

Índice

<i>Abstract / Palabras Clave</i>	5
1. Introducción	6
2. Protocolo	8
2.1. Cribado de la ideación suicida en embarazadas	10
2.2. Abordaje de la ideación suicida durante el embarazo en función del riesgo	11
3. Conclusiones y consideraciones	17
<i>Bibliografía</i>	18

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 tendente 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, 2020). En España, el suicidio es la primera causa no natural de defunción (INE, 2019). Además, supone una de las principales causas de años potenciales de vida perdidos (Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2018). De hecho, la implementación de 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, 2020). 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.*, 2017; 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, 2017; 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-Hablabí *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-Hablabí *et al.*, 2019). Además, 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 o pasar desapercibidos. 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 sui-

cida 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, lo que equivale al 5% (Centre for Women's Mental Health, 2019). Otro estudio norteamericano propone que la prevalencia de pensamientos suicidas se encuentra alrededor del 23% en embarazadas (Alhusen *et al.*, 2015). La ideación suicida se ha encontrado que ocurre en el 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 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). Además, dadas las 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, 2014). 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, 2018; 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).

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 comprehensivo, 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, 2017).

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 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). También el Servicio Andaluz de Salud ha elaborado una guía de recomendaciones sobre la conducta suicida, donde tampoco incluye una especificación para la población perinatal (Servicio Andaluz de Salud, 2010). 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, 2020). 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 (Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2018); o el Programa Piloto de Prevención del Suicidio en el Hospital 12 de Octubre y en la Fundación Jiménez Díaz en Madrid (Navío y Pérez, 2020). 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, 2013), 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 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. PROTOCOLO

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). En el caso de que la mujer haya puntuado 1 o más en la pregunta número 9 de ideación suicida, 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.

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 intentando 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, 2016).

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»), rememorar 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 $> 6 = a 1$, 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 periódica, 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 en 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).