

Ideación y comportamiento suicida en embarazadas

Ma. Asunción Lara,¹ Gabriela Letechipía¹

Artículo original

SUMMARY

The aim is to explore the occurrence of suicide ideation and behavior in pregnant women receiving prenatal care and to analyze the motives behind these behaviors.

Although there are very few studies evaluating the prevalence of the suicide phenomenon (suicide, intentional injuries with or without the aim of taking one's own life, ideas of harming oneself or death) during the prenatal period, it has been reported that pregnancy complications due to suicide attempts occur in 0.4 out of every 1 000 patients discharged from hospitals in the state of California in the United States and in one out of every 283 pregnant women in specialized mental health services. Suicide ideation occurs in 1.4% of English expectant mothers, 0.5% of Finnish ones and 27.8% of US pregnant women with psychiatric disorders. In Latin America, it is estimated to occur in 16.7% of pregnant teenagers.

Although suicide ideation and suicide attempts during pregnancy are less frequent than at other times in life, they have major consequences, increasing the risk of death and affecting fetal development and pregnancy itself.

Method

Participants: The interviewees comprised 120 pregnant women who came in for prenatal care at 1. a state Health Center providing primary health care and 2. three Health Homes that provide basic medical services, run by the Health Secretariat in Mexico City. Three of the 120 questionnaires were rejected due to incomplete information, which left a total of 117. Sample characteristics include: mean age, 23.2 years (DS=5); mean monthly income, \$3,876 (SD = \$239); schooling, 69% had completed junior high school while 31% had completed senior high school; 71% were housewives while 29% were also engaged in paid employment. Marital status: 18% married, 19% single and 63% cohabiting.

Instrument: A structured questionnaire with the following areas: 1. Socio-demographic information (age, schooling, etc.). 2. Indicators of suicidal ideation and behavior: a) *Have you thought a lot about death, whether your own, someone else's or death in general?* b) *Have you wished to die?* c) *Have you ever been about to take your own life?* and d) *Have you ever intentionally hurt, cut, poisoned or harmed yourself in order to take your own life?* 3. Timing and motives. If the event occurred sometime in their life, the interviewer explored whether the event took place during the current pregnancy as well as the reasons why it happened.

Procedure: In the waiting room at the Health Center, expectant mothers were told about the purpose of the study and the informed consent form. In the Health Homes, final year medical students did the same and arranged appointments for the interviews. The same researcher conducted the interviews in the two settings.

Results

Suicidal ideation: Thinking a lot about death at some time in their lives was reported by 29 subjects (24.8%) and during pregnancy by 44 (37.6%). The reasons for these thoughts during this last period are: separation from one's partner, death of a child, fear of childbirth, fear of accidents or sickness and interest in the subject of death. Realizing one is pregnant, feeling lonely, the death or illness of someone close and family problems are among the reasons for thoughts about death as well as the desire to die.

Desire to die: This was expressed by 29 subjects (24.8%) in the past and by nine (7.7%) during pregnancy. Among the latter group, the reasons were: realizing one is pregnant, the death or illness of someone close and family problems. They also mentioned problems with their partners and parents.

Suicidal intention: Thirteen said that they had been about to take their own lives at some stage (11.1%), while three (2.6%) said that they had done so during pregnancy. During this period, this had been caused by problems with their partners.

Suicide attempts: Ten women mentioned suicide attempts (8.5%) at some time in their lives, while one (0.9%) did so during pregnancy. This particular case mentioned problems with her partner as being the cause.

Discussion

Thinking a lot about death is the most common indicator. It may be explained by disadvantageous social conditions, but also by the particular conditions of pregnancy. In this respect, there are various fears common to expectant mothers who are apprehensive about the well-being of the future baby and anticipate a difficult childbirth.

As one would expect, suicide attempts are less common than suicide intentions and the desire for and ideas about death. The desire to die, suicide intentions and attempts are less frequent during pregnancy than at other times in a person's life. This may be due to the future mother's feeling of responsibility, or a possible hormonal effect, which act as protective factors. Problems with one's partner are a risk factor for suicide intention and attempts. This is hardly surprising, since marital problems adversely affect women's mental

¹ Departamento de Modelos de Intervención, Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Correspondencia: Dra. Ma. Asunción Lara. Departamento de Modelos de Intervención. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, 14370, México, D.F. Tel: 5655 2811. e-mail: laracan@imp.edu.mx.

