

# Guía de intervención psicológica para mujeres embarazadas con pérdidas perinatales

MARCO ANTONIO SÁNCHEZ-PICHARDO<sup>a</sup>

## RESUMEN

La incidencia de la pérdida gestacional recurrente, en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER), es de 4.5%. Este fenómeno trastorna el estado psicológico de la mujer, por lo que es necesario el desarrollo de Guías de Intervención Psicológica para este sector de la población, las cuales permitan conocer las principales alteraciones emocionales, así como la importancia que representa para las pacientes recibir un tratamiento psicológico adecuado.

**PALABRAS GUÍA:** *Pérdida gestacional, alteraciones emocionales, guía de intervención psicológica, tratamiento psicológico.*

### ¿QUÉ SON LAS PÉRDIDAS PERINATALES?

En un sentido amplio, el concepto se refiere a la incapacidad de la mujer para llevar a buen término la gestación.

Desde el punto de vista médico, se considera aborto a la pérdida gestacional que ocurre antes de la semana número veinte del embarazo. De la semana veintiuno y hasta el primer mes de vida del producto, se considera pérdida perinatal.<sup>1(4,C)\*</sup> Actualmente, se utiliza el término pérdida gestacional recurrente (PGR) –y ha quedado en desuso el término infertilidad–, cuando se presenten dos pérdidas del embarazo como mínimo. En ocasiones

el criterio se amplía a tres, dependiendo de la fuente consultada.

### Principales causas

1. Algunos síndromes incluyen la presencia de defectos anatómicos, anormalidades endocrinas o utilización de hormonales (2b).<sup>2 (2+ +,A)</sup>
2. Aspectos genéticos.
3. Alteraciones hematológicas (coagulación, plaquetas).

Algunos de estos síndromes son tratables durante el seguimiento del embarazo y hasta el término, sin

<sup>a</sup> Psicólogo adscrito al Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología, Isidro Espinosa de los Reyes. (INPerIER).

\* Los números y las letras entre paréntesis, corresponden a los Niveles de Evidencia y a los Grados de Recomendación, respectivamente, propuestos por la Red de Guías Intercolegiales Escocesas (SIGN, 2004). Ver: Aldana-Calva E, Gómez-López ME. Criterios para la elaboración de Guías de Intervención Psicológica. *Perinatol Reprod Hum* 2007; 21: 11-21.

#### Correspondencia:

Dr. Marco Antonio Sánchez-Pichardo

Departamento de Psicología del INPerIER. Montes Urales 800, Col. Lomas de Virreyes, C.P. 11000, México, D.F.

Tel.: 5520-9900, Ext. 147.

Recibido: 2 de enero de 2007.

Aceptado: 2 de mayo de 2007.



embargo, en más de 50% de los casos no se llega a determinar la causa o el origen.<sup>2(2+,.A)</sup>

### ¿CUÁL ES LA INCIDENCIA DE LAS PÉRDIDAS PERINATALES EN LA POBLACIÓN EN EDAD FÉRTIL EN MÉXICO Y EN EL INPERIER?

1. En México se presentan dos pérdidas de embarazo en 4.1% de la población en edad fértil.<sup>1(3.C)</sup>
2. El 1.44% presenta tres pérdidas.<sup>3(3.C)</sup>
3. En el Instituto Nacional de Perinatología (INPerIER), 4.5% de la población que ingresó en el año 2005 presentó PGR como diagnóstico y como antecedente.<sup>1(3.C)</sup>

### ¿CUÁLES SON LOS FACTORES ASOCIADOS CON LAS ALTERACIONES EMOCIONALES DESPUÉS DE UNA PÉRDIDA GESTACIONAL?

1. Autoestima y autoconcepto bajos.<sup>4(2+,.C)</sup>
2. Antecedentes de depresión.
3. Antecedentes de pérdida gestacional recurrente.

La existencia de niveles de autoestima y autoconcepto pobres,<sup>4(2+,.C)</sup> antecedentes de depresión, así como de la propia condición de pérdida gestacional recurrente, son factores que se asocian a la aparición de condiciones emocionales secundarias a una pérdida gestacional.

