



PERINATOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN HUMANA

www.elsevier.es/rprh



REVISIÓN

Guía de atención psicológica de la mujer con complicaciones obstétricas

M.E. Gómez López*

Coordinación de Psicología y Calidad, Instituto Nacional de Perinatología, Ciudad de México, México

Recibido el 17 de mayo de 2018; aceptado el 10 de junio de 2018

Disponible en Internet el 29 de julio de 2018

PALABRAS CLAVE

Complicaciones obstétricas;
Atención psicológica;
Diagnóstico;
Tratamiento;
Intervención

KEYWORDS

Obstetric complications;
Psychological care;
Diagnosis;
Treatment;
Intervention

Resumen Las complicaciones obstétricas se consideran una causa de mortalidad materna indirecta, sin embargo, hasta ahora no existen pautas ni recomendaciones que aborden la atención psicológica de la mujer embarazada durante estas complicaciones. En esta guía se ofrece al personal de salud pautas para comprender la sintomatología y el impacto emocional que tienen las complicaciones obstétricas en la mujer embarazada; así como su diagnóstico y tratamiento y el tipo de intervención psicológica más adecuado de acuerdo con su condición. Se brindan además recomendaciones en los diferentes niveles de atención.

© 2018 Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Psychological care guide for women with obstetric complications

Abstract Although obstetric complications are considered an indirect cause of maternal mortality, there are currently no guidelines or recommendations that address the psychological care of pregnant women during these complications. In this guide, health personnel are offered guidelines to understand the symptomatology and emotional impact of obstetric complications in pregnant women. This includes their diagnosis and treatment and the most appropriate type of psychological intervention according to their condition. Recommendations are also given for different levels of care.

© 2018 Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Justificación

Actualmente, a nivel mundial, la atención médica del embarazo con enfoque de riesgo deriva de los objetivos de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eugeniagomez2712@yahoo.com.mx

desarrollo del milenio propuestos por la ONU para abatir la mortalidad materna, ya que cada minuto muere en el mundo una mujer por complicaciones relacionadas con el embarazo y, en su mayoría, estas muertes son prevenibles¹.

A partir de esto se ha logrado un consenso internacional respecto a qué hacer para disminuir la mortalidad materna, sobre todo en lo referente a la atención obstétrica de urgencia cuando existan complicaciones que pongan en riesgo la vida.

Las complicaciones obstétricas se consideran una causa de mortalidad materna indirecta, entendida como «las muertes derivadas de enfermedad previamente existente o enfermedad que apareció durante el embarazo y no debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo»².

Es por esto que se ha puesto un énfasis en cambiar el paradigma en la prestación de los servicios de salud, procurando pasar de un enfoque de riesgo a uno de atención oportuna de las urgencias obstétricas, planteando que las complicaciones durante la maternidad son difíciles de pronosticar pero posibles de tratar³.

A pesar de que la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 «Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida»⁴ establece la necesidad de que las instituciones de salud brinden apoyo psicológico a la mujer embarazada durante su evolución, hasta ahora no existen pautas ni recomendaciones específicas derivadas de esta norma que propongan cómo debe ser esta atención psicológica, ni quién ni cuándo se debe otorgar, de aquí la importancia de desarrollar esta guía (consultense los incisos 5.1.11, 5.2.1.8, 5.6.1.5 y 5.6.2.3⁴).

Etiología

Definiciones

Embarazo

Parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del *conceptus* en el endometrio y termina con el nacimiento⁴.

Urgencia obstétrica

Complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, parto o el puerperio, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención⁴.

Casos de urgencia obstétrica

En casos de hemorragia obstétrica, trastornos hipertensivos del embarazo, amenaza de parto pretérmino, sepsis o ante enfermedades concomitantes graves, se debe brindar atención médica integral con oportunidad y calidad⁴.