Recibido primera versión: 5 de junio de 2008. Segunda versión: 19 de enero de 2009. Aceptado: 29 de enero de 2009.

health at different times in their lives, but during pregnancy, they intensify their insecurity at a time of great transition, making them fearful of the future and leading them to wonder about whether getting pregnant was the right thing to do.

These observations should be treated with caution due to methodological limitations, such as the small sample size and restricted scope of the research.

Key words: Suicide attempt, suicidal ideation, motives, pregnancy, risk factors.

RESUMEN

Los objetivos son investigar la ocurrencia de la ideación y comportamiento suicida en embarazadas que acuden a atención prenatal y analizar los motivos de las conductas.

Hay pocos estudios que evalúen la prevalencia del fenómeno suicida en el periodo perinatal. Algunos señalan que las complicaciones en el embarazo por intento de suicidio se reportan en 0.4 de cada mil pacientes dadas de alta de hospitales y en una de cada 283 embarazadas en servicios especializados de salud mental. La ideación suicida se presenta entre 0.5 y 1.4% de las embarazadas y en 27.8% de este grupo con trastornos psiquiátricos.

Método

Participantes: Se entrevistó a 120 embarazadas que acudieron a control prenatal: 1. a un Centro de Salud que brinda atención primaria y 2. a tres Casas de Salud que proveen servicios médicos básicos en la Ciudad de México. Se excluyeron tres de los 120 cuestionarios debido a información incompleta, lo que dejó un total de 117.

Instrumento: Un cuestionario estructurado con las siguientes áreas: 1. Información sociodemográfica. 2. Indicadores de ideación y comportamiento suicida: a) *¿Ha pensado mucho en la muerte, ya sea en la suya, en la de alguien más o en la muerte en general?*, b) *¿Ha deseado morir?*, c) *¿Ha estado a punto de quitarse la vida?* y d) *¿Alguna vez, a propósito, se ha herido, cortado, intoxicado o hecho daño con el fin de quitarse la vida?* 3. Momento en que ocurrió y motivos. Si la conducta ocurrió *alguna vez en la vida*, se indagó si fue durante el embarazo y las razones para hacerlo.

Procedimiento: Una psicóloga aplicó el instrumento por medio de una entrevista en la sala de espera del Centro de Salud y en un

consultorio en las Casas de Salud. Asistió en días fijos varias veces por semana hasta completar el tamaño de la muestra.

Resultados

Ideación suicida: Pensar mucho en la muerte lo manifestaron 29 (24.8%) *alguna vez en la vida* y 44 (37.6%) durante la gestación. Los motivos para este último periodo son: separación de la pareja, muerte de un hijo, miedo al parto, temor a accidente o enfermedad e interés en el tema de la muerte. Saberse embarazada, sentirse sola, la muerte o la enfermedad de una persona cercana y tener problemas familiares son razones para los pensamientos de muerte, pero también para el deseo de morir.

Deseo de morir: Lo expresaron 29 (24.8%) en el pasado y en nueve (7.7%) ocurrió en la preñez. En ésta, los motivos fueron: saberse embarazada, la muerte o la enfermedad de una persona cercana y tener problemas familiares. También aludieron a problemas con la pareja y con los padres.

Intención suicida: Trece dijeron haber estado a punto de quitarse la vida alguna vez (11.1%) y tres (2.6%), durante el embarazo; los problemas con la pareja son la causa de la intención en este periodo.

Intento suicida: Diez mujeres hablaron de intento (8.5%) *alguna vez en la vida* y una (0.9%), durante el embarazo. Este único caso mencionó, como causa, los problemas con la pareja.

Discusión

Pensar mucho en la muerte es el indicador más frecuente. Lo anterior se explica quizá por condiciones sociales desventajosas, pero también por las particularidades del embarazo. En este sentido, existen diversos temores comunes en madres gestantes, quienes se muestran aprensivas por el bienestar del futuro bebé y por anticipar un parto difícil.

Como era de esperarse, el intento suicida es menos frecuente que la intención y el deseo e ideas de muerte. El deseo de morir, la intención y el intento son a la vez menos frecuentes durante el embarazo que en otro momento de la vida. Esto se debe quizá al sentimiento de responsabilidad de la futura madre o a un posible efecto hormonal, que funcionan como factores protectores. Los problemas con la pareja son un factor de riesgo para la intención y el intento suicida, lo que amerita mayor estudio. Estas observaciones merecen tomarse con cautela debido a limitaciones metodológicas, como el reducido tamaño de la muestra y lo acotado de la indagación.

