Mortalidad materna por Suicidio, Colombia 2019-2023

Ana María García Bedoya[1]

[1.] *Instituto Nacional de Salud, Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, Grupo de Enfermedades No Transmisibles, Maternidad Segura. Bogotá, Colombia.*

Citación sugerida: García Bedoya A.M. Mortalidad materna por Suicidio, Colombia 2019-2023. REN [Internet]. 2025. Jun.; 7(2): 23-32. doi:

Resumen

Antecedentes. El suicidio durante el embarazo y primer año después del parto se relaciona con múltiples factores, entre los que se encuentran la edad de la madre, escolaridad, multiparidad, estado civil, situación económica, abuso infantil, violencia de pareja, comorbilidad psiquiátrica y antecedente de intento de suicidio. Considerando un tema de importancia en salud pública que requiere mayor análisis y divulgación.

Objetivo. Analizar las características epidemiológicas de la mortalidad materna por suicidio en Colombia.

Métodos. Estudio descriptivo transversal empleando los casos notificados de mortalidad materna al Sistema de Vigilancia en Salud Pública entre 2019-2023. Se calcularon frecuencias absolutas, medidas de tendencia central de las variables de tiempo, lugar y persona, también se realizó cálculo de la razón y análisis de comportamiento inusual por medio de la distribución de probabilidades de Poisson.

Resultados. Entre el 2019 y 2023 se presentaron 2 674 muertes maternas, de estas 71 muertes por suicidio, representando el 63 % de las muertes coincidentes y el 2,7 % del total de muertes. El mayor número de suicidios se presentó en mujeres de 15 a 19 años residentes en área rural, afiliadas al régimen subsidiado. El 49,3 % de los casos utilizó como mecanismo el ahorcamiento y el 42,3 % intoxicación por sustancia química. No se cuenta con información para identificar factores de riesgo.

Conclusión. La mortalidad materna por suicidio durante el embarazo y primer año después del parto representa un porcentaje importante, superando causas directas como el embarazo terminado en aborto con causa directa hemorragia, la cual se incrementa para el 2023 al compararlo con el promedio histórico 2019–2022.

Palabras clave: *Mortalidad materna, Suicidio, Salud materna, Vigilancia en Salud Pública.*

Maternal Mortality from Suicide, Colombia 2019-2023

Abstract

Background. Suicide during pregnancy and within the first year postpartum is associated with multiple factors, including maternal age, education level, multiparity, marital status, economic situation, childhood abuse, intimate partner violence, psychiatric comorbidity, and a history of suicide attempts. This is a public health issue that requires further analysis and awareness.

Objective. To analyze the epidemiological characteristics of maternal mortality from suicide in Colombia.

Methods. A cross-sectional descriptive study using maternal mortality cases reported to the Public Health Surveillance System between 2019 and 2023. Absolute frequencies and measures of central tendency for time, place, and person variables were calculated. The ratio was also calculated, and unusual behavior was analyzed using the Poisson probability distribution.

Results. Between 2019 and 2023, there were 2,674 maternal deaths, of which 71 were due to suicide, representing 63 % of coincident deaths and 2,7 % of total deaths. The highest number of suicides occurred in women aged 15 to 19 living in rural areas and enrolled in the subsidized health regime. Hanging was the mechanism used in 49,3 % of cases, and chemical substance poisoning in 42,3 %. Information to identify risk factors was not available.

Conclusion. Maternal mortality from suicide during pregnancy and the first postpartum year represents a significant proportion, surpassing direct causes such as pregnancy terminated by abortion with hemorrhage as the direct cause, which has increased in 2023 compared to the 2019–2022 historical average.

Keywords: *Maternal mortality, Suicide, Maternal health, Public health surveillance.*

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 727 000 personas a cualquier edad se quitan la vida. Sin embargo, para el 2021 fue la tercera causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo (1).

La OMS reconoce que el suicidio es una prioridad para la salud pública. En 2014 se publicó el primer informe mundial, titulado "Prevención del suicidio: un imperativo global", con objeto de aumentar la sensibilización respecto de la relevancia del suicidio y los intentos de suicidio para la salud pública, así como de otorgar la máxima prioridad a su prevención en los programas mundiales de salud pública (1).

