo una vez dan a luz. Esto permitiría elevar las posibilidades de alcance de la prevención. Asimismo, sería recomendable establecer cómo realizar el cribado y proporcionar los apoyos a las mujeres embarazadas que presenten ideación suicida y tuviesen diagnosticado algún trastorno mental grave previo al embarazo (psicótico, bipolar, depresión mayor, etc.).

Sería también útil protocolizar las recomendaciones que se les hagan llegar a las mujeres embarazadas con riesgo suicida, ya sea mediante folletos, contenidos en páginas web o redes sociales, donde figuren las instrucciones para poner en marcha estrategias de abalada eficacia psicoterapéutica (como la relajación). También ayudaría a la prevención de la conducta suicida facilitar por escrito los recursos comunitarios de salud mental a su disposición en caso de que los necesiten.

Este protocolo surge con la vocación de contribuir a la práctica clínica basada en la evidencia. La utilización de este protocolo por parte de los profesionales de salud mental se espera que redunde en mejorar la calidad de vida de las mujeres embarazadas y de su entorno. También se desea que contribuya a implantar una conciencia social de prevención de los problemas emocionales, particularmente de la conducta suicida.

Su elaboración parte de la filosofía del paradigma biopsicosocial, entendiendo como necesaria una atención integral del periodo perinatal que sirva para prevenir, diagnosticar y en su caso tratar los problemas emocionales concurrentes al embarazo. Consideramos que esta guía ayudará a promover la inclusión de la salud mental materna como un elemento más de la atención sanitaria al proceso de embarazo. Conviene tener en cuenta no obstante que por muy buena que sea la manualización sobre una intervención, la destreza del profesional psicólogo o las peculiaridades de la mujer pueden hacer tambalear su aplicación efectiva (Daset y Cracco, 2013). Así, es recomendable que el Psicólogo (Clínico, Habilitado Sanitario o General Sanitario) cuente con formación complementaria en el área perinatal, de tal forma ofrezca la mejor atención a la salud mental perinatal.

Esta es la primera versión del protocolo, que deberá ser revisada periódicamente, con el objetivo de adaptarlo a la evidencia que pueda sobrevenir con su puesta en práctica.

Bibliografía

- Al-Halabi, S., Mayoral, M., Corcoran, P., Brodsky, B., y Stanley, B. (2019). Suicidio durante el embarazo y el posparto. [Suicide during pregnancy and postpartum]. En M.F. Rodríguez-Muñoz (Ed.). *Psicología Perinatal. Teoría y práctica* (pp. 259 – 273). Pirámide.
- Alhusen, J. L., Frohman, N., y Purcell, G. (2015). Intimate partner violence and suicidal ideation in pregnant women. *Archives of women's mental health*, 18(4), 573–578. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0515-2>
- Beck, C., Records, K., y Rice, M. (2006). Further development of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, 35(6), 735–745. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00094.x>
- Bitew, T., Hanlon, C., Medhin, G., y Fekadu, A. (2019). Antenatal predictors of incident and persistent postnatal depressive symptoms in rural Ethiopia: a population-based prospective study. *Reproductive Health*, 16(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0690-0>
- Brodsky, B., Spruch-Feiner, A., y Stanley, B. (2018). The Zero Suicide Model: Applying evidence-based suicide prevention practices to clinic care. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 33. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00033>
- Centre for Women's Mental Health (2022, Febrero 20). *Suicidal ideation in pregnant women not always associated with depression*. Women's Mental Health. <https://www.womensmentalhealth.org/posts/suicidal-ideation-in-pregnant-women/>
- Centre of Perinatal Excellence [COPE] (2022, Febrero 20). *Mental health care in the perinatal period: Australian clinical practice guideline*. Centre of Perinatal Excellence. https://www.cope.org.au/wp-content/uploads/2018/05/COPE-Perinatal-MH-Guideline_Final-2018.pdf
- Centro de Psicología Aplicada [CPA] de la Universidad Autónoma de Madrid (2022, Febrero 20). *Protocolo para la Detección y Manejo Inicial de la Ideación Suicida*. CPA. https://psicologosemergenciasbalears.files.wordpress.com/2018/01/protocolo_ideacion_suicida.pdf
- Copersino, M., Jones, H., Tuten, M., y Svikis, D. (2008). Suicidal Ideation Among Drug-Dependent Treatment-Seeking Inner-City Pregnant Women. *Journal of*

maintenance in the addictions, 3(2-4), 53–64.
https://doi.org/10.1300/J126v03n02_07

COST Association (2022, Febrero 20). *Memorandum of Understanding for the implementation of the COST Action “Research Innovation and Sustainable Pan-European Network in Peripartum Depression Disorder” - Riseup-PPD (CA18138)*. COST. https://e-services.cost.eu/files/domain_files/CA/Action_CA18138/mou/CA18138-e.pdf

Daset, L. R., y Cracco, C. (2013). Psicología basada en la evidencia: algunas cuestiones básicas y una aproximación a través de una revisión bibliográfica sistemática. *Ciencias Psicológicas*, 7(2), 209-220. <https://doi.org/10.22235/cp.v7i1.53>

Dunlap, L. J., Orme, S., Zarkin, G. A., Arias, S. A., Miller, I. W., Camargo, C. A., Jr, Sullivan, A. F., Allen, M. H., Goldstein, A. B., Manton, A. P., Clark, R., y Boudreaux, E. D. (2019). Screening and intervention for suicide prevention: a cost-effectiveness analysis of the ED-SAFE Interventions. *Psychiatric Services*, 70(12), 1082–1087. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800445>

Earls, M., y The Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health American Academy of Pediatrics (2010). Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. *Pediatrics*, 126(5), 1032–1039. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2348>

Esscher, A., Essén, B., Innala, E., Papadopoulos, F., Skalkidou, A., Sundström-Poromaa, I., y Högberg, U. (2016). Suicides during pregnancy and 1 year postpartum in Sweden, 1980-2007. *British Journal of Psychiatry*, 208(5), 462-469. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.161711>

Fisher, J. (2016). Perinatal psychiatric care needs of women who die by suicide. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 191-192. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00025-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00025-0)

Flynn, H., Sexton, M., Ratliff, S., Porter, K., y Zivin, K. (2011). Comparative performance of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Patient Health Questionnaire-9 in pregnant and postpartum women seeking psychiatric services. *Psychiatry Research*, 187, 130–134. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.10.022>

Garman, E. C., Cois, A., Schneider, M., y Lund, C. (2019). Association between perinatal depressive symptoms and suicidal risk among low-income South African women: a longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(10), 1219–1230. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01730-w>

- Gavin, A., Tabb, K., Melville, J., Guo, Y., y Katon, W. (2011). Prevalence and correlates of suicidal ideation during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 14(3), 239–246. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0207-5>
- Gelabert, E., Gutierrez-Zotes, A., Navines, R., Labad, J., Puyané, M., Donadon, M., Guillamat, R., Mayoral, F., Jover, M., Canellas, F., Gratacós, M., Guitart, M., Gornemann, I., Roca, M., Costas, J., Ivorra, J., Subirà, S., de Diego, Y., Osorio, F., Garcia-Esteve, L., Sanjuan, J., Vilella, E., y Martin-Santos, R. (2020). The role of personality dimensions, depressive symptoms and other psychosocial variables in predicting postpartum suicidal ideation: a cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 23(4) 585-593. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-01007-w>
- Gelaye, B., Addae, G., Neway, B., Larrabure-Torrealva, G., Qiu, C., Stoner, L., Luque, M., Sánchez, S., y Williams, M. (2017). Poor sleep quality, antepartum depression and suicidal ideation among pregnant women. *Journal of Affective Disorders*, 209, 195-200. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.020>
- Gelaye, B., Kajeepeta, S., y Williams, M. (2016). Suicidal ideation in pregnancy: an epidemiologic review. *Archives of Women's Mental Health*, 19(5), 741–751. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0646-0>
- Gjerdingen, D. y Yawn, B. (2007). Postpartum depression screening: importance, methods, barriers, and recommendations for practice. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 20(3), 280-288. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2007.03.060171>
- Goodman, J. (2009). Women's attitudes, preferences, and perceived barriers to treatment for perinatal depression. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 36(1), 60–69. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00296.x>
- Grigoriadis, S., Wilton, A., Kurdyak, P., Rhodes, A., VonderPorten, E., Levitt, A., Cheung, A., y Vigod, S. (2017). Perinatal suicide in Ontario, Canada: a 15-year population-based study. *CMAJ: Canadian Medical Association journal*, 189(34), 1085–1092. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170088>
- Healey, C., Morriss, R., Henshaw, C., Wadoo, O., Sajjad, A., Scholefield, H., y Kinderman, P. (2013). Self-harm in postpartum depression and referrals to a perinatal mental health team: A audit study. *Archives of Women's Mental Health*, 16(3), 237-245. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0335-1>
- Howard, L., Flach, C., Mehay, A., Sharp, D., y Tylee, A. (2011). The prevalence of suicidal ideation identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale in

- postpartum women in primary care: findings from the RESPOND trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11, 57. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-57>
- Huerta, R. (2015). Conducta suicida en población general adulta española: un estudio epidemiológico. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
- Ibarra-Yruegas, B., Lara, M.A., Navarrete, L., Nieto, L., y Kawas, O. (2016). Psychometric properties of the Post-partum Depression Predictors Inventory-Revised for pregnant women in Mexico. *Journal of Health Psychology*, 23(11), 1415–1423. <https://doi.org/10.1177/1359105316658969>
- Ikedá, M., y Kamibeppu, K. (2013). Measuring the risk factors for postpartum depression: development of the Japanese version of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R-J). *BMC Pregnancy Childbirth*, 13, 112. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-112>
- Instituto Nacional de Estadística [INE] (2022, Febrero 20). *Anuario estadístico de España 2019*. INE. https://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuario19/anu19_completo.pdf
- Khalifeh, H., Hunt, I., Appleby, L., y Howard, L. (2016). Suicide in perinatal and non-perinatal women in contact with psychiatric services: 15-year findings from a UK national inquiry. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 233–242. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00003-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00003-1)
- Knight, M., Nair, M., Tuffnell, D., Shakespeare, J., Kenyon, S., y Kurinczuk, J. (2022, Febrero 20). *Saving Lives, Improving Mothers' Care – Lessons learned to inform maternity care from the UKK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2013-15*. National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford. <https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrance-uk/reports/MBRRACE-UK%20Maternal%20Report%202017%20-%20Web.pdf>
- Kroenke, K., Spitzer, R., y Williams, J. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Labouliere, C., Vasan, P., Kramer, A., Brown, G., Green, K., Rahman, M., Kammer, J., Finnerty, M., y Stanley, B. (2018). "Zero Suicide" - A model for reducing suicide in United States behavioural healthcare. *Suicidologi*, 23(1), 22–30. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.6198>
- Lara, M. A., y Letechipía, G. (2009). Ideación y comportamiento suicida en embarazadas. *Salud Mental*, 32(5), 381-387

- Liberto, T. (2012). Screening for depression and help-seeking in postpartum women during well-baby pediatric visits: an integrated review. *Journal of Pediatric Health Care*, 26(2), 109–117. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2010.06.012>
- Lindahl, V., Pearson, J., y Colpe, L. (2005). Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 8(2), 77–87. <https://doi.org/10.1007/s00737-005-0080-1>
- Luoma, I., Tamminen, T., Kaukonen, P., Laippala, P., Puura, K., Salmelin, R., y Almqvist, F. (2001). Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(12), 1367–1374. <https://doi.org/10.1097/00004583-200112000-00006>
- Lysell, H., Dahlin, M., Viktorin, A., Ljungberg, E., D'Onofrio, B., Dickman, P., y Runeson, B. (2018). Maternal suicide-Register based study of all suicides occurring after delivery in Sweden 1974-2009. *PLoS One*, 13(1). <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0190133>
- Marcos-Nájera, R., Le, H., Rodríguez-Muñoz, M., Olivares, M., e Izquierdo, N. (2018). The structure of the Patient Health Questionnaire-9 in pregnant women in Spain. *Midwifery*, 62, 36–41. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.011>
- Melville, J., Gavin, A., Guo, Y., Fan, M., y Katon, W. J. (2010). Depressive disorders during pregnancy: prevalence and risk factors in a large urban sample. *Obstetrics and Gynecology*, 116(5), 1064–1070. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181f60b0a>
- Mental Health First Aid Australia. (2022, Febrero 20). *Suicidal thoughts and behaviours: first aid guidelines*. Mental Health First Aid Australia. https://mhfa.com.au/sites/default/files/MHFA_suicide_guidelinesA4%202014%20Revised.pdf
- Miller, L. J., Gupta, R. y Scremin, A. M. (2011). *The evidence for perinatal depression screening and treatment*. En A. Handler, J. Kennelly y N. Peacock (Eds.). *Reducing racial/ethnic disparities in reproductive and perinatal outcomes: The evidence from population-based interventions* (pp. 301-327). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1499-6>
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2022, Febrero 22). *Objetivo salud y bienestar*. Agenda 2030. <https://www.agenda2030.gob.es/objetivos/objetivo3.htm>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2022, Febrero 20). *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. Ministerio de Sanidad, Servicios

Igualdad. https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/GPC_d_e_embarazo_y_puerperio.pdf

- Möller, H. (2003). Suicide, suicidality and suicide prevention in affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(418), 73–80. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.108.s418.15.x>
- National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE] (2022, Febrero 20). *Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance —Updated Edition*. NICE Clinical Guidelines. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
- Navío, M. y Pérez, V. (2022, Febrero 20). Depresión y Suicidio 2020. *Documento Estratégico para la Promoción de la Salud Mental*. Wecare-u Healthcare Communication Group. <http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/LibroBlancoDepresionySuicidio2020.pdf>
- Newport, D., Levey, L., Pennell, P., Ragan, K., y Stowe, Z. (2007). Suicidal ideation in pregnancy: assessment and clinical implications. *Archives of Women's Mental Health*, 10(5), 181–187. <https://doi.org/10.1007/s00737-007-0192-x>
- Oates, M. (2003). Suicide: the leading cause of maternal death. *British Journal of Psychiatry*, 183(4), 279-281. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.4.279>
- O'Carroll, P., Berman, A., Maris, R., Moscicki, E., Tanney, B., y Silverman, M. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide & Life-Threatening Behaviour*, 26(3), 237–252.
- O'Connor, E., Rossom, R., Henninger, M., Groom, H., y Burda, B. (2016). Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*, 315(4), 388–406. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.18948>
- Orsolini, L., Valchera, A., Vecchiotti, R., Tomasetti, C., Iasevoli, F., Fornaro, M., De Berardis, D., Perna, G., Pompili, M., y Bellantuono, C. (2016). Suicide during Perinatal Period: Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Correlates. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 138. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00138>
- Paulden, M., Palmer, S., Hewitt, C., y Gilbody, S. (2009). Screening for postnatal depression in primary care: cost effectiveness analysis. *BMJ: British Medical Journal*, 339. <https://doi.org/10.1136/bmj.b5203>

- Pereira, A., Marques, M., Soares, M., Maia, B., Bos, S., Valente, J., Nogueira, V., Roque, C., Madeira, N., y Macedo, A. (2014). Profile of depressive symptoms in women in the perinatal and outside the perinatal period: similar or not? *Journal of Affective Disorders, 166*, 71–78. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.04.008>
- Records, K., Rice, M., y Beck, C. (2007). Psychometric assessment of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised. *Journal of Nursing Measurement, 15*(3), 189–202. <https://doi.org/10.1891/106137407783095775>
- Rodríguez-Muñoz, M., Le, H., de la Cruz, I., Crespo, M., y Izquierdo, N. (2017). Feasibility of screening and prevalence of prenatal depression in an obstetric setting in Spain. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology, 215*, 101–105. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.06.009>
- Rodríguez-Muñoz, M. F., Vallejo Slocker, L., Olivares Crespo, M. E., Izquierdo Méndez, N., Soto, C., & Le, H. N. (2017). Propiedades psicométricas del Postpartum Depression Predictors Inventory- revised- versión prenatal en una muestra española de mujeres embarazadas [Psychometric properties of postpartum depression predictors inventory- revised- prenatal version in a sample of spanish pregnant women.]. *Revista española de salud pública, 91*, e201712047.
- Servicio Andaluz de Salud (2022, Febrero 20). *Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la Conducta Suicida*. Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias. Escuela Andaluza de Salud Pública. <https://consaludmental.org/publicaciones/Recomendacionesprevencionsuicidio.pdf>
- Servicio de Salud del Principado de Asturias [SESPA] (2022, Febrero 20). *Protocolo de Detección y Manejo de Caso en Personas con Riesgo de Suicidio*. Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental – SESPA -. <https://www.astursalud.es/categorias/-/categorias/profesionales/01000practica-clinica/08000salud-mental/01000protocolo-de-deteccion-y-manejo-personas-con-riesgo-de-suicidio>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., y Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry, 59*(20), 22–57.