Factores de riesgo obstétrico

Anemia, preeclampsia, complicaciones hemorrágicas del embarazo, infecciones cervicovaginales, urinarias y de transmisión sexual, restricción del crecimiento intrauterino y detección y control de otras enfermedades preexistentes e intercurrentes con el embarazo⁴.

Incidencia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, cada minuto muere una mujer por complicaciones relacionadas con el embarazo: esto suma cada año más de medio millón de mujeres en todo el mundo. De las defunciones maternas, el 99% tienen lugar en el mundo en desarrollo, y en su mayoría son prevenibles. Las probabilidades de morir por complicaciones maternas son de una entre 16 en países en desarrollo, en comparación con una entre 2,800 en países desarrollados. Cada año más de 50 millones de mujeres dan a luz en casa y sin ayuda de profesionales capacitados. Por cada mujer que fallece durante el parto, otras 30 experimentan lesiones, infecciones o enfermedades.

En 2009, el Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva (CNEGyR)³ reportó que en México se presentan 2.1 millones de embarazos cada año, de los cuales alrededor de 300,000 tienen complicaciones obstétricas. El impacto que estas complicaciones siguen teniendo en el país es enorme, ya que 30,000 mujeres quedan con secuelas obstétricas que las convierten en discapacitadas, falleciendo anualmente 1,100 mujeres, lo que provoca una secuela social de 3,000 huérfanos cada año. A pesar de que la meta para 2015 era reducir las defunciones maternas a 417, hasta la fecha aún no se ha alcanzado esta cifra.

Por su parte, el Consejo Nacional de Población⁵ refiere, en su encuesta sobre salud sexual y reproductiva, que el 66% de las mujeres embarazadas atendidas en el sector salud en 2014 mencionaron haber tenido alguna complicación durante su embarazo, cifra que se elevó casi al 3% con respecto a la encuesta de 2009.

Sintomatología

Desde hace 10 años, el interés de las guías de atención psicológica de la mujer embarazada se ha centrado en abordar principalmente la depresión y la ansiedad perinatales, aunque también se ha prestado atención a otros trastornos mentales⁶⁻⁸.

Brandon et al.⁹ afirman que a pesar de que se ha llevado a cabo una investigación considerable con mujeres embarazadas sanas, todos los hallazgos apuntan a las graves consecuencias de la depresión durante el período perinatal, incluyendo resultados obstétricos y neonatales adversos.

Por otra parte, aunque el riesgo obstétrico se ha identificado en diversos estudios retrospectivos como un predictor moderado de depresión posparto, la mayoría de los investigadores prospectivos han excluido a las mujeres con embarazo de alto riesgo de la investigación perinatal.

En este sentido, es poco lo que se ha investigado hasta ahora acerca del impacto emocional que tienen las complicaciones obstétricas para la mujer, ni tampoco existen muchas guías específicas de atención psicológica para las mujeres en estas condiciones, a pesar de la importancia que esto tiene; y las que hay se enfocan en el diagnóstico de la sintomatología y/o el trastorno mental pero no consideran el contexto que rodea a la mujer ni el tipo de complicación presentada⁹⁻¹².

Hablar de la sintomatología emocional de la mujer embarazada, y de aquella cuya condición es de riesgo de

complicación obstétrica, implica considerar los siguientes aspectos:

1. Existe una falta de especificidad para definir los conceptos de estudio (depresión, ansiedad, sintomatología depresiva y ansiosa, entre otros), lo cual se ve reflejado en el diseño y validación de instrumentos para medirlos, ya que muchas veces no fueron elaborados para evaluar a las mujeres embarazadas sino para la población general; en otros casos, son instrumentos de tamiz y no de diagnóstico; así mismo, estos porcentajes de prevalencia varían en un rango bastante amplio, dependiendo de los instrumentos utilizados, lo que dificulta su cálculo preciso y por tanto se cuestiona su validez¹³.
2. Esto ha provocado un sobrediagnóstico de trastornos mentales, ya que los instrumentos pueden ser sensibles pero no específicos para su detección. Y por tanto, se vuelve alarmante su supuesto incremento, cuando en realidad se dice que su prevalencia no es mayor que en la población general¹³.
3. Muchos de los estudios realizados en mujeres con embarazo de alto riesgo se hicieron cuando las mujeres se encontraban hospitalizadas con una complicación obstétrica, pero estos estudios no consideraron a aquellas mujeres con un diagnóstico médico de alto riesgo que hubieran tenido complicaciones que no ameritaran su hospitalización¹³.
4. El tema de interés de estos estudios es la situación de hospitalización pero no la condición de riesgo por la complicación obstétrica, la que hace que las mujeres tengan que ser internadas. Tampoco se toman en cuenta los diferentes tipos de complicación, y cuando se estudian algunas condiciones como la preeclampsia o la diabetes gestacional, por ejemplo, el riesgo médico se traduce en riesgo psicológico de presentar trastornos como ansiedad o depresión, como resultado de dichas condiciones médicas¹³.
5. Estos estudios no consideran si las alteraciones psicológicas presentadas por las mujeres con complicaciones obstétricas eran producto de su situación médica o eran una condición previa a la gestación, por lo que se han centrado en asociar la depresión y/o la ansiedad como la posible causa de las complicaciones tenidas en el embarazo y no al contrario^{9,11,12,14}.

La sintomatología reportada de manera más común por la literatura en mujeres con complicaciones obstétricas (a partir de la hospitalización y/o reposo) es: falta de control, preocupación y ansiedad por la salud y bienestar del feto, aburrimiento, sentimientos de debilidad e impotencia, de aislamiento, confinamiento, sentirse «prisionera», pérdida de las actividades normales, separación del hogar y la familia, incomodidad física, efectos secundarios de la medicación, cambio en la autoimagen, rol de enferma, preocupaciones por los otros hijos, inversión de roles con la pareja y dificultades en su relación, falta de intimidad e incompatibilidad con las compañeras de cuarto en el hospital, enojo, incredulidad, culpa, miedo, ansiedad, depresión, fluctuaciones en el estado de ánimo, incertidumbre, vulnerabilidad y soledad¹³.

Sin embargo, para la comprensión y abordaje de los problemas emocionales que presentan las mujeres con complicaciones obstétricas, se propone aquí utilizar un enfoque biopsicosocial que nos permita entender la interacción que existe entre los factores médicos, psicológicos y sociales de esta condición.

Para ello se retoma también lo planteado por la OMS con respecto a la utilización de la investigación cualitativa para la realización de guías con el fin de comprender la experiencia vivida por las mujeres que han tenido complicaciones obstétricas, de donde se desprenden los planteamientos y recomendaciones para el manejo emocional de esta población¹⁵.

La alteración emocional más común manifestada por las mujeres con complicaciones obstétricas es el malestar psicológico, el cual se define como «algunas manifestaciones emocionales que surgen desde el contexto de la vida cotidiana, sobre todo frente a momentos de crisis, y aunque dichas manifestaciones tienden a “naturalizarse” y a verse como algo “normal”, llegan a generar importantes costos para la salud y bienestar de la población»¹³.

Este malestar se caracteriza por distintos tipos de sintomatología emocional, que para su comprensión se recomienda clasificarla de acuerdo con el tipo de complicación obstétrica presentada por la mujer, a partir de lo planteado por diversos autores (véase la [tabla 1](#))^{13,16,17}.

En este sentido, la sintomatología emocional del malestar psicológico presentado por las mujeres con complicaciones obstétricas varía en intensidad, no solo por el tipo de complicación presentada, sino porque se asocia también con dos momentos importantes: 1) el diagnóstico médico de la complicación y 2) la vivencia del embarazo a partir del diagnóstico médico.

En la [tabla 2](#) se muestra la sintomatología emocional propia del malestar psicológico que muestran las mujeres con complicaciones obstétricas.