En 2021, la OMS publicó el documento "Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países", en el que describe cuatro intervenciones clave para la disminución del suicidio, como son: eliminación de los plaguicidas altamente peligrosos, recursos para profesionales de los medios de comunicación, recursos para el desarrollo de habilidades socioemocionales para la vida entre los jóvenes y una serie de intervenciones como mhGAP (1). El suicidio durante el período perinatal es aquel que ocurre durante el embarazo y hasta el año después del parto. En 2016 representó entre el 5 % y el 20 % de las muertes maternas en países de altos ingresos y el 7 % en países de bajos y medianos ingresos (2). Para 2020, en Estados Unidos correspondió al 8,4 % de las muertes relacionadas con el embarazo. El 23 % de las muertes por salud mental se consideran evitables, principalmente las ocurridas por suicidio y consumo de sustancias psicoactivas en maternas (3).

Se relaciona con múltiples factores, entre los que se encuentran: la edad de la madre, siendo más vulnerables las jóvenes principalmente por la red de apoyo brindada durante la gestación y el estado de salud previo (4); la escolaridad; la multiparidad; la soltería o el divorcio; situación económica, como el hecho de que la mujer o su cónyuge estén desempleados; déficits en la regulación de sus estados afectivos (5); abuso infantil; violencia de pareja; comorbilidad psiquiátrica; y antecedente de intento de suicidio (6).

La OMS, en la "Guía para la Aplicación de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 de las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio" indica que las muertes maternas debidas a suicidios no se considerarían dentro de la estimación internacional de mortalidad materna. Sin embargo, de la misma manera recomienda que pudiera agruparse como muerte materna bajo causas directas en la categoría "Otras causas", aunque no sea posible establecer definitivamente el diagnóstico de psicosis puerperal y/o depresión postparto (7).

En Colombia se clasifican las muertes maternas en: temprana (directa o indirecta), las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales; muerte materna tardía, decesos ocurridos desde el día 43 hasta antes de un año (364 días) de terminada la gestación; y muerte materna por causas coincidentes, que ocurren durante el embarazo hasta un año después de finalizado el parto por lesiones de causa externa. En esta última clasificación se incluyen los suicidios (8). Teniendo en cuenta la clasificación definida en el país para la estimación internacional de mortalidad materna, se incluirían las muertes maternas tempranas tanto directas como indirectas. Excluyendo de la estimación las causas coincidentes, para las muertes por suicidio no se cuenta con información adicional, como entrevista familiar, resumen de historia clínica y unidad de análisis.

A nivel mundial existen pocas estimaciones sobre el peso de las muertes por consumo de drogas, suicidio u homicidio que ocurren durante el embarazo o el primer año posterior al parto (9), esto a raíz de la falta de consenso para su clasificación, tal como se observa en la

Guía para la Aplicación del CIE-10 de Muerte Materna (10).

En consecuencia, el objetivo del presente estudio fue caracterizar la población de mujeres que murieron por suicidio en Colombia durante el embarazo y el primer año de haber finalizado la gestación en el periodo 2019-2023.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo transversal. La población en estudio corresponde a los casos de mortalidad materna (MM) notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) de Colombia entre 2019 y 2023, por medio de la ficha código 550 (datos básicos).

La información notificada se sometió a un proceso de depuración, verificando completitud y consistencia. Se realizó análisis de los casos residentes en Colombia, teniendo en cuenta lo establecido por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (11).

Plan de análisis: estadística descriptiva. Se calcularon frecuencias absolutas y medidas de tendencia central de las variables de tiempo, lugar y persona, así como de características del evento.

La razón de muerte materna se calculó usando como numerador las muertes maternas residentes en Colombia; para el denominador se tomaron los nacidos vivos según la fuente de información oficial suministrada por el DANE para los años 2019 a 2022 y datos preliminares de RUAF correspondientes al 2023.

Por ser un evento de baja frecuencia, el análisis del comportamiento inusual se realizó utilizando el método de distribución de probabilidades de Poisson, por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento. El periodo de comparación fue entre 2019 a 2023, las diferencias estadísticas significativas se establecieron con un valor de p inferior a 0,05.

Consideraciones éticas

Se realizó un estudio sin riesgo (Resolución 8430 de 1993), teniendo en cuenta que no hubo ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas o sociales de los individuos en el estudio.