- Sheehan, D., Janavs, J., Harnett-Sheehan, K., Sheehan, M., Gray, C., Lecrubier, Y., Weiller, E., Hergueta, T., Allgulander, C., Kadri, N., Baldwin, D., y Even, C. (2010). *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional* (Spanish for US Translation Version 6.0.0).
- Shigemi, D., Ishimaru, M., Matsui, H., Fushimi, K., y Yasunaga, H. (2020). Suicide attempts among pregnant and postpartum women in Japan: a nationwide retrospective cohort study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *81*(3). <https://doi.org/10.4088/JCP.19m12993>
- Smith, M., Sanchez, S., Rondon, M., Gradus, J., y Gelaye, B. (2020). Validation of the patient health questionnaire-9 (phq-9) for detecting depression among pregnant women in lima, Peru. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00882-2>
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [SEGO] (2022, Febrero 20). *Área de la mujer*. SEGO. <https://sego.es/Area de la Mujer>
- Sociedad Marcé Española [MARES] (2022, Febrero 20). *El suicidio durante el embarazo y el posparto, ¿son estos los momentos más vulnerables?* MARES. <http://www.sociedadmarce.org/detall.cfm/ID/14426/ESP/el-suicidio-durante-embarazo-y-posparto-son-estos-los-momentos-mas-vulnerables-htm>
- Stanley, B., y Brown, G. (2012). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, *19*(2), 256-264. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>
- The American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] (2018). Screening for perinatal depression. *Obstetrics and gynecology*, *132*(5), 208–212. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002927>
- The Australian Institute of Health and Welfare [AIHW] (2022, Febrero 20). *Maternal deaths in Australia 2012–2014*. AIHW. <https://www.aihw.gov.au/getmedia/a8ff4563-b8f6-43b4-826e-a861522d825a/aihw-per-92.pdf>
- U. S. Preventive Services Task Force [USPSTF]. (2002). Screening for depression: recommendations and rationale. *Annals of Internal Medicine*, *136* (10), 760-764. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-10-200205210-00012>
- Velloza, J., Njoroge, J., Ngure, K., Thuo, N., Kiptinness, C., Momanyi, R., Ayub, S., Gakuo, S., Mugo, N., Simoni, J., y Heffron, R. (2020). Cognitive testing of the

PHQ-9 for depression screening among pregnant and postpartum women in Kenya. *BMC Psychiatry*, 20, 31. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2435-6>

World Health Organisation [WHO] (2022, Febrero 20). *Preventing suicide: a global imperative*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>

Zhong, Q., Gelaye, B., Rondon, M., Sánchez, S., Simon, G., Henderson, D., Barrios, Y., Mascaró, P., y Williams, M. (2015). Using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) to assess suicidal ideation among pregnant women in Lima, Peru. *Archives of Women's Mental Health*, 18, 783 – 792. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0481-0>

CAPÍTULO 5:
DISCUSIÓN, FORTALEZAS Y
LIMITACIONES DE LOS DOCUMENTOS
ELABORADOS

5.1. SOBRE LOS RESULTADOS DE ESTUDIOS INTERNACIONALES SOBRE LA IDEACIÓN SUICIDA DURANTE EL EMBARAZO Y LOS FACTORES DE RIESGO.

En relación a la **primera hipótesis**, en la revisión narrativa se encontraron estudios realizados a nivel internacional que reportaron las siguientes **prevalencias de ideación suicida durante el embarazo**: el 2,73 % en mujeres embarazadas croatas (Mikšić et al., 2018), el 4,6 % en estadounidenses (Tabb et al., 2019), el 8,2 % en chinas (Luo et al., 2018), el 7,2 % en colombianas (Vergel et al. al., 2019), entre el 8,5 y 15,8 % en peruanas (Gelaye et al., 2017; Gelaye et al., 2019; Zhong et al., 2016b) y el 18 % en sudafricanas (Ona et al., 2017). De acuerdo con la hipótesis planteada, **la prevalencia de ideación suicida en mujeres africanas es mucho más alta que en las gestantes occidentales**. Este resultado tiene sentido si se tiene en cuenta la realidad socioeconómica de unas regiones y otras: cuanto más difícil es el acceso a los distintos recursos, más esperable es que se encuentren dificultades de salud física y mental.

Respecto a los **factores de riesgo de la ideación suicida durante el embarazo**, distintos estudios de la revisión señalaron algunas condiciones clínicas como son: la ansiedad (Mikšić et al., 2018; Onah et al., 2017), la depresión (Gelaye et al., 2016; Mebrahtu et al., 2020; Onah et al., 2017), los antecedentes de intentos de suicidio (Supraja et al., 2016; Onah et al., 2017), el alto estrés (Mebrahtu et al., 2020) y las dificultades con el sueño (Gelaye et al., 2017; Kalmbach et al., 2020; Palagini et al., 2019). Otros trabajos subrayaron la importancia de las desigualdades sociales, siendo que factores como los siguientes confieren riesgo de ideación suicida: ser negra (Zhong et al., 2016a), tener bajos ingresos (Musyimi et al., 2020; Onah et al., 2017; Zhong et al., 2016a), experimentar violencia de pareja (Gelaye et al., 2016; Musyimi et al., 2020; Rodriguez et al., 2018; Shamu et al., 2016; Supraja et al., 2016), tener una educación inferior a 12 años (Gelaye et al., 2016), ser demasiado joven (Mebrahtu et al., 2020; Rodriguez et al., 2018; Supraja et al., 2016), estar soltera (Mebrahtu et al., 2020) o percibir falta de apoyo social (Rodriguez et al., 2018; Supraja et al., 2016). Algunos determinaron la importancia de las situaciones traumáticas previas, siendo que el maltrato infantil aumenta el riesgo de ideación suicida durante el embarazo (Levey et al., 2019; Zhang et al., 2020; Zhong et al., 2016b). Otros analizaron el factor gestacional, encontrándose que presentan mayor ideación suicida: las mujeres hospitalizadas por alto riesgo obstétrico (Vergel et al.,

2019), las que han sufrido un aborto inducido durante ese año (Luo et al., 2018) y las que han tenido dos o más partos (Onah et al., 2017). También se encontraron estudios que señalaron como factores de riesgo otras circunstancias de salud, como la exposición pasiva al tabaco (Suzuki et al., 2019; Weng et al., 2016) o el VIH (Rodríguez et al., 2018; Rodríguez et al., 2017; Zewdu et al. al., 2021). Por tanto, **se cumplió la hipótesis de que el diagnóstico de depresión y las condiciones socioeconómicas desfavorables resultan factores de riesgo que hacen más probable la ideación suicida en embarazadas**. Este resultado resulta coherente, ya que las dificultades afectivas y socioeconómicas pueden llevar a la persona a situaciones de desesperanza, donde la ideación suicida se dé.

La principal **fortaleza** de esta revisión narrativa es haber podido **encontrar datos sobre prevalencias y factores de riesgo de la ideación suicida durante el embarazo, así como instrumentos de medida de los mismos** en contextos diferentes al español. No se encontró ningún estudio sobre la prevalencia de ideación suicida en embarazadas que hubiera sido realizado con mujeres residentes en España, ni sobre factores de riesgo en nuestro contexto. Esto animó a llevar a cabo el primer estudio empírico.

La principal **limitación** encontrada en la revisión es la **falta de estudios sobre el manejo de los casos de ideación suicida en mujeres embarazadas**, siendo que, utilizando los parámetros indicados, no se encontró ningún trabajo de estas características. Esto fue relevante para la realización del cuarto documento de esta Tesis (el **Protocolo IMISE-P**) porque, como señalan Gelaye et al. (2016) el período prenatal representa un período crítico y una oportunidad importante para la prevención del riesgo de suicidio.

5.2. SOBRE LA PREVALENCIA DE LA IDEACIÓN SUICIDA EN EL EMBARAZO EN ESPAÑA.

En contra de la **segunda hipótesis, la prevalencia de ideación suicida en mujeres embarazadas en España fue superior a la encontrada en población general**, siendo que en nuestro estudio un 2.6% de las gestantes informó de ideación suicida (Castelao-Legazpi et al., 2022), frente al 0.9% que había sido encontrado en la población

general española (Huerta, 2015). Se esperaba que la prevalencia de ideación suicida hubiera sido inferior durante la etapa de embarazo, principalmente debido a que socialmente se suele **mitificar** esta como un periodo feliz para la mujer. No obstante, dado que la realidad es que el embarazo frecuentemente se acompaña de cansancio y agotamiento, es entendible que el estado de ánimo de la gestante sea en ocasiones negativo y que la ideación suicida pueda llegar a darse en mayor proporción que en la población general de mujeres no embarazadas. Dado que la prevalencia de ideación suicida durante el embarazo es mayor de lo esperado, los resultados del estudio sugieren la necesidad de realizar cribados y de aplicar intervenciones preventivas para disminuir sus posibles efectos.

Asimismo, se cumplió que **la prevalencia de ideación suicida encontrada en mujeres embarazadas en España es similar a la referida por mujeres embarazadas de otros países europeos**, siendo en nuestro caso del 2.6% (Castelao-Legazpi et al., 2022), muy parecida por ejemplo a la referida por gestantes croatas (2.73%) (Mikšić et al., 2018). Inicialmente también se esperaba que la prevalencia de ideación suicida durante el embarazo sería similar a la del resto de los países occidentales y se encontró que efectivamente fue así en el caso de **EE. UU.** (2.6%, Melville et al., 2010; 2.7%, Gavin et al., 2011; 3.8%, Kim et al., 2015). Estas similitudes son razonables debido a que, aunque de distintas nacionalidades, los residentes en países occidentales compartimos una forma de vida semejante y es esperable que en cierta medida nos puedan afectar cuestiones parecidas.

La **primera fortaleza** del estudio es haber contado con una **muestra amplia** (N= 1524) y **representativa** de la población de mujeres embarazadas en España, con un amplio espectro geográfico (tanto urbano como rural). Como **limitación**, indicar que las participantes se encontraban en el primer trimestre del embarazo y sería interesante determinar si estos resultados sobre prevalencias **se mantienen o varían** durante los últimos trimestres del mismo e incluso en el posparto.

5.3. SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA IDEACIÓN SUICIDA EN EL EMBARAZO EN ESPAÑA.

De acuerdo con la **tercera hipótesis**, se encontró que **el diagnóstico previo de depresión y las dificultades socioeconómicas son factores de riesgo que hacen más probable la aparición de ideación suicida en las mujeres embarazadas en España**. En concreto, en nuestro estudio los factores de riesgo para la ideación suicida en mujeres embarazadas encontrados fueron, en sentido negativo: los antecedentes de depresión, el desempleo, la condición de inmigrante, los problemas de pareja y haber sufrido un aborto previo; y en sentido protector: haberse sometido a reproducción asistida (Castelao-Legazpi et al., 2022).

Respecto a haberse encontrado el **diagnóstico previo de depresión como factor de riesgo de la ideación suicida prenatal**, este resultado es consistente con estudios previos realizados en poblaciones no hispanohablantes (Copersino et al., 2008; Gavin et al., 2011; Gelaye et al., 2016; Khalifeh et al., 2016; Newport et al., 2007; Orsolini et al., 2016; Rodríguez et al., 2018). En relación a las **dificultades socioeconómicas**, encontramos que el **desempleo** es un factor de riesgo para la ideación suicida prenatal en nuestra muestra. El desempleo está estrechamente relacionado con tener problemas económicos, lo cual se ha encontrado previamente asociado con una mayor probabilidad de ideación suicida (Gavin et al., 2011; Onah et al., 2017) y de otros problemas psicológicos.

Más allá de lo que inicialmente se hipotetizaba, también se encontró una asociación significativa entre la **inmigración** y la ideación suicida, que sin bien requiere investigación adicional, el resultado tampoco sorprende, ya que ha sido indicada previamente una mayor incidencia y síntomas más severos de depresión prenatal entre las mujeres inmigrantes en España (Marcos-Nájera et al., 2020). Tampoco resulta sorprendente que los **problemas matrimoniales** sean un factor de riesgo de ideación suicida para las mujeres embarazadas de nuestra muestra. Este hallazgo se alinea con un estudio realizado con mujeres en México (Lara y Letechipia, 2009). En cuanto a la relación positiva encontrada entre haber tenido un **aborto previo** y la ideación suicida durante el embarazo, este hallazgo es consistente con estudios previos realizados en otros países, incluidos Brasil, el Reino Unido y los EE. UU. (Coelho et al., 2014).

En cuanto al **factor protector reproducción asistida**, aunque el estrés relacionado con la infertilidad se ha asociado con la morbilidad psicológica en la literatura científica, se sabe poco sobre la relación entre la infertilidad y el riesgo de suicidio (Shani et al., 2016). Nuestros resultados sugieren que quedarse embarazada después de recibir procedimientos de reproducción asistida puede suponer un factor protector contra la ideación suicida, aunque este efecto debe interpretarse con cautela, ya que la ideación suicida en nuestro estudio se midió en torno a las 12 semanas de gestación, cuando ya había sido superado el mayor riesgo de aborto espontáneo en la mujer, con el efecto positivo en su bienestar que esto puede suponer tras el periodo de estrés hasta conseguir el embarazo. Es posible que la ideación suicida hubiera sido mayor si se hubiera medido más tarde en el embarazo cuando otras complicaciones puedan tener lugar.

La **principal fortaleza** es **haber podido establecer los factores de riesgo de la ideación suicida prenatal** en una muestra amplia y representativa de mujeres en España. Además, los resultados de la investigación aportan **sugerencias para la práctica clínica**, como la necesidad de prestar especial atención a las mujeres con antecedentes de depresión, que están desempleadas, que son inmigrantes, o que han sufrido abortos previos. Estos factores de riesgo han de utilizarse para mejorar la identificación de mujeres con ideación suicida. No obstante, serían interesantes **futuros estudios** que contemplen estas condiciones en **momentos posteriores** al primer trimestre de embarazo, para ver si siguen funcionando como factores de riesgo de la ideación suicida a los que prestar especial atención, o si por el contrario se limitan a los primeros meses de gestación. Una **limitación** del estudio tiene que ver con que el término "**aborto previo**" se utilizó como una terminología general y serían recomendables estudios futuros para especificar la diferencia entre "aborto inducido" y "aborto espontáneo" en términos de probabilidad de aparición de ideación suicida.

5.4. SOBRE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA DE LAS MUJERES EMBARAZADAS CON IDEACIÓN SUICIDA.

Se cumplió la **cuarta hipótesis** planteada, que suponía que **las mujeres con ideación suicida puntuarían más en todos los ítems del Cuestionario de Salud del**

Paciente - 9 [PHQ-9], tanto en los que miden sintomatología depresiva cognitivo-afectiva, como en aquellos que evalúan la somática o la puerperal. Este resultado tiene sentido ya que es esperable que las mujeres que en general se encuentran peor, tengan mayor probabilidad de ideación suicida que las que se encuentran mejor. **Aunque si bien las mujeres con ideación suicida puntuaron más en todas las dimensiones del PHQ-9, en el aspecto cognitivo las diferencias fueron significativamente más pronunciadas.** Esto también resulta lógico, ya que la asociación entre la ideación suicida y el funcionamiento cognitivo característico de la depresión y la desesperanza se ha demostrado como significativa previamente (Heisel et al., 2002), y es sabido que la desesperanza es un elemento clave en el riesgo suicida (Pérez et al., 2017).

5.5. SOBRE EL APOYO SOCIAL PERCIBIDO COMO FACTOR PROTECTOR DE LA IDEACIÓN SUICIDA EN EMBARAZADAS EN ESPAÑA.

Respecto a la **quinta hipótesis**, efectivamente **las mujeres embarazadas con ideación suicida de la muestra percibieron menor apoyo social emocional y práctico de su entorno** que aquellas que no refirieron pensamientos suicidas. Este resultado es congruente con estudios previos, en los que la falta de apoyo social percibido había sido demostrada previamente como factor de riesgo para la psicopatología prenatal (Biaggi et al., 2016). No obstante, no resultaron igualmente predictores de la ideación suicida prenatal los distintos tipos de apoyo social percibido. Concretamente, la falta de apoyo emocional percibido de la pareja o las amistades y la falta de apoyo práctico percibido de la familia se encontraron como factores que predijeron la ideación suicida en la muestra de embarazos residentes en España.

El estudio que se focalizó en esta cuestión (3) cuenta con importantes **fortalezas**. En primer lugar, se pudo establecer la **importancia relativa de los distintos tipos de apoyo social percibido** en las mujeres embarazadas en relación a su posible ideación suicida. En segundo lugar, resulta reseñable haber podido examinar la **asociación entre la falta de apoyo social percibido y la presencia de ideación suicida** en las mujeres evaluadas. En tercer lugar, es destacable que **los resultados son generalizables**, ya que

la investigación ha sido realizada con una muestra amplia, perteneciente a dos hospitales públicos españoles de tercer nivel.

Sin embargo, a pesar de estas importantes aportaciones, **el estudio cuenta con la limitación de no haber podido realizar un seguimiento longitudinal** de la asociación entre el factor protector apoyo social percibido y la evolución de la ideación suicida a lo largo de todo el embarazo, e incluso del periodo posparto. Se plantea como posible investigación futura. También sería interesante realizar estudios donde se analice cómo influye el apoyo social percibido durante el embarazo, no solo en la ideación suicida, sino también en la sintomatología ansiosa u obsesiva prenatales, por ejemplo.

5.6. SOBRE EL PROTOCOLO DE DETECCIÓN Y MANEJO DE LA IDEACIÓN SUICIDA DURANTE EL EMBARAZO ELABORADO EN ESTA TESIS.

Todos los estudios previos referenciados a lo largo de este trabajo subrayan la importancia de aplicar un buen procedimiento de cribado que permita **detectar y manejar**, ya desde las primeras semanas de gestación, el mayor número posible de mujeres embarazadas susceptibles de experimentar ideación suicida.

La **principal fortaleza** del protocolo es pretender ser una **guía de actuación útil** para el abordaje de la ideación suicida durante el embarazo, basada en la evidencia científica disponible a partir de los distintos documentos consultados, tanto artículos como protocolos y guías ([Centre of Perinatal Excellence, 2017](#); [Centro de Psicología Aplicada, 2013](#); [Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2022](#), [Servicio Andaluz de Salud, 2022](#); [Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2022](#)). Este surge con la intención de llegar a los profesionales de salud de nuestro país que intervengan con las gestantes.