Es importante señalar que:

1. El malestar psicológico que padecen las mujeres con complicaciones obstétricas es un proceso que se da en un continuo, en el que todas pueden llegar a presentarlo en mayor o menor grado, a partir de la combinación de diferentes factores psicosociales asociados con el contexto de la vida cotidiana y sus experiencias obstétricas previas.
2. Quizás no podría hablarse de una condición «sin malestar», ya que se observa que el malestar psicológico está presente durante todo el embarazo y su manifestación puede exacerbarse o disminuir, a partir de los momentos de crisis, del contexto y de las circunstancias en las que se da la gestación.

Impacto emocional

El impacto emocional de las mujeres frente a las complicaciones obstétricas vivido como un malestar psicológico puede clasificarse en malestar psicológico leve, moderado y alto, a partir de la presencia de factores psicosociales de riesgo (véase la [tabla 3](#)).

Tabla 1 Clasificación de la complicación obstétrica

Tipo de complicación obstétrica	Definición
1) Enfermedades crónicas previas al embarazo	Padecimientos crónicos que presenta la mujer de manera previa y que pueden generar complicaciones durante el embarazo, como hipertensión, diabetes, epilepsia, etc.
2) Complicaciones del embarazo	Complicaciones imprevistas durante una gestación que previamente era normoevolutiva, como incompetencia ístmico-cervical, diabetes gestacional, amenaza de aborto, placenta previa, amenaza de parto prematuro, etc.
3) Riesgo potencial de complicación obstétrica	Factores potenciales de riesgo de alguna complicación durante la gestación debido a factores como edad materna avanzada, embarazo múltiple, entre otros

Tabla 2 Sintomatología emocional asociada a las complicaciones obstétricas

Tipo de complicación	Sintomatología emocional frente al diagnóstico médico	Sintomatología emocional después del diagnóstico médico
1) Enfermedades crónicas previas al embarazo	Angustia, tristeza, ambivalencia entre alegría y angustia, impacto, preocupación, devastación emocional, incertidumbre por su estado de salud, enojo	Desgano, tensión, dolor por pérdidas gestacionales previas, angustia de repetir la experiencia, dificultad para aceptar el embarazo, preocupación por la salud del bebé
2) Complicaciones del embarazo	Necesidad de cuidarse más, angustia y miedo por la salud, miedo a repetir la experiencia, enojo y dificultad para aceptar el embarazo	Miedo a perder el embarazo, irritabilidad, desgano, enojo, temor, incertidumbre, devastación, culpa, autorreproches, sufrimiento, miedo a encariñarse con el bebé
3) Riesgo potencial de complicación obstétrica	Impacto, preocupación, dificultad de aceptación, enojo, pensamiento de abortarlo, aceptación	Preocupación por la salud del bebé y por su situación económica, tristeza, tensión, estrés, alegría, enojo

Fuente: adaptada de Gómez¹³.

Tabla 3 Factores de riesgo de malestar psicológico en mujeres con complicaciones obstétricas

Malestar psicológico leve	Malestar psicológico moderado	Malestar psicológico alto
Tener hijos vivos	Tener hijos vivos	Sin hijos vivos
Sin pérdidas gestacionales	> 2 pérdidas gestacionales	> 2 pérdidas gestacionales
Apoyo familiar y/o de pareja	Apoyo familiar y/o de pareja	Sin apoyo familiar y/o de pareja
Sin hospitalización por complicaciones en el embarazo actual	Hospitalización por complicaciones en el embarazo actual	Hospitalización por complicaciones en el embarazo actual
Embarazo no planeado	Embarazo no planeado	Embarazo no planeado
Riesgo potencial de complicación obstétrica	Complicaciones del embarazo	Enfermedades crónicas previas al embarazo y complicaciones del embarazo

Fuente: adaptada de Gómez¹³.