Palabras clave: Intento suicida, ideación suicida, motivos, embarazo, factores de riesgo.

INTRODUCCIÓN

Se pretende conocer la presencia de la ideación y el comportamiento suicida durante el embarazo y analizar los motivos subyacentes a ellos. Hay pocos estudios sobre la prevalencia del fenómeno suicida —suicidio, lesiones intencionales con o sin el propósito de quitarse la vida e ideas de dañarse o de muerte— en el periodo perinatal. Una revisión de la bibliografía (1985 a 2002) concluye que las muertes intencionales y los intentos de suicidio son menos frecuentes entre embarazadas que entre no embarazadas y que las ideas de infligirse daño son más comunes que dichos intentos.¹

En el Reino Unido, Appleby² informa que los suicidios consumados en el embarazo son inferiores en número a los

que registra la población general de mujeres, en una proporción de uno en veinte. En los Estados Unidos, Marzuk et al.³ reportan de uno en tres, y en Canadá, Turner, Kramer y Shiliang⁴ no hallan muertes por suicidio entre 438 fallecimientos de embarazadas. Según Appleby,² las adolescentes encintas revelan más alta frecuencia de suicidios, aunque con una tasa inferior a la de la generalidad de adolescentes.

Gandhi et al.⁵ calculan las lesiones deliberadas a partir de estadísticas de pacientes dadas de alta en California, Estados Unidos. Sostienen que las consecuentes complicaciones acontecen en 0.4 de cada mil embarazos. Newport et al.⁶ informan de un sólo intento en una muestra de 283 estadounidenses preñadas atendidas por servicios especializados de salud mental.

En cuanto a la ideación suicida en el embarazo, O'Connor apunta en Lindahl¹ que 1.4% de las inglesas responden haber pensado mucho en la muerte. En Finlandia, Luoma et al.⁷ hablan de 0.5%. Newport et al.⁶ lo establecen en 27.8%, de acuerdo con el reactivo 9 del Inventario de Depresión de Beck (IDB), y en 16.7%, según el reactivo 3 de la Escala de Depresión de Hamilton, en su muestra de mujeres con trastornos psiquiátricos. El problema en Latinoamérica se ha analizado muy poco: en Brasil, Freitas y Botega⁸ muestran la existencia de 16.7% de pensamientos suicidas en el IDB entre 120 adolescentes preñadas.

Las prevalencias del fenómeno suicida se consideran en general como subregistros del mismo debido al limitado número de estudios con que se cuenta, a que no se evalúa regularmente en la clínica o sólo se indaga en los casos en que haya depresión, además de que muchos estudios excluyen a esta población extrema.^{1,2,4}

El embarazo no deseado es uno de los factores que se asocia con el fenómeno en cuestión. Brockington⁹ concluye que, en ciertas circunstancias, como la imposibilidad de poner fin a la gestación legalmente, se llega a la tentativa de suicidio. El intento también se relaciona con tener hijos, que funciona como factor de protección. En Polonia, Sein Anand¹⁰ refrenda el alto porcentaje de intentos con motivo de embarazos no planeados (47.4%). Según Newport et al.⁶ el rechazo de una mujer al embarazo tiene que ver con la ideación suicida, amén de no estar casada, tener menor escolaridad y padecer depresión o trastorno de ansiedad. Entre las adolescentes predominan la depresión, ser soltera, no tener novio y carecer de apoyo social.⁸

Aunque son menos frecuentes durante el embarazo, la ideación y el intento suicida conllevan un incremento del riesgo de muerte¹¹ y efectos sobre el feto y el neonato, como una mayor proporción de partos prematuros y de nacimientos por cesárea, requerimiento de transfusión de sangre, recién nacidos con síndrome de dificultad respiratoria y bajo peso al nacer.⁵ La ideación se relaciona con depresión,^{6,8} y si ésta se presenta durante el puerperio, eleva el riesgo de depresión posparto^{12,13} y provoca alteraciones en el desarrollo del feto y en el proceso de gestación¹⁴⁻¹⁶ y, más adelante, problemas conductuales en los infantes.⁷

Es evidente la importancia de estudiar este fenómeno y más aún en los países en desarrollo, donde la investigación en este aspecto es prácticamente inexistente. Un trabajo previo en embarazadas sólo indagó sobre la ocurrencia *alguna vez en la vida* de la ideación suicida, pero no si ésta ocurría durante la gestación.¹⁷ El interés del estudio es determinar el comportamiento suicida y sus motivos en mujeres que asisten a atención prenatal. La motivación ha sido poco evaluada, pese a su trascendencia.¹ Se trata de un estudio descriptivo no probabilístico, que pretende contribuir a la reflexión sobre la materia.