Como **limitación**, indicar que el presente protocolo se limita al periodo de gestación. En futuros desarrollos del mismo, se debería considerar la posibilidad de mejorar su alcance a la etapa preconcepcional, al posparto y a la maternidad extensa, para ampliar aún más los niveles asistenciales desde los que poder actuar de manera preventiva. Podría extenderse por ejemplo para ser utilizado en las unidades de

ginecología o en las de pediatría, a las que las mujeres continúen acudiendo una vez den a luz. Esto permitiría elevar las posibilidades de alcance de la prevención. Asimismo, sería aconsejable establecer especificaciones sobre cómo realizar el cribado y proporcionar los apoyos a las mujeres embarazadas que presenten ideación suicida y tuviesen diagnosticado previamente al embarazo algún trastorno mental grave (psicótico, bipolar, depresión mayor, etc.).

No obstante, esta es la primera versión del protocolo, que deberá ser revisada periódicamente, con el objetivo de **adaptarlo** a la evidencia que pueda sobrevenir con su puesta en práctica.

CAPÍTULO 6:
CONCLUSIONES DE LOS
DOCUMENTOS ELABORADOS,
IMPLICACIONES Y
PERSPECTIVAS FUTURAS

6.1. SOBRE EL ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA DURANTE EL EMBARAZO EN ESPAÑA.

Si bien como se encuentra en el *estudio (1)* sobre la revisión de la literatura, la prevalencia de ideación suicida durante el embarazo se encuentra a nivel internacional **entre el 2,73% (en países europeos), el 8,5-15,8% (en países de América Latina) y el 39% (en mujeres africanas)**, en el *estudio (2)* realizado en España, un **2,6%** de las mujeres embarazadas informó de ideación suicida (Castelao-Legazpi et al., 2022). Esta prevalencia es similar a la encontrada en algunos estudios previos realizados con otras muestras de mujeres embarazadas occidentales (2.6%, Melville et al., 2010; 2.7%, Gavin et al., 2011).

Durante el embarazo, la prevalencia de ideación suicida es superior a la de la población general de mujeres (Copersino et al., 2008; Lindahl et al., 2005; Newport et al., 2007), si bien la conducta suicida durante el periodo perinatal es menor que en la población general de mujeres, siendo que se dan 1 o 5 suicidios de cada 100.000 casos en embarazadas frente a 5 o 10 suicidios de cada 100.000 casos en mujeres no embarazadas (Esscher et al., 2016; Fisher, 2016; Howard et al., 2011; Khalifeh et al., 2016; Lindahl et al., 2005; Lysell et al., 2018).

6.2. SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDA EN EMBARAZADAS.

Los factores de riesgo de presentar ideación suicida durante el embarazo encontrados en la literatura internacional (*estudio 1: revisión narrativa*) tienen que ver con las siguientes condiciones: depresión, ansiedad, dificultades para dormir, intentos de suicidio previos, nivel socioeconómico bajo, menor edad y nivel educativo, ausencia de pareja, estrés, violencia de la pareja, antecedentes de abuso físico o sexual durante la infancia, embarazo no deseado, aborto inducido previo, riesgo obstétrico, hábito de fumar, diagnóstico de VIH, inseguridad alimentaria o hambre.

En el estudio realizado con mujeres embarazadas residiendo en España (*estudio 2: empírico*), se determinan como factores de riesgo de la ideación suicida: algunos sociodemográficos, como **antecedentes de depresión** ($\beta = 0.120$, $p < .05$), **desempleo** ($\beta = 0.149$, $p < .05$) y **ser inmigrante** ($\beta = 0.140$, $p < .01$); y variables biomédicas, como la **historia de aborto previo** en sentido negativo ($\beta = 0.169$, $p < .01$) y la **reproducción asistida** en un sentido protector ($\beta = -0.100$, $p < .05$).

Además, en el estudio sobre el apoyo social percibido (*estudio 3: empírico*) se encuentra que en la muestra de mujeres residentes en España predicen la ideación suicida: la **falta de apoyo emocional de la pareja** ($\beta = -.132$, $p < 0.001$), la **falta de apoyo instrumental o práctico de la familia** ($\beta = -.078$, $p < 0.05$) y la **falta de apoyo emocional de las amistades** ($\beta = -.095$, $p < 0.001$). Esto va en la línea con la teoría clásica de [Kitamura et al. \(1996\)](#), que postula que la falta de apoyo social percibido impacta adversamente en la salud mental de las mujeres y lo hace especialmente durante el embarazo.

Destaca también como resultado del estudio 3 que el apoyo instrumental o práctico proporcionado por la **familia** se determina como factor protector de la ideación suicida en la muestra prenatal. Este resultado coincide con lo encontrado en el clásico realizado por [Billings y Moss \(1981\)](#) con población general, quienes comprobaron que el apoyo que proporciona la familia a las mujeres se asocia con su mejor ajuste psicológico ante el impacto de los eventos vitales estresantes.

6.3. SOBRE EL PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE LA IDEACIÓN SUICIDA DURANTE EL EMBARAZO.

Aunque las ciencias de la salud en general y la psicología en particular han experimentado en el último medio siglo un gran avance, ocurre que en ocasiones ante un mismo problema psicológico se interviene de forma muy diversa. Una forma de mejorar esta circunstancia en nuestro ámbito, y conseguir así un mayor rigor científico y actuaciones más eficaces, es mediante la incorporación de procedimientos estandarizados que faciliten la toma de decisiones basada en la evidencia. Para contribuir a lo anterior, durante el desarrollo de esta Tesis Doctoral, se ha elaborado el **Protocolo de Identificación y Manejo de la Ideación Suicida durante el Embarazo (IMISE-P)**, que ha sido publicado por la Editorial UNED ([Castelao-Legazpi et al., 2021](#)) (*material de*

transferencia del conocimiento: el Protocolo). Esta herramienta se compone de principios y recomendaciones diseñadas para apoyar en la toma de decisiones a los distintos profesionales sanitarios que atienden a las mujeres embarazadas. En el protocolo, se encuentran clarificadas las actuaciones a realizar ante la detección de ideación suicida en las mujeres embarazadas, sirviendo como guía.

La estandarización pretende optimizar la asistencia, vertebrando los recursos y promoviendo el mínimo riesgo para la mujer al recibir los cuidados necesarios en materia de Salud Mental.



Figura 2. – Portada del Protocolo IMISE-P (Editorial UNED).

CAPÍTULO 7:
CONCLUSIÓN FINAL.
LECCIONES APRENDIDAS,
CLAVES DE FOCALIZACIÓN Y
REFLEXIÓN

La **conclusión final** que se extrae de las investigaciones realizadas durante el desarrollo de esta tesis doctoral se presenta a través de **cuatro importantes lecciones aprendidas**. A partir de ellas, y para poder **seguir avanzando en la prevención efectiva de la ideación suicida durante el embarazo**, se proponen **5 claves de focalización** y expone una **reflexión final** con la que se concluye la presente Tesis Doctoral.

7.1. LECCIONES APRENDIDAS.

LECCIÓN 1:

SE REQUIERE MAYOR CONCIENCIACIÓN Y ATENCIÓN PARA PREVENIR Y MANEJAR LA IDEACIÓN SUICIDA DURANTE EL EMBARAZO.

- La conducta suicida es un **problema de salud pública**. Disminuir su incidencia constituye un importante **desafío para toda la sociedad**. Se tiene que actuar responsablemente para frenar su avance y mitigar las **consecuencias personales, familiares y socioeconómicas** que de ella se derivan. Proporcionar ayuda, calidez y recursos a las personas con pensamientos de suicidio es un asunto de **corresponsabilidad** entre todos.
- El comportamiento suicida es un **fenómeno humano, complejo, multifactorial y multidimensional**. El periodo del embarazo confiere riesgo de suicidio. Aunque las tasas globales de intentos de suicidio y suicidios consumados son más bajas en mujeres embarazadas que en la población femenina general, la ideación suicida es **más prevalente en las mujeres embarazadas** que en población general.
- Dada esta elevada prevalencia de ideación suicida durante el embarazo, son necesarias **intervenciones preventivas específicas**. Las **estrategias basadas en la evidencia** para la detección y manejo de la ideación suicida durante el embarazo resultan recomendables.

- Realizar cribados supone un **ahorro de costes, ya no solo en términos humanos, sino también económicos** para el sistema sanitario.
- Ha de fomentarse el **trabajo multidisciplinar** entre los distintos agentes implicados en la atención al embarazo.
- Dada la cercanía y la frecuencia de las visitas o revisiones que ofrecen los profesionales que ofrecen cuidados durante la etapa perinatal (matronas, ginecólogos, obstetras, pediatras...), la ideación suicida puede verse **detectada** por ellos. Además de realizar preguntas empáticas de cribado, pueden ofrecer apoyo y derivar en caso de ser necesario a los servicios especializados de salud mental.
- Es el profesional de salud mental el que debe ocuparse del **abordaje clínico** de la ideación suicida durante el embarazo, mediante intervenciones basadas en la evidencia empírica.
- Quizá la clave de la prevención del suicidio en el sector sanitario de atención al embarazo no esté solo en la detección-para-la-derivación, sino en la capacidad del profesional para crear **vínculos** de confianza, apoyo y cuidado con sentido para las mujeres en riesgo.
- Debemos asegurarnos de que todas las mujeres embarazadas puedan tener **acceso** a la atención profesional y al apoyo necesario, cuando y donde lo necesiten.

LECCIÓN 2:

EL PHQ-9, EL PDPI-R Y EL MÓDULO DE SUICIDALIDAD DE LA ENTREVISTA *MINI* SON INSTRUMENTOS FIABLES QUE PUEDEN UTILIZARSE PARA EL CRIBADO DE LA IDEACIÓN SUICIDA EN EMBARAZADAS EN ESPAÑA.

- El **PHQ-9** es un instrumento de *screening* ampliamente contrastado. Permite detectar pensamientos suicidas. Su aplicación es sencilla. La aproximación hecha en esta Tesis al conocimiento de la prevalencia de la ideación suicida mediante el **ítem 9** de la escala había sido previamente realizada en otros contextos, con buenos resultados. Utilizarlo **de forma generalizada** en contextos de atención al embarazo podría evitar que la ideación suicida de la mujer pase desapercibida.
- El **PDPI-R** sirve ampliamente para explorar los **factores de riesgo** de la ideación suicida durante el embarazo.
- El **módulo de suicidalidad de la entrevista *MINI*** ayuda a comprender el riesgo suicida de la mujer embarazada.

LECCIÓN 3:

LOS FACTORES DE RIESGO QUE PREDICEN LA IDEACIÓN SUICIDA DURANTE EL EMBARAZO ESTÁN BIEN ESTABLECIDOS.

- En España, los factores de riesgo de ideación suicida durante el embarazo incluyen algunos sociodemográficos, como los **antecedentes de depresión**, el **desempleo** o **ser inmigrante**, y algunas variables biomédicas, como la **historia de aborto previo** y la reproducción asistida (aunque esta última en sentido inverso, actuando como factor protector).
- Es necesario entender los factores que suponen un riesgo para la ideación suicida durante el embarazo, y los profesionales de la salud que atiendan a las mujeres embarazadas han de tenerlos muy en cuenta. Especialmente importante resultará que se subraye la relevancia de la búsqueda de **apoyo social efectivo** en ese momento vital.
- Resulta oportuno desarrollar, e ir mejorando con las evidencias que se obtengan de su aplicación, **programas de detección y manejo** que tengan en cuenta los factores de riesgo específicos asociados al embarazo.

LECCIÓN 4:

NO ASUMAMOS EL EMBARAZO COMO UN ACONTECIMIENTO NECESARIAMENTE BIENAVENTURADO. LEGITIMEMOS EL SUFRIMIENTO DE LA MUJER EN EL CASO DE QUE ÉSTE PUEDA DARSE.

- Frecuentemente las mujeres embarazadas pueden experimentar dificultades y sentirse mal. Esto es algo normal. **Resulta perjudicial la asunción social del embarazo como un acontecimiento “necesariamente” bienaventurado.** Durante el mismo, la mujer puede experimentar por ejemplo **agobio** por no saber cómo enfrentarse a su nueva condición, al manejo del bebé, o a los cambios económicos y laborales, entre otros posibles factores estresantes. Es importante validar su sufrimiento, desmitificando “la maternidad como una etapa necesariamente feliz”. La maternidad puede hacer propicia la sensación de **desesperanza** en la mujer, siendo que el cansancio y el agotamiento contribuyan a una percepción más negativa de su realidad.
- **La maternidad entraña dificultades, renunciaciones y nuevas identidades** que pueden resultar conflictivas para algunas mujeres. Está bien hablar de ello.

Cuadro 1.- Lecciones Aprendidas.

7.2. CLAVES DE FOCALIZACIÓN.

PROMOVER EL AMBIENTE NECESARIO PARA DESARROLLAR UNA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDA DURANTE EL EMBARAZO.

Clave 1: IMPLANTAR UNA CULTURA DE PREVENCIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDA DURANTE EL EMBARAZO Y GENERAR CONCIENCIA SOCIAL.

Incrementar el nivel de madurez organizativa en materia de salud mental materna de los centros sanitarios. **Reforzar una "cultura organizativa" de Colaboración, Cooperación, Tolerancia a fallos, Innovación, Calidad, Comunicación, Motivación y Afiliación.**

Clave 2: TENER MEDIOS Y ESPACIOS DE INTERCAMBIO QUE INCREMENTEN LAS POSIBILIDADES DE DETECCIÓN Y MANEJO DE LA IDEACIÓN SUICIDA.

PROMOVER DINÁMICAS DE AGREGACIÓN DE VALOR.

Clave 3: PROMOVER EL COMPROMISO Y LA IMPLICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES Y PROFESIONALES SANITARIOS BUSCANDO UNA ATENCIÓN HOLÍSTICA A LO LARGO DE TODO EL EMBARAZO.

Realizar **investigaciones que aporten evidencias** científicas para mejorar la detección y el manejo de la ideación suicida durante este periodo.

Realizar **cribados universales** que permitan detectar los factores de riesgo, **promover intervenciones preventivas** por parte de

profesionales de salud mental y **prolongar el seguimiento y la atención psicológica** durante **todo el embarazo**.

Clave 4: FOMENTAR PRÁCTICAS SALUDABLES EN LOS CENTROS SANITARIOS.

Hacer **planes de acción** para dotar a los profesionales sanitarios y a los equipos de investigación de **competencias técnicas y habilidades psicológicas** que les permitan mejorar la experiencia emocional de las gestantes y favorezcan el pensamiento y las conductas positivas entre las mujeres.

Clave 5: GENERAR CANALES PARA DIFUNDIR EL VALOR DE UNA ATENCIÓN PREVENTIVA DE LA IDEACIÓN SUICIDA DURANTE EL EMBARAZO.

Divulgar el protocolo IMISE-P. Dar facilidades a los equipos de investigación para que participen y compartan sus aportaciones en los foros institucionales, nacionales e internacionales.

Los **medios de comunicación** han de ser muy conscientes de su responsabilidad a la hora de emitir comunicados sobre cualquier conducta suicida, de tal forma que trasladen al espectador la importancia de buscar soluciones asistenciales ante la ideación suicida.

Cuadro 2.- Claves de Focalización.

7.3. REFLEXIÓN FINAL.

Las personas son el pilar básico de la sociedad. Sin embargo, vivimos en un contexto cada vez más exigente.

Las mujeres embarazadas ya no son meras receptoras de una asistencia sanitaria corporal que se limite a controlar la evolución del peso, la correcta formación de los órganos del bebé o su latido, por ejemplo. Los nuevos tiempos exigen **protocolos de prevención eficaces que prioricen la SALUD MENTAL MATERNA Y SU BIENESTAR.**

- Son necesarias las **RELACIONES EMPÁTICAS** entre los servicios asistenciales y las experiencias de las mujeres que hacen uso de ellos y la **COLABORACIÓN DE TODOS LOS PROFESIONALES SANITARIOS** que, a lo largo del embarazo, atienden a las mujeres embarazadas.

- Se requieren campañas de **SENSIBILIZACIÓN, INFORMACIÓN Y DIFUSIÓN** para que toda la sociedad conozca la realidad de los problemas de salud mental maternos y podamos aprender a detectarlos y manejarlos.

- Es necesario habilitar mecanismos que inciten a las mujeres o a las personas de su entorno a buscar la ayuda necesaria cuando la ideación suicida se da. Hay encontrar la manera de **SALVAR LAS BARRERAS** asistenciales, socioeconómicas, el miedo a la estigmatización y los mitos que contribuyen a que las dudas y los pensamientos negativos de la mujer no sean atendidos.

- Resulta oportuno trasladar a esta sociedad tan exigente, la **noción** de que ideación suicida es una condición que requiere atención y que ha de ser manejada con una intervención psicológica adecuada.

▪ Por ello, el **SCREENING UNIVERSAL de la ideación suicida materna** pasa de ser una opción a ser una necesidad. También es imprescindible conocer los **FACTORES DE RIESGO** que hacen más propensas a las mujeres para presentar ideación suicida. Se dispone de **INSTRUMENTOS CONTRASTADOS** para su cribado. Son necesarias **GUÍAS Y PROTOCOLOS BASADOS EN LA EVIDENCIA** para su correcto abordaje.

▪ Y como broche, las **INTERVENCIONES PREVENTIVAS** se convierten en el recurso fundamental para que las mujeres puedan superar su ideación suicida y su malestar psicológico. Un correcto abordaje de esta puede redundar en importantes beneficios para la madre, su entorno y su bebé, a corto, medio y largo plazo.

▪ Los **sistemas de gobernanza sanitaria** van avanzando en este sentido. Muestra de ello es la reciente aprobación de la implementación de un teléfono nacional gratuito de 3 cifras (**024**) para ofrecer atención profesional y apoyo 24h a las personas con ideación suicida o a sus familiares. Pero hay que pisar el acelerador y abordar cuanto antes el sufrimiento de las personas a cualquier nivel asistencial. Los **centros sanitarios** son un punto estratégico.