Factores psicosociales asociados

De acuerdo con Gómez et al.¹⁸, los principales factores psicosociales asociados a la experiencia emocional de las mujeres con complicaciones obstétricas son:

1. *Embarazo no planeado*. En México, alrededor de 35.5% de las mujeres embarazadas no planean y/o no desean

su embarazo, y el 75.5% de las que están en edad reproductiva utilizan algún método anticonceptivo⁵. En la práctica clínica cotidiana, de las consultas psicológicas otorgadas a pacientes con complicaciones obstétricas atendidas en un hospital de tercer nivel para la atención obstétrica de la Ciudad de México, entre 2011 y 2013, se encontró que alrededor del 65.4% refirieron en su historia clínica que su embarazo no fue planeado y

el 11.3% mencionaron que no fue planeado ni deseado, a pesar del peligro que implicaba una nueva gestación para su salud y la de su bebé, e incluso para sus vidas. En muchos casos, estas mujeres tuvieron complicaciones obstétricas previas en que se vio afectada su salud, lo cual, en muchos casos, tuvo como consecuencia la pérdida de su bebé; sin embargo, esto no fue motivo suficiente para planear el mejor momento para embarzarse de nuevo y de considerar si esto era pertinente para su salud; pocas son quienes, también, después de una experiencia obstétrica adversa, utilizan métodos anti-conceptivos de manera apropiada. Por lo que un nuevo embarazo inesperado es motivo de crisis para estas mujeres y también para sus parejas y sus familias, y esto exagera un malestar psicológico que va a variar en intensidad dependiendo de la complicación obstétrica presentada.

2. *Apoyo de la pareja y la familia de origen.* Para las mujeres con complicaciones obstétricas la relación con su pareja es muy importante, y aunque sienten su apoyo, también perciben que ellos tienen miedo y preocupación por la nueva gestación. No obstante, es importante señalar que, producto de las complicaciones tenidas en embarazos previos y las pérdidas vividas, la relación de pareja se ve afectada e impactada emocionalmente, y esto en muchas ocasiones puede generar entre los miembros de la díada: conflictos, distanciamiento, infidelidad, sufrimiento, dolor, soledad, dificultad para comunicarse y miedo de volver a vivir la experiencia, entre otros. En este contexto, a veces la mujer piensa que un hijo puede ayudar a mejorar la relación, por eso busca un nuevo embarazo. Sin embargo, este impacto emocional en la relación de pareja, cuando no se subsana, provoca secuelas que se reviven con cada nuevo embarazo y que contribuyen a que la mujer presente malestar psicológico durante la gestación. Otra situación es cuando las mujeres con complicaciones obstétricas no cuentan con el apoyo de su pareja, ya que en muchos casos esta se aleja a raíz del embarazo, lo que provoca en ellas gran preocupación por la situación económica y la necesidad de conseguir un empleo para mantener a su hijo, así como por su salud. Por otra parte, los miembros de la familia se ven impactados emocionalmente por las pérdidas y complicaciones tenidas por las mujeres en embarazos previos, y aunque para ellas son una fuente de apoyo y de sostén, también perciben que tienen temor de volver a vivir otra experiencia similar. No obstante, la familia no interviene en las decisiones que toman estas mujeres y continúa brindándole su apoyo. Junto con esta percepción del temor de sus familiares, estas mujeres generan además otro miedo: afectar la salud de sus padres por otro embarazo con complicaciones. Esta situación llega a provocar que tengan que ocultar su verdadero estado de salud y con ello se incrementa su malestar psicológico y su sensación de soledad.
3. *Experiencias obstétricas adversas previas.* La vivencia de pérdidas gestacionales y experiencias obstétricas negativas previas provocan un impacto emocional importante de mucho dolor y vacío para las mujeres, el cual es fundamental para comprender su experiencia emocional ante un nuevo embarazo. En la medida en

que han experimentado más complicaciones y pérdidas, la secuela emocional en la vivencia del embarazo actual se incrementa y el malestar psicológico es más intenso.