MATERIAL Y MÉTODO

Participantes: Se entrevistó a 120 embarazadas que acudieron a control prenatal: 1. a un Centro de Salud que brinda atención primaria, y 2. a tres Casas de Salud, de la Secretaría de Salud, en la Ciudad de México, que proveen servicios médicos básicos y son atendidas por pasantes de medicina. Se excluyeron tres de los 120 cuestionarios debido a información incompleta, lo que dejó un total de 117. Las características de la muestra fueron: media de edad 23.2 años (DS=5); media de ingreso mensual \$3,876 (DS= \$2,395); escolaridad, 69% con nivel máximo de secundaria y 31% de preparatoria o más; 71% se dedicaban al hogar y 29% realizaban, además, un trabajo remunerado. Estado civil: 18% casadas, 19% solteras y 63% en unión libre. Para 49% era el primer embarazo; 6% se encontraban en el trimestre inicial de gestación, 37% en el segundo y 57% en el tercero; en 61%, la gravidez no fue planeada. Las entrevistas se realizaron entre el 19 de mayo y el 19 de julio de 2005. Se asistió, en días fijos, varias veces por semana hasta completar el tamaño de muestra.

Instrumento: Se usó un cuestionario estructurado aplicado por entrevista con las siguientes áreas.

1. *Información sociodemográfica* (edad, escolaridad, etc.).
2. *Conducta suicida.* Se incluyeron cuatro indicadores, tres sobre «pensamientos de muerte e ideación suicida» del Cuestionario de Estado de Ánimo, que evalúa depresión mayor, desarrollado por Muñoz¹⁸ a partir de los reactivos de la Cédula de Entrevista Diagnóstica (DIS, por sus siglas en inglés)¹⁹ y de los criterios del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* de la Asociación Psiquiátrica Americana, 3ª ed. rev. (DSM-III-R, por sus siglas en inglés),²⁰ mismo que fue adaptado al español para mujeres embarazadas de origen hispano.²¹ Estos indicadores son: a) ideación suicida: ¿Ha pensado mucho en la muerte, ya sea en la suya, en la de alguien más o en la muerte en general?, b) deseo de morir: ¿Ha deseado morir?, y c) intento de suicidio (esta pregunta se presentó con la redacción sugerida por González-Forteza et al.²² por haber mostrado ser más específica): ¿Alguna vez, a propósito, se ha herido, cortado, intoxicado o hecho daño con el fin de quitarse la vida?. El cuarto indicador fue d) intención suicida: ¿Ha estado a punto de quitarse la vida?, a partir de la Escala sobre Sentimientos Suicidas de Okasha et al.,²³ usado en México por Medina-Mora et al.²⁴ Estas preguntas constituyeron indicadores independientes y no una escala.
3. *Momento en el que ocurrió y motivos.* Si la conducta ocurrió *alguna vez en la vida* se indagó si fue durante el embarazo, así como las razones para hacerlo, mismas que se escribieron literalmente.

Por lo delicado del asunto en cuestión, las preguntas se formularon en el contexto de una entrevista más amplia que

Cuadro 1. Frecuencia de ideación y comportamiento suicidas en embarazadas

Pregunta	Nunca		Alguna vez en la vida		En este embarazo		Total
	f	(%)	f	(%)	f	(%)	
Ha pensado mucho en la muerte...	44	(37.6)	29	(24.8)	44	(37.6)	73 (62.4%)
Ha deseado morir	79	(67.5)	29	(24.8)	9	(7.7)	38 (32.5%)
Ha estado a punto de quitarse la vida	101	(86.3)	13	(11.1)	3	(2.6)	16 (13.7%)
A propósito se ha herido... con el fin de quitarse la vida	106	(90.6)	10	(8.5)	1	(0.9)	11 (9.4%)

abarcaba otros temas, como autoestima y relación de pareja (datos que no se incluyen en este artículo). Como una manera de retribuir su participación, se les hizo entrega de un material escrito sobre depresión, que incluye sugerencias sobre dónde buscar ayuda psicológica/psiquiátrica.²⁵

Procedimiento: En la sala de espera del Centro de Salud, se explicó a las mujeres la finalidad del estudio. A las interesadas se les entregó para su lectura, a la vez que se les leyó, el formulario de consentimiento informado; las que aceptaron fueron entrevistadas en la misma sala, en un sitio apartado. En las Casas de Salud, pasantes de medicina hicieron la misma descripción y dieron cita para la entrevista, que se llevó a cabo en un consultorio. La misma investigadora, quien fue una pasante de psicología capaci-

tada para realizar la entrevista y con experiencia previa en esta tarea, las realizó en ambos escenarios.