▪ En este proyecto, se ha tenido la oportunidad y la suerte de colaborar con dos hospitales públicos: **HSCS y HUCA**. Las investigaciones sobre la ideación suicida realizadas ya empiezan a **arrojar resultados en la práctica asistencial** de los profesionales de salud mental.

▪ Esta Tesis surgió con la esperanza de que, en España, no sólo se llegue al *screening* universal de la ideación suicida desde las primeras semanas de gestación, sino que también se pueda **asegurar que todas las mujeres tengan la posibilidad de recibir la ayuda adecuada ante su malestar psicológico.**

Cuadro 3.- Reflexión final.

REFERENCIAS

1. BIBLIOGRAFÍA.

- Al-Halabí, S. (2021, Octubre 31). *Suicidio y maternidad: ¿qué se esconde detrás de ese tabú?* The Conversation. <https://theconversation.com/suicidio-y-maternidad-que-se-esconde-detras-de-ese-tabu-169921>.
- Al-Halabí, S., y Fonseca-Pedrero, E. (2021). Suicidal behavior prevention: The time to act is now. *Clínica y Salud*, 32(2), 89-92. <https://doi.org/10.5093/clysa2021a17>.
- Al-Halabí, S., y García Haro, J. M. (2021). Tratamientos psicológicos para la conducta suicida. En E. Fonseca (Coord.). *Manual de tratamientos psicológicos. Adultos* (pp. 639-675). Pirámide.
- Al-Halabí, S., García-Haro, J., Rodríguez-Muñoz, M.F., y Fonseca-Pedrero, E. (2021). Conducta suicida y periodo perinatal: entre el tabú y la incompreensión. *Papeles del Psicólogo*, 42(3), 161-169. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2963>.
- Al-Halabi, S., Mayoral, M., Corcoran, P., Brodsky, B., y Stanley, B. (2019). Suicidio durante el embarazo y el posparto. [Suicide during pregnancy and postpartum]. En M.F. Rodríguez-Muñoz (Ed.). *Psicología Perinatal. Teoría y práctica* (pp. 259 – 273). Pirámide.
- Al-Halabí, S., Sáiz, P. A., Burón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., Cervilla, J., Navarrete, M. I., Díaz-Mesa, E. M., García-Álvarez, L., Muñiz, J., Posner, K., Oquendo, M. A., García-Portilla, M. P., y Bobes, J. (2016). Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). *Revista De Psiquiatría Y Salud Mental*, 9(3), 134-142. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.02.002>.
- Alhusen, J. L., Frohman, N., y Purcell, G. (2015). Intimate partner violence and suicidal ideation in pregnant women. *Archives of women's mental health*, 18(4), 573–578. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0515-2>.
- American Psychological Association (2020). Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>.
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Bixo, M., Wulff, M., Bondestam, K., y ÅStröm, M. (2003). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *American journal of obstetrics and gynecology*, 189(1), 148–154. <https://doi.org/10.1067/mob.2003.336>.

- Asociación la Barandilla (2022, Enero 29). *Teléfono Contra el Suicidio*. La Barandilla. <https://www.labarandilla.org/telefono-contra-el-suicidio/>.
- Baethge, C., Goldbeck-Wood, S. y Mertens, S. (2019). SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Research Integrity and Peer Review*, 4(5). <https://doi.org/10.1186/s41073-019-0064-8>.
- Banti, S., Mauri, M., Borri, C., Rambelli, C., Ramacciotti, D., Oppo, M., Montagnani, M.S., Camilleri, V., Cortopassi, S., Cianelli, E., Ciberti, A., Giorgi Mariani, M., y Cassano, G. (2010). P02-373 – Prevalence, incidence, recurrence and new onset of depression during pregnancy. Results from the perinatal depression-research y screening unit (PND-RESCU) study. *European Psychiatry*, 25(1), 1389-1392. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(10\)71375-4](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(10)71375-4)
- Barrón, A., y Chacón, F. (1992). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de Psicología Social*, 7(1), 53–59. <https://doi.org/10.1080/02134748.1992.10821654>.
- Beck, C. (2002). Revision of the Postpartum Depression Predictors Inventory. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 31(4), 394–402. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2002.tb00061.x>.
- Beck, C., Records, K., y Rice, M. (2006). Further development of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(6), 735–745. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00094.x>.
- Behar, R. A. y Arancibia, M. M. (2014). DSM-5 y los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 52(1), 22-33.
- Bitew, T., Hanlon, C., Medhin, G., y Fekadu, A. (2019). Antenatal predictors of incident and persistent postnatal depressive symptoms in rural Ethiopia: a population-based prospective study. *Reproductive Health*, 16(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0690-0>.
- Boudreaux, E. D., Jaques, M. L., Brady, K. M., Matson, A., y Allen, M. H. (2015). The patient safety screener: validation of a brief suicide risk screener for emergency department settings. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 19(2), 151–160. <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1034604>.

- Brodsky, B., Spruch-Feiner, A., y Stanley, B. (2018). The Zero Suicide Model: Applying evidence-based suicide prevention practices to clinic care. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 33. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00033>.
- Bulik, C. M., Von Holle, A., Siega-Riz, A. M., Torgersen, L., Lie, K. K., Hamer, R. M., Berg, C. K., Sullivan, P., y Reichborn-Kjennerud, T. (2009). Birth outcomes in women with eating disorders in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *International Journal of Eating Disorders*, 42(1), 9–18. <https://doi.org/10.1002/eat.20578>.
- Castelao-Legazpi, P., Rodríguez-Muñoz, M., Olivares, E., e Izquierdo, N. (2021). *Protocolo de identificación y manejo de la ideación suicida durante el embarazo (IMISE-P)*. Editorial UNED.
- Castelao-Legazpi, P., Rodríguez-Muñoz, M.F., Le, H-N., Olivares, M.E., e Izquierdo, N. (2022). Suicidal ideation: prevalence and risk factors during pregnancy. *Midwifery*, 106, 103226. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103226>.
- Centre for Women's Mental Health (2022, Febrero 20). *Suicidal ideation in pregnant women not always associated with depression*. Women's Mental Health. <https://www.womensmentalhealth.org/posts/suicidal-ideation-in-pregnant-women/>.
- Centre of Perinatal Excellence [COPE] (2022, Febrero 20). *Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline*. COPE. <https://cope.org.au/wp-content/uploads/2017/10/Final-COPE-Perinatal-Mental-Health-Guideline.pdf>.
- Centro de Investigaciones Sociológicas [CIS] (2022, Febrero 20). *Encuesta sobre la Salud Mental de Los Españoles durante la Pandemia de la COVID-19*. CIS. http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=14531.
- Centro de Psicología Aplicada [CPA] de la Universidad Autónoma de Madrid (2022, Febrero 20). *Protocolo para la Detección y Manejo Inicial de la Ideación Suicida*. CPA. https://psicologosemergenciasbalears.files.wordpress.com/2018/01/protocolo_ideacion_suicida.pdf.
- Chan, L. F., Mohamad Adam, B., Norazlin, K. N., Siti Haida, M. I., Lee, V. Y., Norazura, A. W., Ek Zakuan, K., y Tan, S. M. K. (2016). Suicidal ideation among single, pregnant adolescents: The role of sexual and religious knowledge, attitudes and

- practices. *Journal of Adolescence*, 52, 162–169. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.08.006>.
- Chiles, J. A., Strosahl, K. D., y Roberts, L. W. (2022, Febrero 20). *Clinical manual for assessment and treatment of suicidal patients (2nd ed.)*. American Psychiatric Association. [https://www.appi.org/Clinical Manual for the Assessment and Treatment of Suicidal Patients Second Edition](https://www.appi.org/Clinical_Manual_for_the_Assessment_and_Treatment_of_Suicidal_Patients_Second_Edition).
- Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad (2022, Febrero 20). Guía para la Detección y Prevención de la Conducta suicida, para profesionales sanitarios y facilitadores sociales. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017859.pdf>.
- Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad (2022, Febrero 20). *Guía de Detección y Prevención de la Conducta Suicida en Personas con Enfermedad Mental*. Comunidad de Madrid. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017097.pdf>.
- Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad (2022, Febrero 20). *Guía de autoayuda. Prevención del suicidio. ¿Qué puedo hacer?* Comunidad de Madrid. <https://www.comunidad.madrid/publicacion/1354307230677>.
- Copersino, M., Jones, H., Tuten, M., y Svikis, D. (2008). Suicidal Ideation Among Drug-Dependent Treatment-Seeking Inner-City Pregnant Women. *Journal of maintenance in the addictions*, 3(2-4), 53–64. https://doi.org/10.1300/J126v03n02_07.
- Coppersmith, D., Fortgang, R., Kleiman, E., Millner, A., Yeager, A., Mair, P., y Nock, M. (2021). Effect of frequent assessment of suicidal thinking on its incidence and severity: High-resolution real-time monitoring study. *The British Journal of Psychiatry*, 1-3. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.97>.
- COST Association (2022, Febrero 20). *Memorandum of Understanding for the implementation of the COST Action “Research Innovation and Sustainable Pan-European Network in Peripartum Depression Disorder” - Riseup-PPD (CA18138)*. COST. https://e-services.cost.eu/files/domain_files/CA/Action_CA18138/mou/CA18138-e.pdf.
- Dennis, C. L., y Hodnett, E. (2007). Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *The Cochrane database of systematic reviews*, (4), CD006116. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006116.pub2>.
- Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Ortuño-Sierra, J., y Fonseca-Pedrero, E. (2020). SENTIA: An Adolescent Suicidal Behavior Assessment Scale. *Psicothema*, 32(3), 382-389. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.27>.

- Diez-Quevedo, C., Rangil, T., Sanchez-Planell, L., Kroenke, K., y Spitzer, R. L. (2001). Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosomatic medicine*, 63(4), 679–686. <https://doi.org/10.1097/00006842-200107000-00021>.
- Dunlap, L. J., Orme, S., Zarkin, G. A., Arias, S. A., Miller, I. W., Camargo, C. A., Jr, Sullivan, A. F., Allen, M. H., Goldstein, A. B., Manton, A. P., Clark, R., y Boudreaux, E. D. (2019). Screening and intervention for suicide prevention: a cost-effectiveness analysis of the ED-SAFE Interventions. *Psychiatric Services*, 70(12), 1082–1087. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800445>.
- Earls, M., y The Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health American Academy of Pediatrics (2010). Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. *Pediatrics*, 126(5), 1032–1039. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2348>.
- Eggleston, A. M., Calhoun, P. S., Svikis, D. S., Tuten, M., Chisolm, M. S., y Jones, H. E. (2009). Suicidality, aggression, and other treatment considerations among pregnant, substance-dependent women with posttraumatic stress disorder. *Comprehensive psychiatry*, 50(5), 415–423. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.11.004>.
- Espinosa-Salido, P., Perez, M., Baca-García, E., and Ortega, (2021). Systematic Review of the Indirect Relationships of Thwarted Belongingness and Perceived Burdensomeness in Suicide. *Clínica y Salud*, 32(1), 29 - 36. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a27>.
- Esscher, A., Essén, B., Innala, E., Papadopoulou, F. C., Skalkidou, A., Sundström-Poromaa, I., y Högberg, U. (2016). Suicides during pregnancy and 1 year postpartum in Sweden, 1980-2007. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 208(5), 462–469. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.161711>.
- Fisher, J. (2016). Perinatal psychiatric care needs of women who die by suicide. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 191-192. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00025-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00025-0).
- Flynn, H., Sexton, M., Ratliff, S., Porter, K., y Zivin, K. (2011). Comparative performance of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Patient Health Questionnaire-9 in pregnant and postpartum women seeking psychiatric

- services. *Psychiatry Research*, 187(1-2), 130–134.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.10.022>.
- Fundación de Ciencias del Medicamento y Productos Sanitarios [Fundamed] (2022, Febrero 20). *Informe del Grupo de Trabajo Depresión y suicidio en Urgencias y Emergencias hospitalarias. Un análisis multidisciplinar para optimizar el abordaje de estos pacientes sin descuidar la salud mental de los profesionales*. Fundamed. <https://www.fundacionfundamed.org/doc/GrupodeTrabajo-Depresion-suicidio-urgencias-2021.pdf>.
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio [FSME] (2022, Febrero 20). *Programa Prevensuic*. Fsme. <https://www.fsme.es>.
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio [FSME] (2022, Febrero 20). *Observatorio del Suicidio en España: suicidios España 2019*. Fsme. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2019/espana/>.
- Gandhi, S., Gilbert, W., McElvy, S., El Kady, D., Danielson, B., Xing, G., y Smith, L. H. (2006). Maternal and neonatal outcomes after attempted suicide. *Obstetrics and gynecology*, 107(5), 984–990.
<https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000216000.50202.f6>.
- García-Fernández y Fernández-Hermida (2019). Trastorno por uso de sustancias en el período perinatal. En M.F. Rodríguez-Muñoz (Ed.). *Psicología Perinatal. Teoría y práctica* (pp. 259 – 273). Pirámide.
- Garman, E. C., Cois, A., Schneider, M., y Lund, C. (2019). Association between perinatal depressive symptoms and suicidal risk among low-income South African women: a longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(10), 1219–1230. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01730-w>.
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., y Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and gynecology*, 106(5 Pt 1), 1071–1083.
<https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db>.
- Gavin, A., Tabb, K., Melville, J., Guo, Y., y Katon, W. (2011). Prevalence and correlates of suicidal ideation during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 14(3), 239–246. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0207-5>.
- Gelaye, B., Addae, G., Neway, B., Larrabure-Torrealva, G., Qiu, C., Stoner, L., Luque, M., Sánchez, S., y Williams, M. (2017). Poor sleep quality, antepartum

- depression and suicidal ideation among pregnant women. *Journal of Affective Disorders*, 209, 195-200. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.020>.
- Gelaye, B., Domingue, A., Rebelo, F., Friedman, L. E., Qiu, C., Sanchez, S. E., Larrabure-Torrealva, G., y Williams, M. A. (2019). Association of antepartum suicidal ideation during the third trimester with infant birth weight and gestational age at delivery. *Psychology, Health & Medicine*, 24(2), 127–136. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1539235>.
- Gelaye, B., Kajeepeta, S., y Williams, M. (2016). Suicidal ideation in pregnancy: an epidemiologic review. *Archives of Women's Mental Health*, 19(5), 741–751. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0646-0>.
- Generalitat Valenciana, Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública (2022, Febrero 20). *Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida. Vivir es la Salida.* Comunidad Valenciana. <http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevención+de+suicidio+WEB+CAS.pdf>.
- Gilbody, S., Richards, D., y Barkham, M. (2007). Diagnosing depression in primary care using self-completed instruments: UK validation of PHQ-9 and CORE-OM. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 57(541), 650–652.
- Gobierno Vasco (2022, Febrero 20). *Estrategia de Prevención del Suicidio de Euskadi.* Gobierno Vasco. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_prevenccion_suicidio/es_def/adjuntos/plan_prevenccion_suicidio_cast.pdf.
- Gómez, L., Pérez, M. y Vila, J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud. *Psicología Conductual*, 9(1), 5-8.
- González, M., García-Haro, J. M., García-Pascual, H., Sánchez, M. T., Barrio-Martínez, S. y Voces, J. (2021). Hacia un enfoque contextual-existencial del suicidio: recomendaciones para la prevención. *Clínica contemporánea*, 1(12), e1.
- Goodman, J. H., Chenausky, K. L., y Freeman, M. P. (2014). Anxiety disorders during pregnancy: a systematic review. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(10), e1153–e1184. <https://doi.org/10.4088/JCP.14r09035>.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Atención en el Embarazo y Puerperio (2022, Febrero 20). *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio.* Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/GPC_de_embarazo_y_puerperio.pdf.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2022, Febrero 20). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_resum_modif_20_20_2.pdf.

Grupo de trabajo de Revisión de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida de 2012 del Programa de GPC en el SNS (2022, Febrero 20). *Revisión de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012) del Programa de GPC en el SNS*. Ministerio de Sanidad. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/excelencia/docs/Revision_GPC_ConductaSuicidaActualizacion.pdf.

Grupo Regional de Trabajo sobre Prevención de Suicidio en Castilla-La Mancha (2022, Febrero 20). *Estrategias para la prevención del suicidio y la intervención ante tentativas autolíticas*. Plan de Salud Mental de Castilla - La Mancha. https://sanidad.castillalamancha.es/files/estrategias_para_la_preencion_del_suicidio_ok.pdf.

Guarino, L., Scremín, F., y Borrás, S. (2013). Nivel de información y apoyo social como predictoras de la salud y calidad de vida durante el embarazo. *Psychologia Avances de la Disciplina*, 7(1), 13-21. <https://doi.org/10.21500/19002386.1190>.

Healey, C., Morriss, R., Henshaw, C., Wadoo, O., Sajjad, A., Scholefield, H. y Kinderman, P. (2013). Self-harm in postpartum depression and referrals to a perinatal mental health team: an audit study. *Archives of Women's Mental Health*, 16(3), 237-245. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0335-1>.

Howard, L., Flach, C., Mehay, A., Sharp, D., y Tylee, A. (2011). The prevalence of suicidal ideation identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale in postpartum women in primary care: findings from the RESPOND trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11, 57. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-57>.