4. *Hijos vivos.* Tener hijos vivos o no tenerlos y haber vivido experiencias obstétricas negativas previas contribuye a que la mujer viva el nuevo embarazo como un momento de crisis, el cual le provoca temor y angustia de volver a pasar por lo mismo. Cuando no se tienen hijos vivos, el malestar psicológico es más intenso y prevalece una gran incertidumbre y miedo a la pérdida durante toda la gestación. En cambio, tener al menos un hijo vivo favorece que el malestar psicológico sea menos intenso y que la mujer sienta mayor confianza de lograr el embarazo actual, a pesar de las complicaciones.
5. *Tipo de complicación en el embarazo actual.* De acuerdo con el estudio realizado por Gómez¹³ y con la clasificación del tipo de complicación del embarazo mencionada antes, existen diferencias en la experiencia emocional de las mujeres con complicaciones obstétricas, dependiendo de si tienen una enfermedad previa a su embarazo, si la gestación actual presenta complicaciones o si el riesgo es solo potencial. Sin embargo, estas diferencias dependen también de la combinación de los aspectos psicosociales aquí desarrollados, de lo que se desprende que las preocupaciones de la mujer con complicaciones obstétricas se centran principalmente en 1) su *salud* (grupo con enfermedades previas al embarazo actual), 2) *miedo a la pérdida* de la gestación (grupo de complicaciones del embarazo) y 3) su *entorno* (grupo con riesgo potencial). Así mismo, puede afirmarse que, con base en la vivencia de la mujer frente a la complicación obstétrica, la percepción del embarazo se reduce a vivirlo con riesgo o sin riesgo, más allá del diagnóstico médico.
6. *Hospitalización.* Tanto por enfermedad previa como por complicaciones del embarazo, algunas mujeres requieren ser hospitalizadas para controlar su salud y la de su hijo; sin embargo, dado lo repentino de la complicación e internamiento, la mujer en estas condiciones experimenta un malestar psicológico que le genera gran temor de perder su embarazo, incertidumbre, tensión y enojo.

Diagnóstico

Valoración de la sintomatología

La sintomatología de la mujer embarazada que presenta complicaciones obstétricas deberá evaluarse a través de la entrevista clínica, para establecer tanto el diagnóstico psicológico como el nosológico, y, a partir ello, decidir el tratamiento que requiere.

Diagnóstico psicológico

Realizar una entrevista clínica semiestructurada, con preguntas abiertas y obtener la siguiente información:

- a) Datos sociodemográficos de la paciente.

Tabla 4 Intervención psicológica para mujeres con malestar psicológico

Diagnóstico	Tratamiento	Nivel de prevención
Sin malestar psicológico	<i>Psicoeducación:</i> explicar a la mujer la importancia de preservar su salud emocional durante el embarazo, a través de un folleto y de pláticas que le brinden información general y puntos a considerar para que pueda distinguir cuándo es necesaria una intervención y aclarar sus dudas al respecto	Primaria
Malestar psicológico leve	<i>Orientación:</i> ofrecer orientación psicológica a la mujer, y cuando sea posible también a la pareja, acerca del manejo de las emociones durante el embarazo, sobre todo cuando el tipo de riesgo del embarazo sea solo potencial, y proporcionar estrategias que mejoren la relación con la pareja, la familia y el entorno, para prepararse a recibir a su nuevo hijo en un ambiente favorable para su desarrollo	Secundaria
Malestar psicológico moderado	<i>Intervención psicológica:</i> proporcionar una intervención de acompañamiento y clarificación de las emociones asociadas a las complicaciones actuales o previas del embarazo, así como de su significado simbólico, para favorecer su expresión y manejo, con el fin de que la mujer pueda elaborar las emociones contenidas, producto de las experiencias negativas previas, y obtener una comprensión del significado que para ella tienen las circunstancias que vivió, para que el embarazo actual pueda ser una experiencia emocional independiente y distinta. De ser posible, habría que incorporar a la pareja en esta intervención	Terciaria
Malestar psicológico alto		
Trastorno mental	Valoración y tratamiento psiquiátrico Psicoterapia de apoyo	Terciaria

- b) Historia de vida.
- c) Relación con la familia de origen.
- d) Relación con la pareja.
- e) Dinámica familiar actual.
- f) Motivo de consulta: inicio, evolución, duración, persistencia y recurrencia, atención y tratamiento previos.
- g) Sintomatología psicológica básica y complementaria asociada, para establecer las principales áreas de conflicto emocional y el grado de malestar psicológico.