RESULTADOS

Ideación suicida: Como puede verse en el cuadro 1, *Pensar mucho en la muerte* lo manifestaron 29 mujeres (24.8%) *alguna vez en la vida* y 44 (37.6%) durante la gestación. Debido al alto porcentaje que contestó *pensar mucho en la muerte* en el embarazo, conviene evaluar cuántas respondieron sólo a ésta de las cuatro preguntas. Se encontraron 36 (30.8%). Los motivos dados (cuadro 2), sólo para este indicador y no para los demás, fueron: separación de la pareja (5%, en

Cuadro 2. Motivos para la ideación y comportamiento suicidas

Pregunta	Motivo	En otro periodo de su vida		Durante el embarazo	
		f	(%)	f	(%)
Ha pensado mucho en la muerte...	Separación de la pareja			2	(5)
	Muerte de un hijo	1	(3)	2	(5)
	Miedo al parto			9	(20)
	Temor a accidente o enfermedad	5	(17)	9	(20)
	Interés en la muerte	1	(3)	1	(2)
	Saberse embarazada			1	(2)
	Sentirse sola	1	(3)	1	(2)
	Muerte o enfermedad de persona cercana	16	(55)	15	(34)
	Problemas familiares	2	(7)	2	(5)
	Otro	3	(10)	2	(5)
	Total	29	(100)	44	(100)
Ha deseado morirse	Saberse embarazada			1	(11)
	Sentirse sola	8	(28)		
	Muerte o enfermedad de persona cercana	2	(7)	2	(22)
	Problemas familiares	1	(2)	1	(11)
	Problemas pareja	4	(14)	3	(33)
	Problemas con padres	10	(34)	1	(11)
	Otro	4	(14)	1	(11)
	Total	29	(100)	9	(100)
Ha estado a punto de quitarse la vida	Problemas pareja	11	(85)	3	(100)
	Problemas con padres	2	(15)		
	Total	13	(100)	3	(100)
A propósito se ha herido... con el fin de quitarse la vida	Problemas pareja	3	(30)	1	(100)
	Problemas con padres	4	(40)		
	No importarle a nadie	2	(20)		
	Otro	1	(10)		
	Total	10	(100)	1	(100)

el embarazo), muerte de un hijo (3%, *alguna vez en la vida*, y 5%, en el embarazo), miedo al parto (20%, en embarazo), temor a accidente o enfermedad (17 y 20%) e interés en el tema de la muerte (3 y 2%). Saberse embarazada (2%, en embarazo), sentirse sola (3%, *alguna vez en la vida*, y 2%, en el embarazo), la muerte o enfermedad de una persona cercana (55% y 34%) y los problemas familiares (7 y 5%) son también razones para los *pensamientos de muerte*, pero también para el *deseo de morir*.

Deseo de morir. Haber deseado morir en el pasado lo expresaron 29 (24.8%) y en nueve (7.7%) ocurrió durante el embarazo (cuadro 1). Los motivos para desearlo (cuadro 2), comunes a los pensamientos de muerte como ya se mencionó, fueron: saberse embarazada (11%, en el embarazo), sentirse sola (28%, *alguna vez en la vida*), muerte o enfermedad de una persona cercana (7%, *alguna vez en la vida*, y 22% en el embarazo) y los problemas familiares (2 y 11%). Los problemas con la pareja (14 y 33%) y con los padres (34 y 11%), a los que aquí se alude, también estuvieron presentes entre los motivos para estar a punto de quitarse la vida y en el intento de suicidio.

Intención suicida. Trece dijeron haber estado a punto de quitarse la vida en algún momento en el pasado (11.1%) y tres (2.6%) en la preñez (cuadro 1). Los problemas con la pareja (85%, *alguna vez en la vida*, 100%, embarazo) y con los padres (15%, *alguna vez en la vida*) son motivos en la intención suicida (cuadro 2), mismos que se mencionan en el intento.