Huang, F. Y., Chung, H., Kroenke, K., Delucchi, K. L., y Spitzer, R. L. (2006). Using the Patient Health Questionnaire-9 to measure depression among racially and

- ethnically diverse primary care patients. *Journal of general internal medicine*, 21(6), 547–552. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00409.x>.
- Huerta, R. (2015). Conducta suicida en población general adulta española: un estudio epidemiológico. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
- Ibarra-Yruegas, B., Lara, M.A., Navarrete, L., Nieto, L., y Kawas-Valle, O. (2016). Psychometric properties of the Postpartum Depression Predictors Inventory–Revised for pregnant women in Mexico. *Journal of Health Psychology*, 23, 1415-1423. <https://doi.org/10.1177/1359105316658969>.
- Ikedá, M. y Kamibeppu, K. (2013). Measuring the risk factors for postpartum depression: development of the Japanese version of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R-J). *BMC Pregnancy Childbirth*, 13, 112-123. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-112>.
- Instituto Nacional de Estadística [INE] (2022, Febrero 20). *Defunciones según la Causa de Muerte*. INE. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=7947>.
- Instituto Nacional de Estadística [National Statistics Institute]. (2022, Febrero 20). *Datos por temas*. INE. <https://www.ine.es/>.
- Investigación, Detección, Prevención e Intervención de la Conducta Disruptiva, Autodestructiva, Autolesiva y Suicida [ISNISS] (2022, Febrero 20). *Proyecto ISNISS*. ISNISS. <https://www.isniss.es>.
- Isometsä, E. T., Henriksson, M. M., Aro, H. M., Heikkinen, M. E., Kuoppasalmi, K. I., y Lönnqvist, J. K. (1994). Suicide in major depression. *The American journal of psychiatry*, 151(4), 530–536. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.4.530>.
- Kalmbach, D. A., Cheng, P., Ong, J. C., Ciesla, J. A., Kingsberg, S. A., Sangha, R., Swanson, L. M., O'Brien, L. M., Roth, T., y Drake, C. L. (2020). Depression and suicidal ideation in pregnancy: Exploring relationships with insomnia, short sleep, and nocturnal rumination. *Sleep Medicine*, 65, 62–73. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.07.010>.
- Khalifeh, H., Hunt, I., Appleby, L., y Howard, L. (2016). Suicide in perinatal and non-perinatal women in contact with psychiatric services: 15-year findings from a UK national inquiry. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 233–242. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00003-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00003-1).
- Kim, J., La Porte, L., Saleh, M., Allweiss, S., Adams, M., Zhou, Y., y Silver, R. (2015). Suicide risk among perinatal women who report thoughts of self-harm on

- depression screens. *Obstetrics and gynecology*, 125(4), 885–893. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000718>.
- Kimmel, M. (2020). Maternal mental health matters. *North Carolina Medical Journal*, 81, 45-50. <https://doi.org/10.18043/ncm.81.1.45>.
- Knight, M., Nair, M., Tuffnell, D., Shakespeare, J., Kenyon, S., y Kurinczuk, J. (2022, Febrero 20). *Saving Lives, Improving Mothers' Care – Lessons learned to inform maternity care from the UKK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidit 2013-15*. National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford. <https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrance-uk/reports/MBRRACE-UK%20Maternal%20Report%202017%20-%20Web.pdf>.
- Kroenke, K., y Spitzer, R. (2002). The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*, 32, 1-7. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20020901-06>.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., y Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>.
- Kulathilaka, S., Hanwella, R. y de Silva, V.A. Depressive disorder and grief following spontaneous abortion. *BMC Psychiatry*, 16, 100 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0812-y>.
- Labouliere, C., Vasani, P., Kramer, A., Brown, G., Green, K., Rahman, M., Kammer, J., Finnerty, M., y Stanley, B. (2018). "Zero Suicide" - A model for reducing suicide in United States behavioural healthcare. *Suicidologi*, 23(1), 22–30. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.6198>.
- Lara, Ma. Asunción, y Letechipía, Gabriela (2009). Ideación y comportamiento suicida en embarazadas. *Salud Mental*, 32(5), 381-387.
- Lara-Cinisomo, S., Girdler, S., Grewen, K. y Meltzer-Brody, S. (2016). A biopsychosocial conceptual framework of postpartum depression risk in immigrant and U.S.-born Latina mothers in the U.S. *Womens Health Issues*, 26(3), 336-343. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2016.02.006>.
- Lara, M. A., Navarrete, L., Nieto, L., Martín, J. P., Navarro, J. L., y Lara-Tapia, H. (2015). Prevalence and incidence of perinatal depression and depressive symptoms among Mexican women. *Journal of affective disorders*, 175, 18–24. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.035>.

- Lasa-Aristu, A. y Amor, P. J. (2022, Febrero 20). *Apuntes de estilo de la American Psychological Association (APA)*. Normas tipográficas APA. https://www2.uned.es/maltrato/inves/APA/EstiloCientifico2RR_apaOK.pdf.
- Le, H. N., Rodríguez-Muñoz, M. F., Soto-Balbuena, C., Olivares Crespo, M. E., Izquierdo Méndez, N., y Marcos-Nájera, R. (2020). Preventing perinatal depression in Spain: a pilot evaluation of Mamás y Bebés. *Journal of reproductive and infant psychology*, 38(5), 546–559. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1687859>.
- Lega, I., Maraschini, A., D'Aloja, P., Andreozzi, S., Spettoli, D., Giangreco, M., Vichi, M., Loghi, M., Donati, S., y Regional maternal mortality working group (2020). Maternal suicide in Italy. *Archives of women's mental health*, 23(2), 199–206. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00977-1>.
- Levey, E. J., Rondon, M. B., Sanchez, S., Zhong, Q.-Y., Williams, M. A., y Gelaye, B. (2019). Suicide risk assessment: Examining transitions in suicidal behaviors among pregnant women in Perú. *Archives of Women's Mental Health*, 22(1), 65–73. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0884-4>.
- Lindahl, V., Pearson, J. L., y Colpe, L. (2005). Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of women's mental health*, 8(2), 77–87. <https://doi.org/10.1007/s00737-005-0080-1>.
- Liu, S. I., Yeh, Z. T., Huang, H. C., Sun, F. J., Tjung, J. J., Hwang, L. C., Shih, Y. H., y Yeh, A. W. (2011). Validation of Patient Health Questionnaire for depression screening among primary care patients in Taiwan. *Comprehensive psychiatry*, 52(1), 96–101. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.04.013>.
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Gräfe, K., Kroenke, K., Quenter, A., Zipfel, S., Buchholz, C., Witte, S., y Herzog, W. (2004). Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *Journal of affective disorders*, 78(2), 131–140. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00237-9](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00237-9).
- Luo, M., Jiang, X., Wang, Y., Wang, Z., Shen, Q., Li, R., y Cai, Y. (2018). Association between induced abortion and suicidal ideation among unmarried female migrant workers in three metropolitan cities in China: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 18(1), 625. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5527-1>.
- Luoma, I., Tamminen, T., Kaukonen, P., Laippala, P., Puura, K., Salmelin, R., y Almqvist, F. (2001). Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent*

- Psychiatry*, 40(12), 1367–1374. <https://doi.org/10.1097/00004583-200112000-00006>.
- Lysell, H., Dahlin, M., Viktorin, A., Ljungberg, E., D'Onofrio, B. M., Dickman, P., y Runeson, B. (2018). Maternal suicide - Register based study of all suicides occurring after delivery in Sweden 1974-2009. *PLoS one*, 13(1), e0190133. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190133>.
- Manea, L., Gilbody, S., y McMillan, D. (2012). Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 184(3), E191–E196. <https://doi.org/10.1503/cmaj.110829>.
- Manea, L., Gilbody, S., y McMillan, D. (2015). A diagnostic meta-analysis of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) algorithm scoring method as a screen for depression. *General hospital psychiatry*, 37(1), 67–75. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2014.09.009>.
- Marcos-Nájera, R., Le, H. N., Rodríguez-Muñoz, M. F., Olivares Crespo, M. E., e Izquierdo Mendez, N. (2018). The structure of the Patient Health Questionnaire-9 in pregnant women in Spain. *Midwifery*, 62, 36–41. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.011>.
- Marcos-Nájera, R., Rodríguez-Muñoz, M. F., Soto, C., Olivares, M. E., Izquierdo, N., Le, H. N., y Escudero, A. (2020). The Prevalence and Risk Factors for Antenatal Depression Among Pregnant Immigrant and Native Women in Spain. *Journal of transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society*, 31(6), 564–575. <https://doi.org/10.1177/1043659619891234>.
- Massachusetts Health Quality Partners [MHQP] (2022, Febrero 20). *Perinatal Care Guidelines*. MHQP. <https://www.mhqp.org/resources/clinical-guidelines/perinatal-care-guidelines/>
- Mebrahtu, H., Sherr, L., Simms, V., Weiss, H. A., Rehman, A. M., Ndlovu, P., y Cowan, F. M. (2020). Effects of Maternal Suicidal Ideation on Child Cognitive Development: A Longitudinal Analysis. *AIDS and Behavior*, 24(8), 2421–2429. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02802-8>.
- Melville, J., Gavin, A., Guo, Y., Fan, M., y Katon, W. J. (2010). Depressive disorders during pregnancy: prevalence and risk factors in a large urban sample. *Obstetrics*

and *Gynecology*, 116(5), 1064–1070.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181f60b0a>.

- Merz, E. L., Malcarne, V. L., Roesch, S. C., Riley, N., y Sadler, G. R. (2011). A multigroup confirmatory factor analysis of the Patient Health Questionnaire-9 among English- and Spanish-speaking Latinas. *Cultural diversity & ethnic minority psychology*, 17(3), 309–316. <https://doi.org/10.1037/a0023883>.
- Mikšić, Š., Miškulin, M., Juranić, B., Rakošec, Ž., Včev, A., y Degmečić, D. (2018). Depression and suicidality during pregnancy. *Psychiatria Danubina*, 30(1), 85–90. <https://doi.org/10.24869/psyd.2018.85>.
- Ministerio de Sanidad (2022, Febrero 20). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad 2007. <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud mental/ESTRATEGIA SALUD MENTAL SNS PAG WEB.pdf>.
- Mitchell, A. J., Lord, K., y Symonds, P. (2012). Which symptoms are indicative of DSMIV depression in cancer settings? An analysis of the diagnostic significance of somatic and non-somatic symptoms. *Journal of affective disorders*, 138(1-2), 137–148. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.11.009>.
- Pringle, H. (1993). Women in Political Thought. *Hypatia*, 8(3), 136-159. <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.1993.tb00040.x>.
- Musyimi, C. W., Mutiso, V. N., Nyamai, D. N., Ebuenyi, I., y Ndeti, D. M. (2020). Suicidal behavior risks during adolescent pregnancy in a low-resource setting: A qualitative study. *PloS One*, 15(7), e0236269. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236269>.
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE] (2022, Febrero 20). *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*. NICE Guidance. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>.
- Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido [NICE] (2022, Febrero 20). *Guía para el Abordaje del Comportamiento Autolesivo*. Nice Guidance Self-harm. <https://www.nice.org.uk/guidance/CG133>.
- Navarro, P., Torres, A., Subirá, S. y García-Esteve, L. (2017). Epidemiología de los trastornos mentales perinatales. En L. García-Esteve y M. Valdés. *Manual de psiquiatría perinatal. Guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, posparto y lactancia*. Madrid: Panamericana.

- Navío, M. y Pérez, V. (2022, Febrero 20). Depresión y Suicidio 2020. *Documento Estratégico para la Promoción de la Salud Mental*. Wecare-u Healthcare Communication Group. <http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/LibroBlancoDepresionySuicidio2020.pdf>.
- Newport, D., Levey, L., Pennell, P., Ragan, K., y Stowe, Z. (2007). Suicidal ideation in pregnancy: assessment and clinical implications. *Archives of Women's Mental Health*, 10(5), 181–187. <https://doi.org/10.1007/s00737-007-0192-x>.
- Oates, M. (2003). Perinatal psychiatric disorders: a leading cause of maternal morbidity and mortality. *British Medical Bulletin*, 64, 219-229. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldg011>.
- Observatorio del Suicidio en España (2022, Febrero 20). *Suicidios España 2020*. FSME. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>.
- O' Carroll, P.W., Berman, A.L., Maris, R.W., Moscicki, E.K., Tanney, B. L., y Silverman, M.M. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav*, 26, 237 – 252.
- O'Connor, A., Geraghty, S., Doleman, G., y De Leo, A. (2018). Suicidal ideation in the perinatal period: A systematic review. *Mental Health and Prevention*, 12, 67–75. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2018.10.002>.
- O'Connor, R. C. y Portzky, G. (2018). The relationship between entrapment and suicidal behavior through the lens of the integrated motivational model of suicidal behavior. *Current opinion in psychology*, 22, 12-17. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.021>.
- O'Connor, E., Rossom, R., Henninger, M., Groom, H., y Burda, B. (2016). Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*, 315(4), 388–406. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.18948>.
- Onah, M. N., Field, S., Bantjes, J., y Honikman, S. (2017). Perinatal suicidal ideation and behaviour: Psychiatry and adversity. *Archives of Women's Mental Health*, 20(2), 321–331. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0706-5>.
- Oppo, A., Mauri, M., Ramacciotti, D., Camilleri, V., Banti, S., Borri, C., Rambelli, C., Montagnani, M. S., Cortopassi, S., Bettini, A., Ricciardulli, S., Montaresi, S., Rucci, P., Beck, C. T., y Cassano, G. B. (2009). Risk factors for postpartum depression: the role of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised

- (PDPI-R). Results from the Perinatal Depression-Research & Screening Unit (PNDRScU) study. *Archives of women's mental health*, 12(4), 239–249. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0071-8>.
- Organización del Consumidor [OCU] (2022, Febrero 20). *Salud mental: hacen falta más profesionales*. OCU. <https://www.ocu.org/salud/bienestar-prevencion/noticias/recursos-salud-mental>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022, Febrero 20). *Preventing suicide: A global imperative*. WHO Library. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022, Febrero 20). *Suicidio: datos y cifras*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022, Febrero 20). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. OMS Guideline. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>.
- Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo [OECD] (2022, Febrero 20). *Suicide rates*. OECD. <http://data.oecd.org/healthstat/suicide-rates.html>.
- Palagini, L., Cipollone, G., Masci, I., Novi, M., Caruso, D., Kalmbach, D. A., y Drake, C. L. (2019). Stress-related sleep reactivity is associated with insomnia, psychopathology and suicidality in pregnant women: preliminary results. *Sleep Medicine*, 56, 145–150. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.01.009>.
- Paulden, M., Palmer, S., Hewitt, C., y Gilbody, S. (2009). Screening for postnatal depression in primary care: cost effectiveness analysis. *BMJ: British Medical Journal*, 339. <https://doi.org/10.1136/bmj.b5203>.
- Petersen, J. J., Paulitsch, M. A., Hartig, J., Mergenthal, K., Gerlach, F. M., y Gensichen, J. (2015). Factor structure and measurement invariance of the Patient Health Questionnaire-9 for female and male primary care patients with major depression in Germany. *Journal of affective disorders*, 170, 138–142. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.053>.
- Pinto-Meza, A., Serrano-Bianco, A., Peñarrubia, M. T., Blanco, E. y Haro, J. M. (2005). Assessing depression in primary care with the PHQ-9: can it be carried out over the telephone. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 738-742. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0144.x>.

- Pirkis, J., John, A., Shin, S., DelPozo-Banos, M., Arya, V., Analuisa-Aguilar, P., Appleby, L., Arensman, E., Bantjes, J., Baran, A., Bertolote, J. M., Borges, G., Brei, P., Caine, E., Castelpietra, G., Chang, S. S., Colchester, D., Crompton, D., Curkovic, M., ... Spittal, M. J. (2021). Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: An interrupted timeseries analysis of preliminary data from 21 countries. *The Lancet Psychiatry*, 8, 579-588. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00091-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00091-2).
- Pita, S. (1995). Tipos de estudios clínico-epidemiológicos. *Fisterra*, 25-47.
- Records, K., Rice, M., y Beck, C. T. (2007). Psychometric assessment of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised. *Journal of nursing measurement*, 15(3), 189-202. <https://doi.org/10.1891/106137407783095775>.
- Rodríguez-Muñoz (2019). *Psicología Perinatal. Teoría y práctica*. Pirámide.
- Rodríguez-Muñoz, M.F., y Al-Halabí, S. (2022, Febrero 20). *Prevención de la conducta suicida*. Audio serie proyecto mamás y bebés. <https://canal.uned.es/video/6166c0a7b609236ac9285062>.
- Rodríguez-Muñoz, M. F., Vallejo, L., Olivares, M. E., Izquierdo, N., Soto, C., y Le, H. N. (2017). Propiedades psicométricas del postpartum depression predictors inventory- revised- versión prenatal en una muestra española de mujeres embarazadas [Psychometric properties of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised - prenatal version in a Spanish sample of pregnant women]. *Revista Española de Salud Pública*, 91, e201712047.
- Rodriguez, V. J., Cook, R. R., Peltzer, K., y Jones, D. L. (2017). Prevalence and psychosocial correlates of suicidal ideation among pregnant women living with HIV in Mpumalanga Province, South Africa. *AIDS Care*, 29(5), 593-597. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1238442>.
- Rodriguez, V. J., Mandell, L. N., Babayigit, S., Manohar, R. R., Weiss, S. M., y Jones, D. L. (2018). Correlates of suicidal ideation during pregnancy and postpartum among women living with HIV in rural South Africa. *AIDS and Behavior*, 22(10), 3188-3197. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2153-y>.
- Ross, L. E., Sellers, E. M., Gilbert Evans, S. E. y Romach, M. K. (2004). Mood changes during pregnancy and the postpartum period: Development of a biopsychosocial model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(6), 457-466. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00296.x>.