Resultados

Durante el quinquenio 2019–2023 se notificaron al Sivigila 2 674 muertes maternas, 1 644 se clasificaron como muertes maternas tempranas, 753 como muertes maternas tardías y 277 como muertes maternas por causas coincidentes.

Del total de muertes maternas coincidentes, el 25,6 % corresponden a muertes por suicidio. De estas, el 6,3 % ocurrieron durante el embarazo o en los últimos 42 días después del parto, representando el 2,7 % del total de muertes maternas tempranas notificadas durante el quinquenio (tabla 1).

Según las características sociales y demográficas en el quinquenio analizado, las mujeres con edad entre 15 a 19 años representaron el 36,6 %, con

Tabla 1. Muertes por suicidio según momento del deceso con respecto al embarazo, Colombia, 2019–2023

Momento de la muerte con respecto al embarazo	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Cuando falleció	11	5	4	7	8	**35**
En los últimos 42 días después del parto	2	2	0	1	5	**10**
Entre los 43 días y un año después del parto	9	3	3	5	6	**26**
Muertes por suicidio	22	10	7	13	19	**71**
Muertes coincidentes	56	41	43	60	77	**277**
Peso porcentual	**39,3**	**24,4**	**16,3**	**21,7**	**24,7**	**25,6**

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud 2019–2023

una razón de 5,2 casos por cada 100 000 nacidos vivos. No se notificaron casos en menores de 14 años ni mayores de 40 años (tabla 2).

Según el área de residencia, el 42,3 % se presentó en área rural dispersa, con una razón de 6,1 casos por cada 100 000 nacidos vivos. El 76,1 % de los casos pertenecían al régimen subsidiado y el 78,9 % de los casos pertenecía a otros grupos poblacionales (tabla 2).

Las variables analizadas presentaron comportamiento estable al compararlo con el promedio histórico 2019–2022, exceptuando el grupo de edad 20 a 24 años, residencia en cabecera municipal, afiliación al régimen subsidiado de salud, pertenencia étnica indígena, que presentó incremento estadísticamente significativo (tabla 2).

Tabla 2. Razón de mortalidad materna por suicidio, según características sociodemográficas, Colombia, 2019 – 2023

Variables sociodemográficas	2019-2023			Comportamiento
Grupos de edad	Casos	%	Razón	inusual
10 a 14 años	0	0,0	0,0	Sin cambio
15 a 19 años	26	36,6	5,2	Sin cambio
20 a 24 años	25	35,2	3,0	Incremento
25 a 29 años	12	16,9	1,6	Sin cambio
30 a 34 años	3	4,2	0,6	Sin cambio
35 a 39 años	5	7,0	1,9	Sin cambio
40 y más años	0	0,0	0,0	Sin cambio
Área de residencia	**Casos**	**%**	**Razón**	
Cabecera municipal	31	43,7	1,4	Incremento
Centro poblado	10	14,1	4,7	Sin cambio
Rural disperso	30	42,3	6,1	Sin cambio
Tipo de seguridad social	**Casos**	**%**	**Razón**	
Contributivo	15	21,1	1,4	Sin cambio
Subsidiado	54	76,1	3,4	Incremento
No asegurado	2	2,8	0,9	Sin cambio
Pertenencia étnica	**Casos**	**%**	**Razón**	
Indígena	12	16,9	8,4	Incremento
Afrocolombiano	3	4,2	2,6	Sin cambio
Otros	56	78,9	2,1	Sin cambio

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud 2019–2023.
Denominador: nacidos vivos, DANE 2019 a 2022, RUAF ND 2023, datos preliminares

De acuerdo con el mecanismo utilizado, en primer lugar, se observó el ahorcamiento en el 49,3 % de los casos, seguido por intoxicación por sustancia química con el 42,3 %. Estos dos mecanismos representaron el 91,6 % del total de muertes por suicidio (tabla 3).

Tabla 3. Mecanismo de suicidio, 2019–2023

Mecanismo	Casos	%
Ahorcamiento	**35**	**49,3**
Intoxicación por sustancia química	**30**	**42,3**
Lanzamiento al vacío	**5**	**7,0**
Arma de fuego	**1**	**1,4**

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud 2019–2023

En cuanto el análisis desagregado a nivel departamental se observó que 62,0 % de los casos residen en Antioquia, Bogotá, Cauca, Cesar, Córdoba, Huila y Nariño (tabla 4). Las entidades territoriales con las razones más elevadas fueron Vaupés, Guaviare, Nariño, Chocó, Huila y Cauca (tabla 4).