Intento suicida. Diez mujeres hablaron de intento (8.5%) *alguna vez en la vida* y una (0.9%), durante el embarazo (cuadro 1). Los problemas con la pareja (30%, 100%) y con los padres (40%, *alguna vez en la vida*) y no importarle a nadie (20%, *alguna vez en la vida*) son las razones mencionadas (cuadro 2). Como puede observarse, la única mujer que lo intentó en el embarazo lo hizo motivada por problemas con la pareja.

DISCUSIÓN

Consideremos las características de la población: mujeres jóvenes (media de 23 años), sobre todo con escolaridad máxima de secundaria, 69%, nivel socioeconómico con ingreso familiar de \$3,876 (13 pesos equivalen aprox. a un dólar); en unión libre, 63%, que es una posición vulnerable para la mujer;²⁶ no son aseguradas de servicios gubernamentales de salud: casi la mitad es primeriza, y 61% no planearon el embarazo.

Llama la atención la persistencia de *pensar mucho en la muerte* durante el embarazo (37.6%), que prevalece más que en cualquier otro momento de la vida (24.8%). Los porcentajes de 1.4% y 0.5% dados respectivamente, por O'Connor, en Lindahl¹ y Luoma et al.⁷ a preguntas similares corrobo-

ran lo elevado de la cifra. En total, 62.4% contestaron afirmativamente este aspecto. Las particularidades sociales de desventaja, dado los bajos ingreso y escolaridad podrían explicarlo, pero también las motivaciones de ellas para abrigar estos pensamientos. Esto se aborda más adelante.

En la preñez, 7.7% manifestaron *haber deseado morir* menos frecuentemente que *alguna vez en la vida* (24.8%). El porcentaje total de 32.5%, casi una tercera parte, parece elevado. Ante la ausencia de datos comparativos, mencionamos los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental,²⁷ donde 10% presentaron ideación suicida en población general de 18-65 años.

Es también menor la frecuencia de *haber estado a punto de quitarse la vida* en la preñez (2.6%), en comparación con *alguna vez en la vida* (24.8%). La cifra total es de 13.7%. La encuesta mencionada,²⁷ informa de 4.1% que han planeado cometer suicidio.

El intento de suicidio muestra la frecuencia más baja de los cuatro indicadores incluidos, sólo una de las entrevistadas habla de él (0.9%). Gandhi et al.⁵ informan de 0.4 intentos en cada mil y Newport et al.⁶ de 0.3% en sujetos con trastornos psiquiátricos, lo que a su vez muestra la baja frecuencia de este problema en esta población. El intento de suicidio en el embarazo fue menor que en otro momento de la vida (8.5%), como era de esperarse. Su frecuencia total es de 9.4%. De nuevo, ante la carencia de datos comparativos, mostramos los datos sobre intento de la encuesta aludida, que informa de 4.9% en mujeres de 18 a 29 años (*alguna vez en la vida*) y de 2.6% en las de 30 a 40.²⁸ De confirmarse que la muestra en estudio tiene una prevalencia mayor en ideación y comportamiento suicida, una posible explicación podrían ser las diferencias en edad y escolaridad, variables que se relacionan positivamente con los aspectos en cuestión.²⁷

Finalmente, si analizamos las frecuencias de los indicadores, vemos que se dieron de menos a más, entre los pensamientos de muerte, deseo de morir, intención suicida e intento, lo cual es consistente con los estudios previos, que informan de menor prevalencia de intentos en comparación con la ideación suicida en el embarazo.¹

¿Por qué si la ideación es tan elevada en el embarazo, el intento es inusual? Ello intriga a ciertos investigadores.^{3,6} Quizá se deba al sentimiento de responsabilidad de la futura madre o a un posible efecto hormonal, que funcionan como factores protectores, tal como observa Brockington.⁹

Respecto a las motivaciones, pensar mucho en la muerte en el embarazo se adjudica a la separación de la pareja —de la que se hablará más adelante—,²⁹ a la muerte de un hijo, a temor al parto, al temor a accidentes o enfermedad y a interés sobre el tema de la muerte. Destacan los temores al parto, las enfermedades y los accidentes, y las experiencias de separación y muerte. Una posible explicación es que algunas de estas experiencias las vuelven vulnerables a los referidos pensamientos, en una etapa de por

sí sensible; otra, que muchas de sus preocupaciones son comunes en madres gestantes, quienes muestran aprensión por el bienestar del futuro bebé y por anticipar un alumbramiento difícil,^{30,31} así como ansiedad ante la propia muerte o la del feto durante el proceso.³² Respecto a la liga entre muerte y embarazo, Molenat y Roy³² consignan: «muerte y nacimiento se han disociado progresivamente gracias al avance técnico que ha vuelto ínfima la mortandad de las madres y escasa la mortandad perinatal [...], pero la sensación de muerte sigue estando presente en las mujeres y en los profesionales de la salud, por una parte, porque persiste el riesgo de que nazca un niño particularmente vulnerable...» Otros aspectos que relacionan a la muerte con el embarazo, y que mencionan tales autores, tienen que ver con sentimientos de pérdida que derivan de modificaciones en la identidad implicadas en el acceso a la parentalidad.