### ¿CUÁLES SON LAS ALTERACIONES EMOCIONALES QUE APARECEN DESPUÉS DE UNA PÉRDIDA GESTACIONAL?

1. **Depresión.** Caracterizada por estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, disminución de la capacidad para sentir placer en casi todas las actividades la mayor parte del día, insomnio o hipersomnía, fatiga, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultad para concentrarse, así como la presencia de pensamientos de muerte.<sup>5(4.C)</sup>
2. **Sintomatología depresiva correspondiente a duelo.** Principalmente acompañada de

sentimientos de tristeza, insomnio, anorexia, pérdida de peso, culpa y pensamientos de muerte.<sup>4(2+,.C)</sup>

3. **Trastornos de ansiedad.** Caracterizados por ansiedad, preocupación excesiva, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño (insomnio o sensación de sueño no reparador tras despertar).<sup>6(4.C)</sup>

En estudios empíricos se ha demostrado que 48 a 51% de las mujeres que han sufrido alguna pérdida del embarazo, presentan depresión clínicamente significativa, entre el primer y tercer mes después de haber ocurrido la pérdida.<sup>7(3)</sup> Estos datos son consistentes con lo que se informa en otras investigaciones, en donde se reportan pérdidas en hasta 55% de las mujeres estudiadas.<sup>8(3.C)</sup> Esta cifra contrasta con el porcentaje de varones que se ve afectado por problemas de reproducción (16%).<sup>8(3.C)</sup>

### ¿CÓMO SE DIAGNOSTICAN LAS ALTERACIONES EMOCIONALES DESPUÉS DE UNA PÉRDIDA PERINATAL?

Como un instrumento de tamizaje o de impresión inicial, se utiliza el Cuestionario General de Salud (CGS) de Goldberg, que mide el malestar psicológico de la paciente. Los niveles que reporta son:

1. **Caso leve.** Puntaje de entre 8 y 15, en donde la paciente requiere sólo de información u orientación.<sup>9(2+,.B)</sup>
2. **Caso moderado.** Puntaje entre 16 y 22, en donde la paciente necesita de información, clarificación de algunos aspectos de su situación, así como de tratamiento (intervención psicológica).<sup>9(2+,.B)</sup>
3. **Caso severo.** En los puntajes de 23 en adelante, en donde la paciente requiere de tratamiento (intervención) y en algunos casos, ser derivada a otras instituciones para continuar su atención, debido a que la paciente presenta otras necesidades de atención.<sup>9(2+,.B)</sup>

### Entrevista inicial

Se debe realizar una historia clínica lo más completa posible, previo a que una paciente ingrese a un grupo terapéutico. En ella, se deberán explorar las

principales áreas de vida relacionadas con la pérdida gestacional, asimismo, servirá para descartar a quienes no cumplan los criterios de ingreso al grupo. Consiste en una entrevista estructurada que indaga los principales antecedentes de pérdidas perinatales y que debe contener los principales datos de interés para el personal de salud mental (cantidad, causas y número de parejas, sintomatología actual, antecedentes de tratamiento psicológico y datos generales).

## **¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO MÁS ADECUADO DE LAS ALTERACIONES EMOCIONALES DURANTE EL EMBARAZO?**

1. La principal intervención psicológica que se recomienda como apoyo profesional estructurado, es fundamentalmente la psicoterapia.<sup>10(2+,C)</sup>
2. La psicoterapia puede ser individual o grupal.

Esta última modalidad, es la más recomendada en instituciones de salud que manejan un número elevado de pacientes, ya que es una modalidad terapéutica que resulta económica al optimizar los recursos.

Diversas investigaciones han revelado desde hace tiempo, que la sintomatología depresiva disminuye con la atención psicológica. Se recomienda proporcionar una psicoterapia breve (8-12 sesiones).<sup>11(2+,C)</sup> Se ha demostrado también que la psicoterapia de corte cognitivo-conductual tiene efectos comparables con el uso de medicamentos antidepressivos y de otro tipo de psicoterapias, como la psicodinámica.<sup>12(2+,C)</sup>

### **Áreas de trabajo durante la intervención**

Las principales áreas clínicas de trabajo con la paciente, son las que se encuentran más deterioradas luego de una pérdida perinatal, tales como: autoconcepto, autoestima, autoimagen, sentimientos de culpa, yo social, yo familiar y yo ético-moral. Todos

deben ser abordadas de manera integral y su estudio deberá incluir las áreas más afectadas y continuar con las que presenten menor deterioro.<sup>13</sup>

### **Criterios de inclusión**

1. Pacientes que hayan tenido una pérdida perinatal (aborto espontáneo, óbito, muerte neonatal) y soliciten ayuda psicológica. O bien, cuando el personal de salud detecte la presencia de sintomatología depresiva o estrés emocional.
2. Pacientes que hayan tenido pérdida perinatal (aunque no sea reciente) en edad reproductiva, que vivan con temor de pérdida ante un nuevo embarazo.
3. Pacientes que hayan cubierto los dos rubros anteriores, y no sufran trastornos graves de la personalidad o alteraciones mentales como psicosis o debilidad mental.<sup>15</sup>
4. Pacientes cuyo proceso de duelo sea exclusivamente por la pérdida perinatal.