Tabla 4. Número de casos y razón de mortalidad materna por suicidio por entidad territorial de residencia, Colombia, 2019-2023

Entidad territorial de residencia	Casos 2019–2023	%	Razón MM por 100 000 NV 2019-2023
Antioquia	11	15,5	3,2
Cauca	6	8,5	7,2
Huila	6	8,5	7,3
Nariño	6	8,5	7,9
Bogotá D.C	5	7,0	1,4
Cesar	5	7,0	4,5
Córdoba	5	7,0	4,1
Tolima	4	5,6	5,3
Boyacá	3	4,2	4,8
Chocó	3	4,2	7,7
Cundinamarca	3	4,2	1,9
Caldas	2	2,8	5,2
Bolívar	1	1,4	1,2
Buenaventura D.E	1	1,4	4,8
Santiago de Cali D.E.	1	1,4	0,9
Caquetá	1	1,4	3,2
Casanare	1	1,4	3,4
Guaviare	1	1,4	15,9
Magdalena	1	1,4	1,4
Norte Santander	1	1,4	0,9
Putumayo	1	1,4	4,5
Risaralda	1	1,4	2,1
Santa Marta D.T.	1	1,4	2,3
Vaupés	1	1,4	26,5

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud 2019–2023

Al realizar cálculo de la razón de muerte materna a nivel nacional, se observó aumento estadísticamente significativo para el 2023, siendo este año el que presenta la razón más alta, con 3,7 casos por cada 100 000 nacidos vivos (tabla 5).

Tabla 5. Razón de mortalidad materna por Suicidio, Colombia, 2019–2023

Tipo de muertes	Casos 2019	Casos 2020	Casos 2021	Casos 2022	Casos 2023	Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos				
						2019	2020	2021	2022	2023
Tempranas	**298**	**403**	**456**	**261**	**226**	**47,2**	**65,0**	**75,0**	**46,0**	**44,5**
Suicidio	**22**	**10**	**7**	**13**	**19**	**3,5**	**1,6**	**1,2**	**2,3**	**3,7**

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud 2019–2023. Denominador: nacidos vivos, DANE 2019 a 2022, RUAF ND 2023, datos preliminares

Discusión

En el quinquenio analizado, el total de muertes por suicidio ocurridos durante el embarazo y hasta los 42 días después de terminada la gestación corresponde a 45 casos, superando causas directas como el embarazo terminado en aborto con causa directa hemorragia, según lo observado en el informe de evento para el 2023 (12).

En el estudio realizado por Shigemi, et al. en Japón, se identificó que las mujeres en postparto mayores de 30 años tenían más probabilidad de sufrir depresión y utilizaban métodos más agresivos, como el ahorcamiento (13). En nuestro país, el principal método utilizado durante el embarazo es la intoxicación (51,4 %), seguido por el ahorcamiento (45,7 %), mientras que después de los 43 días de haber tenido el parto el principal método es el ahorcamiento (53,8 %), seguido por la intoxicación (38,5 %).

Teniendo en cuenta que en Colombia el suicidio ingresa al sistema de vigilancia como muerte coincidente, no se realiza análisis de lo ocurrido con los casos, motivo por el cual el sistema de vigilancia en salud pública desconoce las enfermedades de base y situaciones personales que puedan desencadenar el cuadro. Lara y Asunción, en el artículo "Ideación y conducta suicida en mujeres embarazadas", describen que los motivos expresados para el intento de suicidio son muy diversos; sin embargo, los conflictos con la pareja son los que llevan a respuestas más extremas, por lo que recomiendan evaluar a las gestantes de manera sistemática en los servicios de atención prenatal (14).

En el estudio realizado en Suecia por Esscher A. et al., se identificó que los suicidios casi siempre están asociados a enfermedades mentales. Más del 75 % de las mujeres tuvieron contacto psiquiátrico antes, durante o después. La prevalencia estimada del trastorno depresivo mayor es de aproximadamente 7 % durante el embarazo y del 6 % durante los tres primeros meses después del parto (15).