Diagnóstico nosológico

Con base en las categorías y ejes del DSM-V y/o CIE-10, identificar o descartar psicopatología:

- a) Valorar sintomatología ansiosa.
- b) Valorar sintomatología depresiva.
- c) Valorar rasgos y/o trastornos de personalidad.

Valoración neuropsicológica

Identificar o descartar, durante la historia clínica, presencia de lesiones en la estructura cerebral que puedan producir alteraciones en la sensibilidad, el movimiento, el habla, la memoria, la expresión de afectos, el control de impulsos y la regulación neurovegetativa, entre otras, y que requieran de atención médica especial¹⁸.

Tratamiento

Criterios para prescribir el tratamiento psicológico

- Factores de riesgo psicosocial para malestar psicológico (véase el apartado de «Impacto emocional»).
- Malestar psicológico moderado o alto (véase la [tabla 3](#)).

Tipos de tratamiento

Con base en el diagnóstico psicológico de la paciente, y a partir del tipo de malestar psicológico y de la complicación obstétrica, en la [tabla 4](#) se presentan las intervenciones psicológicas recomendadas.

Protocolo de actuación del personal de salud ante los problemas psicológicos asociados con la salud reproductiva

En la [tabla 5](#) se muestran las recomendaciones para que el personal de salud pueda identificar y orientar a las mujeres en riesgo de desarrollar malestar psicológico debido a sus complicaciones obstétricas y referirlas oportunamente para su atención.

Tabla 5 Recomendaciones para el personal de salud

Nivel de atención	Personal	Objetivo	Intervención
1. ^{er}	Médicos, enfermeras, trabajadores sociales	- Informar a la paciente y a su pareja, para que identifiquen oportunamente signos y síntomas de alarma que afecten a la salud mental ⁴ - Identificar datos de depresión o cualquier otro trastorno en relación con la salud mental durante el embarazo ⁴	Preguntar a la paciente si su estado de ánimo ha experimentado un cambio importante en los últimos días y referirla o solicitar una interconsulta al servicio de psicología para valoración. Dar información general sobre signos y síntomas de alarma
2. ^o	Psicólogo	- Identificar oportunamente la presencia de cualquier alteración emocional o trastorno mental que pudiera estar presentando la paciente embarazada - Proporcionar atención psicológica a la mujer durante el embarazo ⁴	Valorar el estado emocional de la mujer embarazada y diagnosticar psicológica y/o nosológicamente su condición Ofrecer la intervención psicoterapéutica necesaria (individual o grupal), según sea el caso De requerirse, enviar a la paciente a valoración y tratamiento psiquiátrico y estar pendiente de su evolución
3. ^{er}	Psiquiatra	- Evaluación psiquiátrica para la atención de algún trastorno mental - Prescripción del tratamiento farmacológico necesario para la condición de la paciente	Tratamiento ambulatorio farmacológico y seguimiento durante el embarazo, combinado con psicoterapia
4. ^o	Clínica de salud mental	Atención hospitalaria del trastorno mental por existir riesgo para la vida de la paciente y/o su hijo	Tratamiento farmacológico hospitalario