- Ross, L. E. y Toner, B. (2004). Applying a biopsychosocial model to research on maternal health. *Journal of the Motherhood Initiative for Research and Community Involvement*, 6(1), 168-175.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 141–157.
- Saura, J. y Saturno, P. (1996). Protocolos clínicos: ¿cómo se construyen? Propuesta de un modelo para su diseño y elaboración. *Elsevier*, 18(2), 94-96.
- Servicio Andaluz de Salud (2022, Febrero 20). *Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares*. Servicio Andaluz de Salud. <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiaprevencionsuicidio.pdf>.
- Servicio Andaluz de Salud (2022, Febrero 20). *Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la Conducta Suicida*. Servicio Andaluz de Salud. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/recomendaciones-sobre-la-deteccion-prevencion-e-intervencion-de-la-conducta-suicida>.
- Servicio de Salud del Principado de Asturias [SESPA] (2022, Febrero 20). *Protocolo de Detección y Manejo de Caso en Personas con Riesgo de Suicidio*. Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental – SESPA -. <https://www.astursalud.es/categorias/-/categorias/profesionales/01000practica-clinica/08000salud-mental/01000protocolo-de-deteccion-y-manejo-personas-con-riesgo-de-suicidio>.
- Shamu, S., Zarowsky, C., Roelens, K., Temmerman, M., y Abrahams, N. (2016). High-frequency intimate partner violence during pregnancy, postnatal depression and suicidal tendencies in Harare, Zimbabwe. *General Hospital Psychiatry*, 38, 109–114. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.10.005>.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., y Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59.
- Sheehan, D., Janavs, J., Harnett-Sheehan, K., Sheehan, M., Gray, C., Lecrubier, Y., Weiller, E., Hergueta, T., Allgulander, C., Kadri, N., Baldwin, D., y Even, C. (2010). *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional* (Spanish for US Translation Version).

- Sidebottom, A. C., Harrison, P. A., Godecker, A., y Kim, H. (2012). Validation of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 for prenatal depression screening. *Archives of women's mental health*, 15(5), 367–374. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0295-x>.
- Simon, G. E., Rutter, C. M., Peterson, D., Oliver, M., Whiteside, U., Operskalski, B., y Ludman, E. J. (2013). Does response on the PHQ-9 Depression Questionnaire predict subsequent suicide attempt or suicide death?. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 64(12), 1195–1202. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200587>.
- Smith, M., Sanchez, S., Rondon, M., Gradus, J., y Gelaye, B. (2020). Validation of the patient health questionnaire-9 (PHQ-9) for detecting depression among pregnant women in lima, Peru. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00882-2>.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [SEGO] (2022, Febrero 20). *Área de la mujer*. SEGO. <https://sego.es/Area de la Mujer>.
- Stanley, B., y Brown, G. (2012). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256-264. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>.
- Supraja, T. A., Thennarasu, K., Satyanarayana, V. A., Seená, T. K., Desai, G., Jangam, K. V., y Chandra, P. S. (2016). Suicidality in early pregnancy among antepartum mothers in urban India. *Archives of Women's Mental Health*, 19(6), 1101–1108. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0660-2>.
- Sutter-Dallay, A. L., Giaccone-Marcésche, V., Glatigny-Dallay, E., y Verdoux, H. (2004). Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 19(8), 459–463. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.09.025>.
- Suzuki, D., Wariki, W. M. V., Suto, M., Yamaji, N., Takemoto, Y., Rahman, M. M., y Ota, E. (2019). Association of secondhand smoke and depressive symptoms in nonsmoking pregnant Women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 245, 918–927. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.048>.
- Szpunar, M. J., Crawford, J. N., Baca, S. A., y Lang, A. J. (2020). Suicidal ideation in pregnant and postpartum women veterans: An initial clinical needs assessment.

Military Medicine, 185(1–2), e105–e111.
<https://doi.org/10.1093/milmed/usz171>.

- Tabb, K. M., Gavin, A. R., Faisal-Cury, A., Nidey, N., Chan, Y.-F., Malinga, T., Meline, B., y Huang, H. (2019). Prevalence of antenatal suicidal ideation among racially and ethnically diverse WIC enrolled women receiving care in a Midwestern public health clinic. *Journal of Affective Disorders*, 256, 278–281. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.012>.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] (2018). Screening for perinatal depression. *Obstetrics and gynecology*, 132(5), 208–212. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002927>.
- Velloza, J., Njoroge, J., Ngure, K., Thuo, N., Kiptinness, C., Momanyi, R., Ayub, S., Gakuo, S., Mugo, N., Simoni, J., y Heffron, R. (2020). Cognitive testing of the PHQ-9 for depression screening among pregnant and postpartum women in Kenya. *BMC Psychiatry*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2435-6>.
- Vergel, J., Gaviria, S. L., Duque, M., Restrepo, D., Rondon, M., y Colonia, A. (2019). Gestation-related psychosocial factors in women from Medellin, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 48(1), 26–34. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.06.003>.
- Vesga-López, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Grant, B. F., y Hasin, D. S. (2008). Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of general psychiatry*, 65(7), 805–815. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.7.805>.
- Villarme, S. y Massó, E. (2015). Cuando los sujetos se embarazan. Filosofía y maternidad. *Revista Internacional de Éticas Aplicadas Dilemata*, 18, 1-11. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/368/373>.
- Weng, S.-C., Huang, J.-P., Huang, Y.-L., Lee, T. S.-H., y Chen, Y.-H. (2016). Effects of tobacco exposure on perinatal suicidal ideation, depression, and anxiety. *BMC Public Health*, 16, 623. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3254-z>.
- Yildiz, P. D., Ayers, S., y Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 208, 634–645. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009>.
- Zewdu, L. B., Reta, M. M., Yigzaw, N., y Tamirat, K. S. (2021). Prevalence of suicidal ideation and associated factors among HIV positive perinatal women on follow-

- up at Gondar town health institutions, Northwest Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 42. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03529-z>.
- Zhang, X., Sun, J., Wang, J., Chen, Q., Cao, D., Wang, J., y Cao, F. (2020). Suicide ideation among pregnant women: The role of different experiences of childhood abuse. *Journal of Affective Disorders*, 266, 182–186. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.119>.
- Zhong, Q., Gelaye, B., Fann, J. R., Sanchez, S. E., y Williams, M. A. (2014a). Cross-cultural validity of the Spanish version of PHQ-9 among pregnant Peruvian women: a Rasch item response theory analysis. *Journal of affective disorders*, 158, 148–153. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.012>.
- Zhong, Q.-Y., Gelaye, B., Miller, M., Fricchione, G. L., Cai, T., Johnson, P. A., Henderson, D. C., y Williams, M. A. (2016a). Suicidal behavior-related hospitalizations among pregnant women in the USA, 2006–2012. *Archives of Women's Mental Health*, 19(3), 463–472. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0597-x>.
- Zhong, Q., Gelaye, B., Rondon, M., Sánchez, S. E., García, P. J., Sánchez, E., Barrios, Y. V., Simon, G. E., Henderson, D. C., Cripe, S. M., y Williams, M. A. (2014b). Comparative performance of Patient Health Questionnaire-9 and Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening antepartum depression. *Journal of affective disorders*, 162, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.03.028>.
- Zhong, Q. Y., Gelaye, B., Rondon, M. B., Sánchez, S. E., Simon, G. E., Henderson, D. C., Barrios, Y. V., Sánchez, P. M., y Williams, M. A. (2015). Using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) to assess suicidal ideation among pregnant women in Lima, Peru. *Archives of women's mental health*, 18(6), 783–792. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0481-0>.
- Zhong, Q.-Y., Wells, A., Rondon, M. B., Williams, M. A., Barrios, Y. V., Sanchez, S. E., y Gelaye, B. (2016b). Childhood abuse and suicidal ideation in a cohort of pregnant Peruvian women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 215(4), 501.e1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.04.052>.

2. ENLACES DE INTERÉS.

Mamás y Bebés:

<https://blogs.uned.es/mbc/>

Mamás y Bebés: George Washington University [GW]. Perinatal Mental Health:
The mothers and babies: Mood and Health Research Program:

<https://mbp.columbian.gwu.edu/manuals>

Teléfono Contra el Suicidio de la Asociación la Barandilla (911.385.385):

<https://www.labarandilla.org/radio/telefono-suicidio-910-380-600/>

Proyecto ISNISS (Investigación, Detección, Prevención e Intervención de la
Conducta Disruptiva, Autodestructiva, Autolesiva y Suicida):

<https://www.isniss.es/>

Sociedad Marcé Española [MARES]:

<https://www.sociedadmarce.org>

Cost European Cooperation in Science & Technology CA18138 – Innovación en la
investigación y red paneuropea sostenible en el trastorno de depresión periparto:

<https://www.cost.eu/actions/CA18138/#tabsName:overview>

WHO – Suicide prevention:

<https://www.who.int/es/health-topics/suicide>

Agency for Healthcare Research and Quality:

<https://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/healthier-pregnancy/preventive/depression.html>

NICE. National Institute of Mental Health. Phone: 866-615-6464 / Internet address:

<http://www.nimh.nih.gov>

NICE. Antenatal and Postnatal Mental Health:

<https://www.nice.org.uk/guidance/qs115>

Postpartum Support International. Phone: 800-944-4PPD (800-944-4773) / Internet
address:

<https://www.postpartum.net>

Postpartum Education for Parents. Phone: 805-967-7636 / Internet address:

<https://www.sbpep.org>

US National Mental Health Association. Phone : 800-969-NMHA (800-969-6642)

/ Internet address:

<https://www.mhanational.org>

National Women's Health Information Center. Phone: 800-994-WOMAN (800-994-9662) / Internet address:

<https://www.womenshealth.gov>

American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG). Phone: 800-762-2264 / Internet address:

<https://www.acog.org>

Mental Health Task Force. Internet address:

<https://www.mhtf.org/topics/perinatal-mental-health/>

Public Health England – perinatal mental health – Guidance. Internet address:

<https://www.gov.uk/government/publications/better-mental-health-jsna-toolkit/4-perinatal-mental-health>

NHS England. Perinatal Mental. Internet address:

<https://www.england.nhs.uk/mental-health/perinatal/>

Mass General Women's Health. Internet address:

<https://womensmentalhealth.org>

Perinatal Depression Awareness Campaign. Internet address:

<https://perinatalweb.org>

ANEXOS

ANEXO I. CUMPLIMIENTO DE NORMAS ÉTICAS.

HCSC: INFORME DICTAMEN PROTOCOLO FAVORABLE.



Informe Dictamen Protocolo Favorable

C.P. - C.I. 14/060-E

20 de marzo de 2014

CEIC Hospital Clínico San Carlos

Dra. Mar García Arenillas
Secretaria del CEIC Hospital Clínico San Carlos

CERTIFICA

Que el CEIC Hospital Clínico San Carlos en su reunión del día 19/03/2014, acta 3.2/14 y una vez resueltas las aclaraciones solicitadas, ha evaluado la propuesta del promotor/investigador referida al estudio:

Título: "El Proyecto de Mamás y Bebés: El Estado de Ánimo y la Salud"

Promotor del estudio: Dra. M^a Fe Rodríguez Muñoz. Facultad de Psicología UNED

Que en este estudio:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son adecuados para llevar a cabo el estudio.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto de los postulados éticos.
- Se cumplen los preceptos éticos formulados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos y en sus posteriores revisiones, así como aquellos exigidos por la normativa legal aplicable en función de las características del estudio.

Es por ello que el Comité **informa favorablemente** sobre la realización de dicho proyecto por **Dña M^a Fe Rodríguez Muñoz** como investigadora principal en el Dpto de Psicología de la Personalidad. Facultad de Psicología de la UNED.

Lo que firmo en Madrid, a 20 de marzo de 2014

Dra. Mar García Arenillas
Secretaria del CEIC Hospital Clínico San Carlos

HUCA: ACUERDO DEL COMITÉ DE ÉTICA.



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Comité de Ética de la Investigación
del Principado de Asturias
C/ Celestino Villamil s/n
33000.-Oviedo
Tfno: 985.10.79.27/985.10.80.28
e-mail: color_asturias@hca.es

Oviedo, 06 de Octubre de 2015

El Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias, ha revisado el Proyecto de Investigación nº 128/15, titulado: "MAMÁS Y BEBÉS". Investigadoras Principales Dra. Cristina Soto Balbuena del S. de Ginecología y Obstetricia del HUCA y Dra. Mª Fe Rodríguez Muñoz de la Facultad de Psicología UNED

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado proyecto reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y en consecuencia emite su autorización.

Le recuerdo que deberá guardarse la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este proyecto.

Fdo: Eduardo Agniesz Moral
Secretario del Comité de Ética de la Investigación
del Principado de Asturias



ANEXO II. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Se obtuvo el consentimiento informado individual de todas las participantes en los estudios que forman parte de esta tesis. A continuación, se muestra el modelo de consentimiento utilizado en el Proyecto Mamás y Bebés – España.



MAMAS Y BEBES-INFORMACIÓN AL PACIENTE

Promotor del estudio: UNED

Investigadoras principales:

Dra. M^a de la Fé Rodríguez Muñoz. Facultad de Psicología UNED.

Dra. Nuria Izquierdo. Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

Dra. M^a Eugenia Olivares. Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

INTRODUCCIÓN

Estimada Sra.:

Se le ha propuesto participar voluntariamente en un estudio en el que se pretende investigar y mejorar la calidad de vida de las mujeres con depresión postparto. Diferentes estudios han señalado que la depresión durante el periodo perinatal es un grave trastorno para algunas mujeres. Las consecuencias de este trastorno pueden tener implicaciones negativas en el desarrollo de los bebés, así como en la relación entre madre y bebé. En el Hospital Clínico San Carlos, en colaboración con la Facultad de Psicología de la UNED y la Universidad George Washington (EE.UU.), estamos llevando a cabo un proyecto de investigación, para tratar de prevenir este problema, llamado **Mamás y Bebés**.

OBJETIVO Y NATURALEZA DEL ESTUDIO

El Curso de **Mamás y Bebés** tiene como **misión**, desarrollar una investigación que prevenga la depresión durante y después del embarazo y mejore el vínculo madre-hijo. Todas las mujeres embarazadas que quieran participar deberán rellenar un breve cuestionario que incluye instrumentos de evaluación del riesgo de sufrir depresión puerperal. El equipo de investigación analizará los resultados de estos cuestionarios y, a todas aquellas mujeres que se encuentren en riesgo de sufrir depresión, les ofrecerá la posibilidad de participar en un programa de prevención.

PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Su participación, en esta primera fase, consiste en rellenas unos cuestionarios. La realización de los cuestionarios no le llevará tiempo por su sencillez. Las mujeres que sean seleccionadas por el equipo de investigación podrán participar en el curso **Mamás y Bebés** que tiene una duración de 8 semanas.

SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO ES TOTALMENTE VOLUNTARIA

Las pacientes que sean seleccionadas y participen en el curso **Mamás y Bebés** recibirán una compensación en concepto de gastos de dietas por desplazamiento. Si, en el caso de consentir la colaboración inicialmente, en algún momento de la terapia o tras ésta usted desea dejar de colaborar en nuestra investigación, le rogamos que nos lo comunique e inmediatamente. Esto no supondrá en ningún caso perjuicio alguno para el tratamiento psicológico que usted esté recibiendo.

USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

De acuerdo a la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de datos de carácter personal, todos los datos que se desprendan del estudio quedarán almacenados en un sistema informático que no identificará a ninguna de las mujeres que hayan participado, salvaguardando en todo momento la información considerada para este proyecto. Sus datos sólo serán utilizados para desarrollar el estudio y su tratamiento tendrá únicamente fines estadísticos.

El acceso a su información personal quedará restringido al equipo de investigación del estudio, autoridades sanitarias y el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC), cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio; pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismo de acuerdo a la legislación vigente. Los datos permanecerán en un fichero informatizado propiedad de M^a Fe Rodríguez Muñoz, y de acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a

INFORMACIÓN Y TELÉFONO DE CONTACTO

El presente estudio y el Consentimiento Informado han sido aprobados por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. El equipo de investigación está a su disposición para atender a cualquier consulta que usted quiera realizar con relación al procedimiento del estudio. Si usted desea o necesita más información sobre el estudio o cualquier acontecimiento relacionado con el estudio puede ponerse en contacto en el siguiente correo electrónico mamasybebés9@gmail.com

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Dña. he leído el documento de consentimiento informado que me han entregado. He comprendido las explicaciones acerca de la investigación que se está llevando. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informada de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de investigación y que formarán parte de un fichero automatizado titularidad de la investigadora M^a Fe Rodríguez Muñoz del estudio para tales fines pudiendo ejercer mis derechos de acceso, rectificación y cancelación dirigiéndome a

FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNED

Despacho 1.11

C/Juan del Rosal nº 10 28043 Madrid

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en dicha investigación.

En Madrid, a de de 2...

Firmado: Dña. _____

Firmado (El investigador principal) Dña. _____

ANEXO III. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.

En la investigación, se han utilizado un cuestionario Sociodemográfico, el PHQ-9 y el PDPI-R, que a continuación se presentan:

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO:



CÓDIGO__

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

Nom
bre(o
pcion

al): _____ Edad:

Origen: Europa Norteamérica Latinoamérica África Asia

Oceanía Estudios: Básicos

(EGB-

Primaria) Medios

(Bachillerato/FP)

Superiores (Universidad)

Situación Laboral: Activa Parada Ama de casa Incapacidad

Estado Civil: Soltera Casada Conviviendo con su parej

a Viuda Divorciada/Separada

Enfermedades: No Si ¿Cuáles?_

Está tomando algún tipo de medicación: No Si ¿Cuál?_

Semana de gestación_

Fumadora

Alcohol

Tiene usted en estos momentos algún diagnóstico de depresión: Si No

¿Es este su primer embarazo? Si No En caso de no ser el
primer embarazo conteste por favor, las siguientes preguntas:

Hijos vivos Partos Cesáreas Abortos

¿Cómo desea que nos pongamos en contacto con usted?