En la revisión sistemática realizada por Gelabert E, et al., identifican como factores de riesgo para el intento de suicidio mujeres solteras, no tener educación superior y antecedentes de trastornos del estado de ánimo; durante el embarazo tienen un mayor riesgo las mujeres que fuman y las que se suicidan tienen mayor riesgo por intentos de suicidio perinatal (16).

Por otro lado, Oesolini et al., relaciona como factores de riesgo la edad materna más joven, no tener pareja, un embarazo no planeado, raza no caucásica, diagnóstico psiquiátrico preexistente o actual y violencia de pareja, incluido el abuso emocional, físico y/o sexual (17).

Aunque la incidencia del suicidio entre las mujeres que han dado a luz durante los últimos 12 meses es menor que la de las mujeres que no han dado a luz, el suicidio sigue siendo una de las principales causas más comunes de muerte

materna durante el año siguiente al parto. En general, la detección durante el período perinatal representa una herramienta clínica esencial para identificar a las mujeres con mayor riesgo de suicidio perinatal, y la identificación y el apoyo a largo plazo de las mujeres con un riesgo particular pueden ayudar a reducir la incidencia de muertes maternas tardías (17).

Al Halabí et al. aseguran que el suicido es un fenómeno multifactorial, dinámico y existencial, lo que se traduce en que para cada mujer existen diversas configuraciones problemáticas: Por esto, para salvar vidas debemos asegurarnos de que todas las mujeres puedan tener acceso a la atención profesional y al apoyo necesario, cuando y donde lo necesiten (18).

Las consecuencias del suicidio en el seno familiar afectan significativamente las interacciones familiares internas, a través de procesos emocionales y de comunicación. Pueden surgir conflictos, tabúes o cohesión familiar como consecuencia de una muerte de este tipo, siendo necesario abordar el suicidio no solo como un problema individual sino como una situación que afecta a la sociedad (19).

En el estudio "the contribution of suicide to maternal mortality: A nationwide population-based cohort study" concluyen que, si se busca reducir aún más las muertes maternas, se debe prestar mayor atención a la mejora de la recopilación y el análisis de datos, lo que puede contribuir al desarrollo de políticas, la orientación clínica y la capacitación adecuada de los profesionales de la salud. Además, se deben desarrollar estrategias de vigilancia y prevención del suicidio centradas en todo el primer año después del parto (20).

Conclusiones

La mortalidad materna por suicidio durante el embarazo y primer año después del parto representa un porcentaje importante, superando causas directas como el embarazo terminado en aborto con causa directa hemorragia, la cual se encuentra en incremento para el 2023 al compararlo con el promedio histórico 2019–2022. Se requiere profundizar en el análisis del evento para identificar factores de riesgo que puedan ser intervenibles de manera oportuna.

Recomendaciones

Se necesitan más estudios que permitan recopilar información relacionada con el suicidio durante el embarazo y el primer año después del parto, con el fin de establecer políticas encaminadas a la detección temprana de factores de riesgo para su intervención oportuna.

Declaración conflictos de interés

La autora declara no tener conflictos de interés.

Financiación

No se contó con financiación externa.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. OMS; 2025 [cited 2024 Jul 5]. Suicidio. Available from: ***https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide***

2. Khalifeh H, Hunt IM, Appleby L, Howard LM. Suicide in perinatal and non-perinatal women in contact with psychiatric services: 15 year findings from a UK national inquiry. Lancet Psychiatry; 2016 Mar. 3(3): 233–42.

3. Zivin K, Zhong C, Rodríguez-Putnam A, Spring E, Cai Q, Miller A, et al. Suicide Mortality During the Perinatal Period. JAMA Netw Open; 2024 Jun 27. 7(6).

4. Li J, Imam SZ, Jing Z, Wang Y, Zhou C. Suicide attempt and its associated factors amongst women who were pregnant as adolescents in Bangladesh: a cross-sectional study. Reprod Health; 2021 Dec 31. 18(1):71.

5. Fernandes Moll M, Matos A, Borges GB, Ventura CAA, Bernardinelli FCP, Martins T da S. Occurrence and factors associated with postpartum depression in the urban area of Brazil. Enfermería Global; 2023 Jan 3. 22(1): 134–66.