Recomendaciones

1. Por su incidencia entre las mujeres mexicanas, las complicaciones obstétricas son un problema que merece especial atención debido a las secuelas médicas, emocionales y sociales que implican.
2. Las secuelas emocionales relacionadas con las complicaciones obstétricas requieren de una atención psicológica específica.
3. La mujer con complicaciones obstétricas puede presentar sintomatología emocional intensa asociada a su condición médica, llamada malestar psicológico, que debe ser identificada oportunamente por el personal de salud y atendida por un psicólogo.
4. El psicólogo puede establecer el impacto emocional que las mujeres podrían manifestar frente a las complicaciones obstétricas (malestar psicológico leve, moderado y alto), al identificar los factores psicosociales de riesgo específicos.
5. El psicólogo debe realizar una valoración psicológica completa de la paciente con complicaciones obstétricas y establecer el(los) diagnóstico(s) correspondientes, para decidir el tipo de intervención psicológica que requiere.
6. Las intervenciones psicológicas recomendadas para las pacientes con complicaciones obstétricas son la psicoeducación, la orientación o la psicoterapia, dependiendo del tipo de malestar psicológico presentado.

7. El personal de salud en los primeros niveles de atención debe identificar oportunamente en las pacientes con complicaciones obstétricas la presencia de alteración emocional o trastorno mental y derivarla a atención psicológica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. World Health Organization. Datos sobre la salud de la madre, el recién nacido y el niño. Suiza: OMS; 2006.
2. Cardona-Pérez A, Cortés-Bonilla M, Velázquez-Ramírez N, Díaz-Jiménez MJ, Varela-Chávez Y, Figueroa-Damián R. Proyecto de atención preventiva de mujeres con alto riesgo reproductivo. *Perinatol Reprod Hum.* 2017;31:96-104.
3. Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva. Estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México. México: Secretaría de Salud; 2009.
4. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida; 2016 [consultado 15 Ene 2018]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016.

5. Consejo Nacional de Población. Situación de la salud sexual y reproductiva. República Mexicana. México: CONAPO; 2016.
6. Stewart DE. Depression during pregnancy. *N Engl J Med*. 2011;365:1605–11.
7. Scottish Intercollegiate Guideline Network. Management of perinatal mood disorders. A national clinical guideline; 2012 [consultado 8 Dic 2017]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/assets/sign127.pdf>.
8. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: summary of updated NICE guidance; 2014 [consultado 6 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/349/bmj.g7394.full>.
9. Brandon AR, Trivedi MH, Hynan LS, Miltenberger PD, Labat DB, Rifkin JB, et al. Prenatal depression in women hospitalized for obstetric risk. *J Clin Psychiatry*. 2008;69: 635–43.
10. Gómez LME. Guía de intervención psicológica para pacientes con embarazo de alto riesgo. *Perinatol Reprod Hum*. 2007;21:111–21.
11. Benute GRG, Nomura RMY, Siracuza RJ, Fraguas R Jr, Lucia MCS, Zugaib M. Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes. *Clinics*. 2010;65:1127–31.
12. Byatt N, Hicks-Courant K, Davidson A, Levesque R, Mick E, Allison J, et al. Depression and anxiety among high-risk obstetric inpatients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35:112–6.
13. Gómez LME. La experiencia de malestar psicológico en mujeres con embarazo de alto riesgo. México: UNAM; 2012.
14. Blom E, Jansen P, Verhulst F, Hofman A, Raat H, Jaddoe V, et al. Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study. *BJOG*. 2010;117: 1390–8.
15. Langlois EV, Tunçalp O, Norris SL, Askew I, Ghaffar A. Qualitative evidence to improve guidelines and health decision-making. *Bull World Health Organ*. 2018;96, 79- 79A.
16. Heaman M. Psychosocial impact of high-risk pregnancy. *Clinical Obstet Gynecol*. 1998;41:626–39.
17. Gómez LME, Berenzon GS, Lara MA, Ito SME. Malestar psicológico en mujeres con embarazo de alto riesgo. *Summa Psicol UST*. 2016;13:89–100.
18. Gómez LME, Mota GC, Aldana CE. Embarazo y salud emocional. Alemania: Editorial Académica Española; 2013.