Otras razones para *pensar mucho en la muerte* lo son también para el *deseo de morir*: saberse embarazada, sentimientos de soledad, muerte o enfermedad de una persona cercana y problemas familiares. Estos motivos podrían considerarse de mayor gravedad respecto a su efecto en la ideación suicida. Todo ello precisa distinguir los pensamientos de muerte relacionados «naturalmente» con el embarazo y aquéllos más patológicos, que involucran el deseo de morir. Pensar de modo reiterado en la muerte no es siempre una manifestación suicida, sino que puede ser un indicador de la fragilidad emocional del momento o de miedo por el bienestar del bebé que se está gestando. Apoya esta relación el hecho de que 30.8% de las participantes hayan respondido afirmativamente sólo a este indicador y no a los demás.

Saberse embarazada —y posiblemente no desearlo— no es razón frecuente para la intención y el intento, como se hubiera esperado,^{6,8,9} pero sí para los pensamientos y el deseo de muerte. Las desavenencias familiares quizás influyen, como motivos de pensamientos y deseo de muerte, entre quienes viven en familias extendidas, que son un alto porcentaje. Lo mismo ocurre con los problemas con los padres, que se mencionan como motivo para el deseo de morir y la intención y el intento de suicidio. Estos aspectos requieren de profundización en futuros estudios para poder comprender su dimensión.

Se mencionaron reiteradamente problemas con la pareja en los casos de *desear morir*, *estar a punto de quitarse la vida* y en el del único caso de *intento de suicidio*, y la separación de la pareja se mencionó respecto a los pensamientos de muerte. Esto no sorprende, ya que las dificultades maritales impactan adversamente la salud mental de las mujeres en cualquier momento de su vida, pero en el embarazo amplifican sus inseguridades en un momento de transición mayor, las hacen temerosas del futuro y las lleva a preguntarse si embarazarse fue lo adecuado.³³ El hecho de que la pareja tenga una respuesta negativa ante el

embarazo también las deprime,²⁶ lo mismo que la ausencia de compañero.¹⁷

En suma, tratamos de mostrar que la ideación y el comportamiento suicida acontecen, aunque con menor frecuencia, en el embarazo. Los motivos expresados para ello son muy diversos, pero ciertamente los conflictos con la pareja son los que llevan a respuestas más extremas. Observamos que algunas ideas de muerte no están necesariamente ligadas al fenómeno suicida, lo que exige profundizar la investigación al respecto. Estos resultados nos llevan a recomendar ampliar la investigación en este tema y evaluarla de manera sistemática en los servicios de atención prenatal.

Algunas limitaciones metodológicas del presente estudio tienen que ver con: a) el reducido tamaño de la muestra, lo cual impide evaluar el peso de las variables sociodemográficas y gestacionales, b) lo elemental del instrumento de medición, que no permite adentrarse en el fenómeno, c) la ausencia de medición de psicopatología concomitante, y d) el lugar en que se realizaron algunas de las entrevistas (en sala de espera), que bien pudo no favorecer respuestas más abiertas por tratarse de un tema sensible y que puede ser vergonzoso.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración y apoyo del Centro de Salud José Castro Villagrana y de las Casas de Salud.