Tf: _____

Correo electrónico_

CUESTIONARIO PHQ-9:



Hospital Clínico San Carlos



UNED

Facultad de Psicología



THE GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY

Código de identificación: _____

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)

A. Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
	0	1	2	3
1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sentirse desanimada, deprimida, o sin esperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Con problemas en dormirse o en mantenerse dormida o en dormir demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sentirse cansada o tener poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tener poco apetito o comer en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sentir falta de amor propio – o que sea un fracaso o que decepcionara a si misma o a su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta – o de lo contrario, está tan agitada o inquieta que se mueve mucho más de lo acostumbrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se le han ocurrido pensamientos de que sería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

mejor estar muerta o de hacerse daño de alguna
manera*

Puntaje Total _____ =

B. Si usted se identificó con cualquiera de estos problemas, ¿cuánto de difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?

Nada en
absoluto

Algo
difícil

Muy
difícil

Extremadamente
difícil

C. Si estos problemas le han causado dificultad, ¿le han causado dificultad por dos años o más?

- Sí, he tenido dificultad con estos problemas por dos años o más.
- No, no he tenido dificultad con estos problemas por dos años o más.

**Si tiene pensamientos de que es mejor estar muerta o hacerse daño en alguna manera, hable por favor con su médico*

Número de síntomas: _____ Puntuación Total: _____

CUESTIONARIO PDPI-R:



Código de identificación: _____

CUESTIONARIO DE PREDICTORES DE LA DEPRESION POSTPARTO

Versión Prenatal

Escoja Uno

Autoestima

- ¿Se siente bien acerca de su persona?..... Sí [] No []
¿Se siente valiosa?..... Sí [] No []
¿Tiene buenas cualidades?..... Sí [] No []

Depresión Prenatal

- ¿Se ha sentido deprimida durante su embarazo?..... Sí [] No []
Si contestó sí,
¿Cuándo y cuánto tiempo duro?

¿Qué tan leve o grave fue?

Ansiedad Prenatal

- ¿Se ha estado sintiendo ansiosa durante su embarazo?..... Sí [] No []
Si contestó sí,
¿Por cuánto tiempo se ha sentido de esta manera?

Embarazo no planeado/no deseado

- ¿Fue el embarazo planeado?..... Sí [] No []
¿Fue el embarazo no deseado?..... Sí [] No []

Historia de Depresión

- Antes de este embarazo, ¿se ha sentido alguna vez deprimida?..... Sí [] No []
Si contestó sí,
¿Cuándo sufrió de depresión?

¿Ha estado bajo el cuidado de un médico debido a esta depresión pasada?

¿El médico le recetó alguna medicina para su depresión?

Apoyo Social

Pareja

- ¿Cree usted que recibe el apoyo emocional adecuado por parte de su pareja?..... Sí [] No []
¿Cree usted que puede confiar en su pareja?..... Sí [] No []
¿Cree usted que puede contar con su pareja?..... Sí [] No []
¿Cree usted que recibe el apoyo práctico adecuado por parte de su pareja?..... Sí [] No [] (Por ejemplo, le ayudan con las tareas de la casa o a cuidar al (los) niño(s))

Familia

- ¿Cree usted que recibe el apoyo emocional adecuado por parte de su familia?..... Sí [] No []
¿Cree usted que puede confiar en su familia?..... Sí [] No []
¿Cree usted que puede contar con su familia?..... Sí [] No []
¿Cree usted que recibe el apoyo práctico adecuado por parte de su familia?.....

Sí [] No [] (Por ejemplo, le ayudan con las tareas de la casa o a cuidar al (los) niño(s))

Amistades

- ¿Cree usted que recibe el apoyo emocional adecuado por parte de sus amistades? Sí [] No []
¿Cree usted que puede confiar en sus amistades?..... Sí [] No []
¿Cree usted que puede contar con sus amistades?..... Sí [] No []
¿Cree usted que recibe el apoyo práctico adecuado por parte de sus amistades?.... Sí [] No [] (Por ejemplo, le ayudan con las tareas de la casa o a cuidar al (los) niño(s))

Satisfacción Matrimonial/De Pareja

- ¿Está satisfecha con su matrimonio o con su situación de pareja?..... Sí [] No []
Actualmente, ¿esta teniendo problemas matrimoniales o de pareja?..... Sí [] No []
¿Van bien las cosas entre usted y su pareja?..... Sí [] No []

Eventos de Estresantes de la Vida

- ¿Le están pasando alguno de estos eventos estresantes en su vida?
- Problemas financieros..... Sí [] No []
 - Problemas matrimoniales..... Sí [] No []
 - Muerte de un miembro familiar..... Sí [] No []
 - Desempleo..... Sí [] No []
 - Enfermedad seria de un miembro familiar..... Sí [] No []
 - Mudarse..... Sí [] No []
 - Cambio de trabajo..... Sí [] No []

ANEXO IV. CUMPLIMENTACIÓN CRITERIOS STROBE ARTÍCULOS EMPÍRICOS.

CRITERIOS STROBE ARTÍCULO IDEACIÓN SUICIDA: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO.

Al analizar cada elemento de la lista de verificación STROBE, se pretende brindar un documento transparente:

	Item	Recomendación	Dónde se cumple
Título y resumen	1	(a) Indicar el diseño del estudio con un término de uso común en el título o el resumen	En el abstract, se indica que se trata de un estudio multicéntrico
		(b) Proporcionar en el resumen información de lo que se hizo y lo que se encontró	En el abstract, se señala que se estudió la prevalencia y los factores de riesgo. También que se encontró: un 2.6% de prevalencia y como factores de riesgo el historial de depresión, el desempleo, ser inmigrante, haber tenido un aborto previo y no recibir reproducción asistida
Introducción			
Antecedentes/justificación	2	Explicar los antecedentes científicos y la justificación de la investigación	En la introducción, se explican los antecedentes del estudio de la ideación suicida durante el embarazo y su justificación (importancia de prevenir la conducta suicida asociada a la maternidad)
Objetivos	3	Indicar objetivos específicos, incluida cualquier hipótesis pre-especificada	Al final de la introducción, se indica que dado que no se conocen estudios previos realizados con una muestra de mujeres embarazadas residentes en España donde se evalúen la ideación suicida y los factores de riesgo asociados, los objetivos de este estudio serán determinarlos
Método			
Diseño del estudio	4	Presentar los elementos clave del diseño del estudio al principio del artículo	En el abstract, se resumen los elementos clave del diseño del estudio: se indica que se realiza un estudio multicéntrico con 1524 mujeres de dos hospitales públicos españoles y los instrumentos mediante los cuales se miden las variables de interés

Continúa en la siguiente página

Entorno	5	Describir el entorno, las ubicaciones y las fechas relevantes	En el método, se indica de dónde fueron reclutadas las mujeres participantes en el estudio (HCSC y HUCA) y en qué años (2014-2017)
Participantes	6	<i>Estudio trasversal</i> — Proporcionar los criterios de elegibilidad y las fuentes y métodos de selección de los participantes	En el apartado participantes, se proporcionan también los criterios de inclusión y exclusión
VARIABLES	7	Definir claramente todos los resultados, exposiciones, predictores, factores de confusión potenciales y modificadores de efectos. Proporcionar criterios de diagnóstico, si corresponde	Las variables estudiadas se detallan en la tabla 2. Los resultados se definen claramente en su epígrafe
Fuentes de datos/ medición	8	Para cada variable de interés, indicar las fuentes de datos y los detalles de los métodos de evaluación (medición). Describir la comparabilidad de los métodos de evaluación si hay más de un grupo	En el apartado instrumentos, se detalla qué cuestionario permite evaluar cada aspecto
Sesgos	9	Describir cualquier esfuerzo para abordar posibles fuentes de sesgo	Se trata de una muestra amplia (N=1524) y representativa de la población, por lo que las relaciones establecidas no se encuentran sesgadas
Tamaño del estudio	10	Explicar cómo se llegó al tamaño del estudio	El tamaño de la muestra se estimó considerando que hasta el 2.73% de las mujeres embarazadas desarrollaría ideación suicida prenatal (de acuerdo con los datos preexistentes en países europeos), con un margen de error del 5%. El tamaño de la muestra requerido fue de 41 mujeres. La muestra final para analizar en el estudio fue de 1524 mujeres. Considerando que es un estudio trasversal, aumentando el tamaño de la muestra frente al estimado se reduce el riesgo potencial de sesgo. *
VARIABLES CUANTITATIVAS	11	Explicar cómo se manejaron las variables cuantitativas en los análisis. Si corresponde, describir qué agrupaciones se eligieron y por qué	En el apartado resultados, se explica cómo se manejaron las variables cuantitativas. En la tabla 4, se muestra que las mujeres fueron agrupadas en función de la presencia o ausencia de ideación suicida

Continúa en la siguiente página

			para el estudio de las distintas variables del estudio
Métodos estadísticos	12	(a) Describir todos los métodos estadísticos, incluidos los utilizados para controlar los factores de confusión	En el apartado análisis estadísticos, se indica que fueron realizadas tabulaciones cruzadas, pruebas chi-cuadrado y pruebas t, así como regresiones
		(b) Describir cualquier método utilizado para examinar subgrupos e interacciones	En el apartado análisis estadísticos, se especifica cómo fueron comparados los grupos y cómo se estudiaron las interacciones
		(c) Explicar cómo se abordaron los datos perdidos	Los datos perdidos se detallan en la figura 1, donde se aprecia que estos se componen de las mujeres que rechazaron ser evaluadas y aquellas que no cumplieron con los criterios de inclusión
		(d) <i>Estudio transversal</i> : si corresponde, describir los métodos analíticos teniendo en cuenta la estrategia de muestreo	No corresponde
		(e) Describir cualquier análisis de sensibilidad	No aplica en este trabajo

Resultados

Participantes	13	(a) Informar el número de individuos en cada etapa del estudio, por ejemplo, el número de personas potencialmente elegibles, examinados para determinar su elegibilidad, elegibles confirmados, incluidos en el estudio, completando el seguimiento y analizados	La información sobre el número de participantes potencialmente elegibles, elegibles confirmados, incluidas y que completaron el estudio se encuentra adecuadamente representada mediante el diagrama de flujo en la figura 1
		(b) Explicar las razones de la no participación en cada etapa	
		(c) Considerar el uso de un diagrama de flujo	
Datos descriptivos	14	(a) Proporcionar las características de los participantes del estudio (p. ej., demográficas, clínicas, sociales) e información sobre exposiciones y posibles factores de confusión	Las características de los participantes del estudio se encuentran convenientemente descritas en la tabla 4
		(b) Indicar el número de participantes con datos faltantes para cada variable de interés	No ha sido detallado
Datos sobre resultados	15	<i>Estudio transversal</i> — Reportar números sobre eventos resultantes o resumen de medidas	Los datos sobre los resultados se encuentran resumidos en el apartado resultados
Resultados principales	16	(a) Proporcionar estimaciones no ajustadas y, si corresponde, estimaciones ajustadas por factores de confusión y su precisión (p. ej., intervalo de confianza del 95%). Dejar claro qué factores de confusión se ajustaron y por qué se incluyeron	Se proporcionan claramente los intervalos de confianza para cada resultado

Continúa en la siguiente página

		(b) Informar de los límites de la categoría cuando se clasificaron las variables continuas	Se indica la desviación típica de las variables continuas en la tabla 4
		(c) Si es relevante, considerar traducir las estimaciones de riesgo relativo en riesgo absoluto para un período de tiempo significativo	No aplica en este trabajo
Otros análisis	17	Informar de otros análisis realizados, por ejemplo, análisis de subgrupos e interacciones, y análisis de sensibilidad	En las tablas 5 y 6, se detallan los análisis de regresión
Discusión			
Resultados clave	18	Resumir los resultados clave en relación a los objetivos del estudio	En el apartado discusión, se exponen claramente en qué medida se cumplieron los objetivos del estudio
Limitaciones	19	Discutir las limitaciones del estudio, teniendo en cuenta las fuentes de posible sesgo o imprecisión. Discutir tanto la dirección como la magnitud de cualquier sesgo potencial	En la discusión, se exponen las limitaciones del estudio (como son haber limitado el análisis al primer trimestre del embarazo o haber utilizado el término "aborto previo" en lugar de diferenciar entre aborto "espontáneo" e "inducido")
Interpretación	20	Dar una interpretación general cautelosa de los resultados teniendo en cuenta los objetivos, las limitaciones, la multiplicidad de análisis, los resultados de estudios similares y otras evidencias relevantes	La interpretación de los resultados se hizo de forma cautelosa, teniendo en cuenta las limitaciones del estudio y resultados previos de otros estudios sobre las cuestiones indicadas
Generalizabilidad	21	Discutir la generalizabilidad (validez externa) de los resultados del estudio	Se explicó por qué los resultados pueden ser generalizables a las mujeres embarazadas en España (muestra amplia y representativa)
Otra información			
Financiación	22	Proporcionar la fuente de financiación y el papel de los financiadores del presente estudio y, si corresponde, del estudio original en el que se basa el presente artículo	En el artículo publicado, figura el apartado financiación como "no aplicable", dado que no se contó con financiadores

$$* \text{ Cálculo del tamaño muestral: } N = \frac{1.96^2 \cdot 0.027 \cdot (1 - 0.027)}{0.05^2} = 40.37 \rightarrow 41$$

donde: nivel de confianza 95% ($\alpha = 0.05$; $Z_{\alpha} = 1.96$) error máximo del 5%; prevalencia ideación suicida conocido por la bibliografía del 2.73%

CRITERIOS STROBE ARTÍCULO APOYO SOCIAL PERCIBIDO COMO FACTOR PROTECTOR DE LA IDEACIÓN SUICIDA EN EMBARAZADAS.

Al analizar cada elemento de la lista de verificación STROBE, se pretende brindar un documento transparente:

	Ítem	Recomendación	Dónde se cumple
Título y resumen	1	(a) Indicar el diseño del estudio con un término de uso común en el título o el resumen	En el resumen, se indica que se trata de un estudio multicéntrico
		(b) Proporcionar en el resumen un resumen informativo de lo que se hizo y lo que se encontró	En el resumen, se especifica lo que se hizo (comparar a las mujeres con ideación suicida con aquellas que informan no presentarla, analizando sus respuestas en el PHQ-9 y en el PDPI-R), encontrando que las mujeres con ideación suicida tienen mayor carga de sintomatología depresiva y que el apoyo emocional percibido de la pareja y las amistades y el apoyo práctico de la familia protegen de la misma
Introducción			
Antecedentes/justificación	2	Explicar los antecedentes científicos y la justificación de la investigación	En la introducción, se justifica este estudio en base a la evidencia previa disponible y a la necesidad de ampliar el conocimiento sobre estas cuestiones
Objetivos	3	Indicar objetivos específicos, incluida cualquier hipótesis preespecificada	Al final de la introducción, se detallan los objetivos del estudio: ver si existen diferencias en las puntuaciones de las mujeres embarazadas con ideación suicida en las distintas dimensiones del PHQ-9, frente a las que no tienen ideación suicida; y analizar la importancia del apoyo social percibido respecto a la ideación suicida prenatal
Método			
Diseño del estudio	4	Presentar los elementos clave del diseño del estudio al principio del artículo	En el resumen, se especifican las claves del método empleado en el estudio
Entorno	5	Describir el entorno, las ubicaciones y las fechas relevantes	En el apartado participantes, se indica de dónde fue reclutada la muestra (HCSC y HUCA) y en qué periodo temporal (2014-2017)

Continúa en la siguiente página

Participantes	6	<i>Estudio trasversal</i> — Proporcionar los criterios de elegibilidad y las fuentes y métodos de selección de los participantes	En el apartado participantes, se especifican los criterios de inclusión y exclusión
VARIABLES	7	Definir claramente todos los resultados, exposiciones, predictores, factores de confusión potenciales y modificadores de efectos. Proporcionar criterios de diagnóstico, si corresponde	En las tablas 1 y 2 se detallan las variables estudiadas y los resultados obtenidos
Fuentes de datos/ medición	8	Para cada variable de interés, indicar las fuentes de datos y los detalles de los métodos de evaluación (medición). Describir la comparabilidad de los métodos de evaluación si hay más de un grupo	En el apartado instrumentos, se detalla qué cuestionario permite evaluar cada aspecto
Sesgos	9	Describir cualquier esfuerzo para abordar posibles fuentes de sesgo	Se trata de una muestra amplia (N=1524) y representativa de la población, por lo que las relaciones establecidas no se encuentran sesgadas
Tamaño del estudio	10	Explicar cómo se llegó al tamaño del estudio	El tamaño de la muestra se estimó considerando que hasta el 2.73% de las mujeres embarazadas desarrollarían ideación suicida prenatal (de acuerdo con los datos preexistentes en países europeos), con un margen de error del 5%. El tamaño de la muestra requerido fue de 41 mujeres. La muestra final para analizar en el estudio fue de 1524 mujeres. Considerando que es un estudio trasversal, aumentando el tamaño de la muestra frente al estimado se reduce el riesgo potencial de sesgo.*
VARIABLES CUANTITATIVAS	11	Explicar cómo se manejaron las variables cuantitativas en los análisis. Si corresponde, describir qué agrupaciones se eligieron y por qué	No ha sido descrito
Métodos estadísticos	12	(a) Describir todos los métodos estadísticos, incluidos los utilizados para controlar los factores de confusión	En el apartado análisis estadísticos, se indica que fueron realizadas pruebas t para determinar si las diferencias en las dimensiones del PHQ-9 en
Continúa en la siguiente página			

			las mujeres con y sin ideación suicida eran estadísticamente significativas
		(b) Describir cualquier método utilizado para examinar subgrupos e interacciones	En el apartado análisis estadísticos, también se indica que se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para estudiar los componentes del apoyo social percibido que pudieran ser predictores de la ideación suicida
		(c) Explicar cómo se abordaron los datos perdidos	Los datos perdidos se detallan en la figura 1, donde se aprecia que se estos componen de los casos que rechazaron ser evaluadas y aquellas que no cumplieron con los criterios de inclusión
		(d) <i>Estudio transversal</i> : si corresponde, describir los métodos analíticos teniendo en cuenta la estrategia de muestreo.	No corresponde
		(e) Describir cualquier análisis de sensibilidad	No aplica en este trabajo