### **Criterios para el alta**

Cuando la paciente:

1. Manifieste menor pasividad frente a la pérdida.
2. Maneje y entienda el estigma social debido a la pérdida.
3. Descubra otras áreas de su vida tan importantes a desarrollar, como la maternidad.
4. Reconozca otros problemas de su personalidad que pueden afectar la reacción de duelo, para que pueda trabajarlos en el futuro (posiblemente mediante el encuadre psicológico).
5. Establezca un plan objetivo para hacer frente a la problemática de las pérdidas, donde aparezcan plazos y número de intentos.<sup>16</sup>
6. Se reintegre a actividades que hubiesen quedado abandonadas después de la pérdida o tenga la capacidad de iniciar proyectos nuevos.<sup>17</sup>



## ABSTRACT

The incidence of the recurrent pregnancy loss in the Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER) is 4.5%, this phenomenon disturbs the psychological state of the woman. By the previous thing, the development of guides of psychological treatment for this sector of the population is necessary who allow to know the main emotional distress as well as the importance of receiving a psychological treatment.

**KEY WORDS:** *Recurrent pregnancy loss, emotional distress, guide of psychological treatment, psychological treatment.*

## REFERENCIAS

1. Espinosa R. Clínica de Riesgo Pregestacional. Instituto Nacional de Perinatología, Isidro Espinosa de los Reyes. Trabajo no publicado. 2001.
2. Hatasaka H. Pérdida Gestacional Recurrente: Factores Epidemiológicos, definiciones e incidencia. Clin Obstet Ginecol 1994; 3: 573-81.
3. Rodger L, Bick Madden J, Heller K, Toofanian A. Recurrent Miscarriage: Causes, Evaluation and Treatment. Medscape Gen Med 1999; 1(3). Disponible en: [www.medscape.com/viewarticle/408885](http://www.medscape.com/viewarticle/408885).
4. Major B, Cozzarelli C, Cooper ML, Zubek J, Richards C, Wilhite M, Gramzow RH. Psychological responses of women after first-trimester abortion Arch Gen Psychiatry 2000; 57(8): 777-84.
5. Armstrong D. Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2004; 33(6): 765-73.
6. Geller PA, Klier CM, Neugenbauer R. Anxiety disorders following miscarriage. J Clin Psychiatry 2001; 62 (6): 432-8.
7. Griebel CP, Halvorsen J, Golemon TB, Day AA. Management of spontaneous abortion. Am Fam Physician 2005; 72(7):1243-50.
8. Calandra D, Del Valle E, Olivares DJ. Aborto. Estudio Clínico, psicológico, social jurídico. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana, 1973.
9. Morales F. Prevalencia de Malestar Psicológico en población Gineco-Obstétrica del Instituto Nacional de Perinatología. México: Trabajo no publicado. Instituto Nacional de Perinatología, Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER). 2002.
10. McNam JJ. Evidence for Healing Interventions with Perinatal Bereavement. Matern Child Nurs 2005; 30(6): 389-96.
11. Di Marco MA, Menke EM, McNamara T. Evaluating a support group of perinatal loss. MCN AM J J Maternal Child Nurs 2001; 26(3): 135-41.
12. Rupke SJ, Blecke D, Renfrow M. Cognitive therapy for depression. Am Fam Physician 2006; 73(1): 82-6.
13. González G. Pérdidas Perinatales. Psicología de la reproducción humana. Un enfoque integral. México: Trillas; 2002.
14. Serra C, Mendoza A. Escala de Autoconcepto de Tennessee. Evaluación de la personalidad. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Departamento de Publicaciones de la Facultad de Psicología; 1991.
15. DSM-IV. Breviario. Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson, S.A.; 1995.
16. Forte A, Hill M, Pazder R. Social and Professional Support Needs of Families after Perinatal loss. Obst Gynecol Neonatal Nurs 2005; 34(5): 630-8.
17. Price SK. An alternative view of mothers holding stillborn babies. MEDSCAPE. Women's Health J 2002; 7: Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/439355>.