REFERENCIAS

1. Lindahl V, Pearson L, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Arch Women Ment Health* 2005;8:77-87.
2. Appleby L. Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *BMJ* 1991;302(6769):137-140.
3. Marzuk P, Tardiff K, Leon A, Hirsch C, Portera L et al. Lower risk of suicide during pregnancy. *Am J Psychiatry* 1997;154:122-123.
4. Turner LA, Kramer MS, Shiliang L. Cause-specific mortality during and after pregnancy and the definition of maternal death. *Chronic Dis Can* 2002;23(1):22-30.
5. Gandhi SG, Gilbert WM, Mcelvy SS, Kady D, Danielson B et al. Maternal and neonatal outcomes after attempted suicide. *Obstet Gynecol* 2006;107:984-990.
6. Newport DJ, Pennell PB, Ragan K, Stowe ZN. Suicidal ideation in pregnancy: assessment and clinical implications. *Arch Women Ment Health* 2007;10:181-187.
7. Luoma L, Tamminen T, Kaunonen P, Laippala P, Puura K et al. Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:1367-1374.
8. Freitas GV, Botega NJ. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Rev Assoc Med Bras* 2002;48:245-249.
9. Brockington L. Suicide in women. *Int Clin Psychopharmacol* 2001;16(Supl2):7-19.
10. Sein Anand SJ. Acute suicidal self-poisonings during pregnancy. *Prezegl D Lekarski* 2005;62(6):434-435.
11. Harris EC, Barraclough. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998;173:11-53.
12. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996;8:37-54.

13. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26:289-295.
14. Allister L, Lester BM, Carr S, Liu J. The effects of maternal depression on fetal heart rate response to vibroacoustic stimulation. *Dev Neuropsychol* 2001;20:639-651.
15. Bonari L, Bennett H, Einarson A, Koren G. Risk of untreated depression during pregnancy. *Can Fam Physician* 2004;50:37-39.
16. Diego MA, Fued T, Hernández-Reif M, Cullen C, Schanberg S et al. Prepartum, postpartum, and chronic depression effects on newborns. *Psychiatry* 2004;67:63-80.
17. Lara MA, Navarro C, Navarrete L, Cabrera M, Almanza J et al. Sintomatología depresiva en el embarazo y factores asociados en tres instituciones de salud de la ciudad de México. *Salud Mental* 2006;29(4):55-62.
18. Muñoz RF. Preventing major depression by promoting emotion regulation: A conceptual framework and some practical tools. *International J Mental Health Promotion Inaugural* 1998;23-40.
19. Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health Diagnosis Interview Schedule: Its history characteristics and validity. *Archives General Psychiatry* 1981;38:381-389.
20. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Tercera edición revisada. Washington, D.C.: 1987.
21. Le HN, Muñoz RF, Soto JA, Delucchi KL, Ghosh-Ippen C. Identifying risk for onset of major depressive episodes in low-income Latinas during pregnancy and postpartum. *Hispanic J Behavioral Sciences* 2004;26(4):463-482.
22. Gonzalez-Forteza C, Villatoro J, Alcántar I, Medina-Mora ME, Fleiz C et al. Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental* 2002;25(6):1-12.
23. Okasha A, Lotaif F, Sadek A. Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1981;63:409-415.
24. Medina-Mora ME, Rascón ML, Tapia R, Mariño MC, Juárez F et al. Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *Anales. Reseña de la VII Reunión de Investigación. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría*; 1992; p. 48-55.
25. Lara MA, Acevedo M, Luna S, Weckmann C, Villarreal A et al. ¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión. México: Pax; 2007.
26. Brown SL. The effect of union type on psychological well-being. Depression among cohabitators versus married. *J Health Soc Behav* 2000;41:241-255.
27. Borges G, Nock MK, Medina-Mora ME, Benjet C, Lara C et al. The epidemiological of suicide-related outcomes in Mexico. *Suicide Life-Threatening Behavior* 2007;37(6):627-640.
28. Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Garrido G. Epidemiología de la conducta suicida en México. En: Lozano R, Del Río A, Azaola E, Castro R, Pamplona F, Atrián M, Hajar M. (eds). Informe nacional sobre violencia y salud. México: Secretaría de Salud; 2006; p. 205-236.
29. Bernazzani O, Saucier JF, David H, Borgeat F. Psychosocial factors related to emotional disturbances during pregnancy. *J Psychosom Res* 1997;42(4):391-402.
30. Dipietro J, Ghera M, Costigan K et al. Measuring the ups and downs of pregnancy stress. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2004;25:189-201.
31. Ross LE, Evans SE, Sellers EM et al. Measurement issues in postpartum depression, Part 1: anxiety as a feature of postpartum depression. *Arch Women Mental Health* 2003;6:51-57.
32. Molenat F, Roy J. Las madres y los bebés después de una muerte en la familia. En: Lebovici S, Weil-Halpern F (eds). La psicopatología del bebé. México: Ed. Siglo XXI; 1995.
33. Kitamura T, Shima S, Sugawara M, Toda MA. Clinical and psychosocial correlates of antenatal depression: A review. *Psychother Psychosom* 1996;65:117-123.

Artículo sin conflicto de intereses