Resultados

Participantes	13	(a) Informar el número de individuos en cada etapa del estudio, por ejemplo, el número de personas potencialmente elegibles, examinados para determinar su elegibilidad, elegibles confirmados, incluidos en el estudio, completando el seguimiento y analizados (b) Explicar las razones de la no participación en cada etapa (c) Considerar el uso de un diagrama de flujo	La información sobre el número de participantes potencialmente elegibles, elegibles confirmados, incluidas y que completaron el estudio se encuentra adecuadamente representada mediante el diagrama de flujo en la figura 1
Datos descriptivos	14	(a) Proporcionar las características de los participantes del estudio (p. ej., demográficas, clínicas, sociales) e información sobre exposiciones y posibles factores de confusión (b) Indicar el número de participantes con datos perdidos para cada variable de interés	No ha sido proporcionado El número de participantes con los casos perdidos se especifica claramente en la figura 1
Datos sobre resultados	15	<i>Estudio transversal</i> — Reportar números sobre eventos resultantes o resumen de medidas	En el apartado resultados, se reportan los datos obtenidos
Resultados principales	16	(a) Proporcionar estimaciones no ajustadas y, si corresponde, estimaciones ajustadas por factores de confusión y su precisión (p. ej., intervalo de confianza del 95%). Dejar claro qué factores de confusión se ajustaron y por qué se incluyeron (b) Informar de los límites de la categoría cuando se clasificaron las variables continuas	Se especifican los p valores tanto en la tabla 1 como en la 2 No aplica en este trabajo

Continúa en la siguiente página

		(c) Si es relevante, considerar traducir las estimaciones de riesgo relativo en riesgo absoluto para un período de tiempo significativo	No aplica en este trabajo
Otros análisis	17	Informar de otros análisis realizados, por ejemplo, análisis de subgrupos e interacciones, y análisis de sensibilidad	Para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en la asociación entre las distintas dimensiones del PHQ-9 y la ideación suicida antenatal, se realizan pruebas t. Mediante análisis de regresión lineal múltiple de las respuestas de las mujeres estudiadas a los distintos ítems de la escala de Apoyo Social Prenatal del PDPI – R, se analizan los distintos componentes del apoyo social percibido que pudieran ser factores predictores de la ideación suicida prenatal
Continúa en la siguiente página			
Discusión			
Resultados clave	18	Resumir los resultados clave en relación a los objetivos del estudio	Al inicio del apartado discusión, se indica que se encuentra que la falta de apoyo social percibido está relacionada con la ideación suicida en mujeres embarazadas en España
Limitaciones	19	Discutir las limitaciones del estudio, teniendo en cuenta las fuentes de posible sesgo o imprecisión. Discutir tanto la dirección como la magnitud de cualquier sesgo potencial	En el apartado discusión, se presentan sugerencias para investigaciones futuras, que transgredan las limitaciones de este estudio (como son analizar cómo influye el apoyo social percibido en la sintomatología ansiosa y no solo en la depresiva), así como estudiar concretamente el papel del apoyo que proporcionan los hijos en la ideación suicida
Interpretación	20	Dar una interpretación general cautelosa de los resultados teniendo en cuenta los objetivos, las limitaciones, la multiplicidad de análisis, los resultados de estudios similares y otras evidencias relevantes	La interpretación de los resultados se proporciona con cautela, poniendo de manifiesto las limitaciones
Generalizabilidad	21	Discutir la generalizabilidad (validez externa) de los resultados del estudio	Los resultados pueden ser generalizables a las mujeres embarazadas en España (ya que se trata de una muestra amplia y representativa)
Otra información			
Financiación	22	Proporcionar la fuente de financiación y el papel de los financiadores del presente estudio y, si corresponde, del estudio original en el que se basa el presente artículo	Cuando el artículo sea publicado, figurará el apartado financiación como "no aplicable", dado que no se contó con financiadores

$$* \text{ Cálculo del tamaño muestral: } N = \frac{1.96^2 \cdot 0.027 \cdot (1 - 0.027)}{0.05^2} = 40.37 \rightarrow 41$$

donde: nivel de confianza 95% ($\alpha = 0.05$; $Z\alpha = 1.96$) error máximo del 5%; prevalencia ideación suicida conocido por la bibliografía del 2.73%

ANEXO V. ACTIVIDADES DE DIVULGACIÓN CIENTÍFICA.

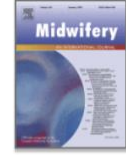
En relación con la actividad científica, durante todo el desarrollo de la presente Tesis se ha contribuido a la divulgación científica de los avances que se iban realizando a través de los siguientes hechos:

- Publicación de artículo en revista Midwifery ‘**Suicidal ideation: Prevalence and risk factors during pregnancy**’ [2022]
- Publicación del **Protocolo de Identificación y Manejo de la Ideación Suicida durante el Embarazo (IMISE-P)** en Editorial UNED [2021]
- Impartición de una **Webinar** sobre Protocolos de Prevención de la Depresión Perinatal y la Ideación Suicida Materna (Proyecto Mamás y Bebés – UNED) para profesionales de la salud [2021]
- Simposio sobre Consecuencias de la Ideación Suicida Materna en los Hijos en el ‘**7th International Congress of Clinical and Health Psychology in Children and Adolescents**’ [2021]
- Póster en el IV Congreso Nacional de Psicología de Vitoria “**Ideación suicida en mujeres embarazadas**” [2019]
- Publicación de artículo en Revista Española de Salud Pública: "**Cribado de la Depresión Perinatal**" [2017]

SUICIDAL IDEATION: PREVALENCE AND RISK FACTORS DURING PREGNANCY (MIDWIFERY).

Artículo publicado en la revista Midwifery, cuyo abstract es el siguiente:

Introducción: Aunque el suicidio es la principal causa de muerte materna durante el embarazo en los países industrializados, existen pocas investigaciones sobre la prevalencia y los factores de riesgo de la ideación suicida durante el embarazo, especialmente en España. Método: En un estudio multicéntrico, la muestra incluyó a 1.524 gestantes reclutadas en un ámbito obstétrico de dos hospitales públicos españoles de tercer nivel de atención. La prevalencia de ideación suicida prenatal se estimó analizando sus respuestas al ítem 9 del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9). Los factores de riesgo (que aumentan la probabilidad de tener ideación suicida) incluyeron variables sociodemográficas y biomédicas, y la subescala de estrés de la versión prenatal revisada del Inventario de Predictores de Depresión Postparto (PDPI-R). Resultados: El 2,6% de las embarazadas refirió ideación suicida. Los factores de riesgo de ideación suicida durante el embarazo incluyen sociodemográficos, como antecedentes de depresión ($\beta = 0.120$, $p < .05$), desempleo ($\beta = 0.149$, $p < .05$) y ser inmigrante ($\beta = 0.140$, $p < .01$), y variables biomédicas, como aborto previo ($\beta = 0.169$, $p < .01$) y reproducción asistida ($\beta = -0.100$, $p < .05$), esta última en sentido protector. Discusión: Dado que la prevalencia de ideación suicida es mayor de lo esperado, los resultados del estudio sugieren la necesidad de cribado y diseño de intervenciones preventivas adaptadas a mujeres embarazadas para disminuir el riesgo de comportamiento suicida asociado. En los protocolos llevados a cabo por matronas, los factores de riesgo específicos deben incluirse en los exámenes de salud durante el embarazo.



Suicidal ideation: Prevalence and risk factors during pregnancy

Pilar Carolina Castelao Legazpi ^a, Maria F. Rodríguez-Muñoz ^a  , Huynh-Nhu Le ^b, Cristina Soto Balbuena ^c, Maria Eugenia Olivares ^b, Nuria Izquierdo Méndez ^d

Show more 

 Share  Cite

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103226>

Get rights and content

Under a Creative Commons [license](#)

open access

Figura 4. - Extracto del artículo publicado en Midwifery.

PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE LA IDEACIÓN SUICIDA DURANTE EL EMBARAZO (IMISE-P).

Protocolo publicado en la Editorial UNED, actualmente disponible en formato electrónico, cuya reseña es la siguiente:

El suicidio constituye uno de los problemas de mayor impacto en la salud pública. Este constructo se mueve a lo largo de un continuo de diferentes naturalezas y severidades que van desde la ideación suicida hasta la conducta suicida. La ideación suicida se considera uno de los principales predictores del suicidio consumado y se encuentra internacionalmente que durante el embarazo la prevalencia de ideación suicida es mayor a la de la población general de mujeres; sin embargo, en nuestro país no existe un protocolo estandarizado focalizado en la identificación y manejo de la ideación suicida durante el embarazo que permita a los profesionales atender correctamente a las mujeres en riesgo. Este protocolo que presentamos está basado en la experiencia de las intervenciones llevadas a cabo en dos Hospitales Públicos Españoles (HCSC-Madrid, HUCA-Oviedo) en colaboración con la UNED.

Detalles:

- Año de edición: 2021
- Lugar: ESPAÑA
- ISBN: 9788436277067

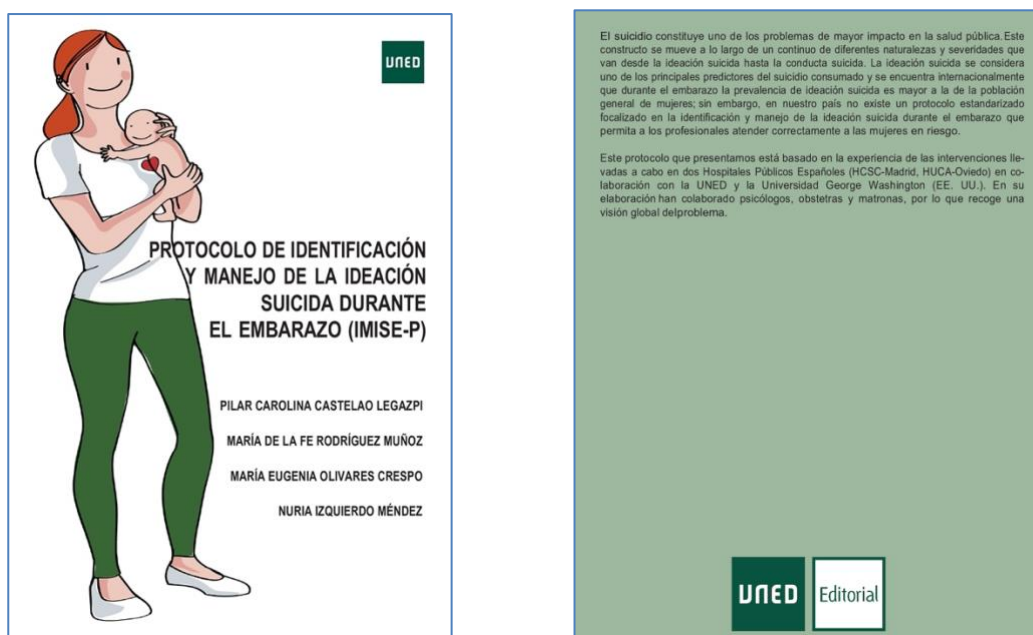


Figura 2. - Protocolo IMISE-P (Anverso y reverso del *E-book*).

WEBINAR SOBRE PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN PERINATAL Y LA IDEACIÓN SUICIDA MATERNA (PROYECTO MAMÁS Y BEBÉS – UNED) PARA PROFESIONALES DE LA SALUD.

El día 22 de noviembre de 2021 fueron presentados los “*Protocolos de prevención de la depresión perinatal y la ideación suicida*” elaborados por el Equipo de Proyecto de Investigación Mamás y Bebés – España, en una Webinar a la que asistieron distintos profesionales de la salud, así como estudiantes de Psicología.

Los vídeos de la Jornada se encuentran en el Canal UNED:
<https://canal.uned.es/video/619ca411b609235a7e10ef62>.



Figura 5. - Portada de la ponencia en la Webinar.

Figura 3. - Cartel de la Webinar realizada explicando los Protocolos Desarrollados por el Equipo de Investigación del [Proyecto Mamás y Bebés – España](https://blogs.uned.es/mbc/).

PROGRAMA DE RADIO PRESENTANDO EL PROTOCOLO IMISE – P.

Se grabó un programa de radio sobre la **Ideación Suicida en el Período Perinatal**, que fue emitido por **Radio-3 de Radiotelevisión Española (RTVE)** el 26 de noviembre de 2021.

Se abordaron cuestiones como que el suicidio ha sido reconocido como un problema importante de salud pública y que, no obstante, las características, factores de riesgo y consecuencias del suicidio perinatal han sido poco estudiadas. Asociado a ello, en nuestro país no existía un protocolo estandarizado focalizado en la detección e intervención que permitiera a los profesionales atender correctamente a las mujeres embarazadas que presentan ideación suicida. En el programa se expone el Protocolo de detección y manejo de casos ante ideación suicida en mujeres embarazadas IMISE – P.

Se puede escuchar en: <https://canal.uned.es/video/6135f992b6092347c311b242>.



"Salud mental perinatal. La Ideación Suicida en el Período Perinatal: Protocolo de detección y manejo"

Figura 6.- Icono con el link al programa de radio.

SIMPOSIO EN EL '7TH INTERNATIONAL CONGRESS OF CLINICAL AND HEALTH PSYCHOLOGY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS'.

Se participó en un Simposio con la Comunicación Oral titulada “Consecuencias de la Ideación Suicida en la Infancia y la Adolescencia” en el 7º Congreso Internacional de Psicología Clínica y de la Salud en la Infancia y la Adolescencia, organizado por AITANA-UMH, cuya portada de la ponencia fue la siguiente:



Figura 7. - Portada de la ponencia en el simposio del Congreso AITANA.

PÓSTER EN EL IV CONGRESO NACIONAL DE PSICOLOGÍA DE VITORIA: "IDEACIÓN SUICIDA EN MUJERES EMBARAZADAS".

Se presentaron en un póster los resultados preliminares del estudio multicéntrico de Madrid y Oviedo respecto a la ideación suicida en embarazadas en el IV Congreso Nacional de Psicología de Vitoria:



Figura 8. - Póster Congreso Vitoria.

CRIBADO DE LA DEPRESIÓN PERINATAL (REVISTA ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA).

Se publicó el artículo “PHQ-2 como primer instrumento de cribado de la depresión prenatal” en la Revista Española de Salud Pública, cuyo resumen es el siguiente: “**Fundamentos:** La depresión prenatal es un importante problema de salud pública que apenas recibe tratamiento. La depresión durante este periodo está asociada con consecuencias negativas tanto para la madre como para el bebé. Por ello, es importante realizar un cribado adecuado en mujeres embarazadas. El objetivo del presente estudio fue conocer la capacidad discriminativa y el punto de corte del cuestionario PHQ-2 como primer instrumento de cribado para identificar la depresión en mujeres embarazadas que viven en España. **Método:** Participaron voluntariamente 1.019 mujeres, de edad comprendida entre los 19 y los 45 años, que acudieron a revisión obstétrica en el primer trimestre del embarazo. Las participantes completaron un cuestionario sociodemográfico y los cuestionarios PHQ9 y PHQ2. La investigación fue desarrollada en dos hospitales públicos de dos comunidades autónomas diferentes. Se llevó a cabo entre los años 2014 y 2016. Se realizó un análisis con curva ROC para determinar la capacidad discriminativa y el punto de corte del PHQ-2. **Resultados:** De las 1.019 participantes el 11,1% fueron diagnosticadas de depresión. El área bajo la curva del PHQ2 fue de 0,84 $p < 0,001$. Con el punto de corte de 2 la sensibilidad y especificidad fueron de 85,4% y 79,5% respectivamente. **Conclusiones:** La puntuación de corte ≥ 2 es adecuada para la discriminación de la depresión durante el embarazo mediante el cuestionario PHQ2 y podría servir como cribado previo al PHQ-9”.

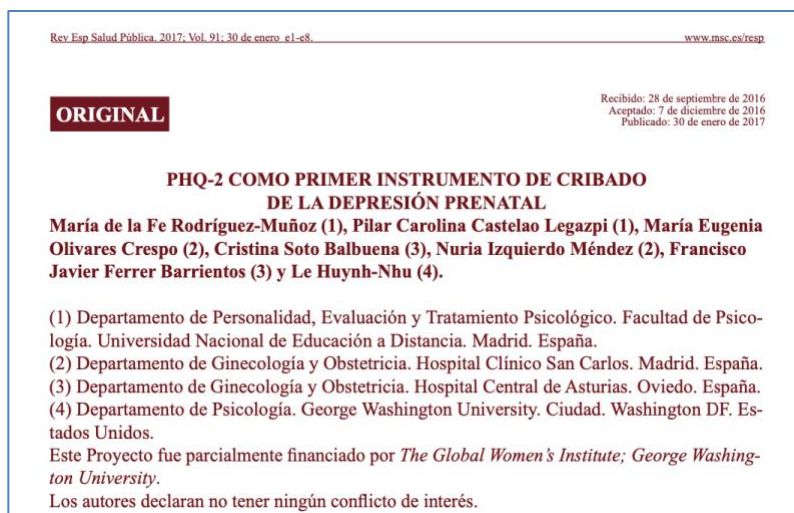


Figura 9.- Extracto artículo publicado en la Revista Española de Salud Pública.