6. Chin K, Wendt A, Bennett IM, Bhat A. Suicide and Maternal Mortality. Curr Psychiatry Rep; 2022 Apr 2. 24(4): 239–75.

7. Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM [Internet]; 2012 [cited 2023 Mar 28]. Available from: ***https://www.binasss.sa.cr/guiaops.pdf***

8. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública. Mortalidad Materna. Colombia; 2024 Apr.

9. National Institute of Child Health and Human Development. Novedades científicas: Un estudio indica que el consumo de drogas, el suicidio y el homicidio representan más de una quinta parte de las muertes asociadas con el embarazo. NIH; 2022 [cited 2024 Jul 5]. Available from: ***https://espanol.nichd.nih.gov/noticias/prensa/022222-muertes-asociadas-embarazo***

10. 10. Aguirre-Martínez NS, Vélez-Álvarez GA, Zuleta-Tobón JJ. Mortalidad por suicidio relacionado con el embarazo en Antioquia (Colombia), 2004-2014. Rev Colomb Obstet Ginecol; 2018 Dec 20. 69(4):239.

11. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Diseño conceptual y metodológico censo general 2005 [Internet]. Colombia; 2005 p. 1–49. Available from: ***https://observatoriocensal.files.wordpress.com/2015/11/diseno_conceptual_y_metodologico_col2005.pdf***

12. Garcia Ana P. Informe de Evento 2023 Mortalidad Materna [Internet]. Bogota; 2024 [cited 2024 Oct 11]. Available from: ***https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20MATERNA%20INFORME%20DE%20EVENTO%202023.pdf***

13. Shigemi D, Ishimaru M, Matsui H, Fushimi K, Yasunaga H. Suicide Attempts Among Pregnant and Postpartum Women in Japan. J Clin Psychiatry; 2020 May 5; 81(3).

14. Lara Mamá. Asunción LG. Ideación y conducta suicida en mujeres embarazadas. Salud Ment [revista en Internet] [Internet]; 2009 [cited 2024 Oct 11]. 32(5):381–7. Available from: ***http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000500004&lng=es***.

15. Esscher A, Essén B, Innala E, Papadopoulos FC, Skalkidou A, Sundström-Poromaa I, et al. Suicides during pregnancy and 1 year postpartum in Sweden, 1980–2007. British Journal of Psychiatry [Internet]; 2016 May 2 [cited 2024 Oct 7]. 208(5): 462–9. Available from: ***https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/BDAA9D9C55BD5F6D273DD6A069BE97FD/S0007125000243778a.pdf/div-class-title-suicides-during-pregnancy-and-1-year-postpartum-in-sweden-1980-2007-div.pdf***

16. Gelabert E, Plaza A, Roca-Lecumberri A, Bramante A, Brenna V, Garcia-Esteve L, et al. Suicide Attempts during Pregnancy and Postpartum: A Systematic Review and Meta-Analysis. Matern Child Health J [Internet]; 2024 Sep 29 [cited 2024 Oct 11]. 28(9): 1443–1453. Available from: ***https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-024-03956-w#citeas***

17. Orsolini L, Valchera A, Vecchiotti R, Tomasetti C, Iasevoli F, Fornaro M, et al. Suicide during Perinatal Period: Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Correlates. Front Psychiatry [Internet]; 2016 Aug 12 [cited 2024 Oct 11]. 7. Available from: ***https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4981602/***

18. Al-Halabí S, García-Haro J, Rodríguez-Muñoz M de la F, Fonseca-Pedrero E. Conducta suicida y periodo perinatal: entre el tabú y la incomprensión. Papeles del Psicólogo - Psychologist Papers [Internet]; 2021 [cited 2024 Oct 7]. 42(2). Available from: ***https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0214-78232021000300001***

19. Creuzé C, Lestienne L, Vieux M, Chalancon B, Poulet E, Leaune E. Lived Experiences of Suicide Bereavement within Families: A Qualitative Study. Int J Environ Res Public Health [Internet]; 2022 Oct 11 [cited 2024 Oct 11]. 19(20): 13070. Available from: ***https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9602926***/

20. Lommerse KM, Mérelle S, Rietveld AL, Berkelmans G, van den Akker T. The contribution of suicide to maternal mortality: A nationwide population-based cohort study. BJOG [Internet]; 2024 Sep 12 [cited 2024 Oct 11]. 131(10):1392–8. Available from: ***https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38344899/***