

El impacto y la dimensión psicológica de la enfermedad trofoblástica gestacional: un estudio de caso

O impacto e a dimensão psicológica da doença trofoblástica gestacional: um estudo de caso

The impact and psychological position of gestational trophoblastic disease: a case study

Recibido: 20/03/2018
Aprobado: 15/09/2018
Publicado: 05/11/2018

Gabriela Souza Granero¹
Irma Helena Ferreira Benate Bonfim²
Álvaro da Silva Santos³

Este es un estudio de caso realizado en una ciudad del interior de São Paulo, Brasil, en 2015, con el objetivo de comprender el impacto emocional y el enfrentamiento de una paciente en gestación trofoblástica. Se utilizó una entrevista no directiva con carácter terapéutico y, la interpretación de los datos se dio por el análisis de contenido temático. Se evidenció dos categorías: "Proceso de luto" y, "El desequilibrio psíquico y sus síntomas." Se verificó sufrimiento subjetivo y, el cómo una complicación en la gestación conjuntamente con aspectos personales relacionados a la historia de vida (varios procesos de luto) fragilizaron a la paciente. Sin embargo, hubo rescate de su salud mental a través de acompañamiento psiquiátrico y psicológico. En sí, los cuidados profesionales promovieron la elaboración, llevando la resistencia, con eso, el reequilibrio psíquico.

Descriptor: Embarazo de alto riesgo, Estrés psicológico; Aborto espontáneo; Aflicción; Psicoanálisis.

Este é um estudo de caso realizado numa cidade do interior de São Paulo em 2015, com o objetivo de compreender o impacto emocional e o enfrentamento de uma paciente em gestação trofoblástica. Utilizou-se entrevista não diretiva com caráter terapêutico e, a interpretação dos dados se deu pela análise de conteúdo temática. Evidenciou-se duas categorias: "*Processo de luto*" e, "*O desequilíbrio psíquico e seus sintomas*". Verificou-se sofrimento subjetivo e, o quanto uma complicação na gestação conjuntamente com aspectos pessoais relacionados à história de vida (vários processos de luto) fragilizaram a paciente. Porém houve resgate da sua saúde mental através de acompanhamento psiquiátrico e psicológico. Em si, os cuidados profissionais promoveram a elaboração, levando a resiliência, com isso, o reequilíbrio psíquico.

Descriptor: Gravidez de alto risco; Estresse psicológico; Aborto espontâneo; Luto; Psicanálise.

This is a case study carried out in a city in the countryside of São Paulo, Brazil, in 2015 with the objective of understanding the emotional impact and the coping of a patient who experienced a trophoblastic pregnancy. A non-directive interview with a therapeutic character was used in the study and the interpretation of the data was made through thematic content analysis. There were two categories: "*The mourning process*" and "*The psychic imbalance and its symptoms*". Subjective suffering was observed, as well as the extent to which a complication during pregnancy together with personal aspects related to the life history (various processes of mourning) had shaken the patient. However, there was a recovery of her mental health through psychiatric and psychological follow-up. The professional care promoted the understanding, leading to resilience and, consequently, recovering the psychic balance.

Descriptors: High risk pregnancy; Psychological stress; Spontaneous abortion; Bereavement; Psychoanalysis.

1. Psicóloga. Cursando Especialización en Psicoanálisis por el Centro Universitario Municipal de Franca (UNI-FACEF). Cursando Maestría en Psicología por la Universidad Federal del Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-2612-5461 E-mail: gabrielagranero.gg@gmail.com

2. Psicóloga. Especialista en Psicoanálisis de Niños. Especialista en Psicodinámica Familiar. Maestría en Promoción de la Salud. Doctora en Psicología. Docente de UNI-FACEF, Franca, SP, Brasil. ORCID: 0000-0001-6863-7567 E-mail: irma@benate.com.br

3. Enfermero. Especialista en Salud Pública. Cursando Especialización en Psicoanálisis por el Núcleo de Investigaciones Psicoanalíticas. Maestría en Administración en Servicios de Salud. Doctor en Ciencias Sociales (Antropología). Pues Doctor en Servicio Social. Profesor Asociado del Programa de Pos Graduación en Psicología y del Programa de Pos Graduación en Atención a la Salud de la UFTM. ORCID: 0000-0002-8698-5650 E-mail: alvaroenf@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades trofoblásticas gestacionales constituyen un grupo de enfermedades de la placenta conocidas como mola hidatiforme. La mola hidatiforme (MH) es una complicación del embarazo con potencial de evolución para enfermedad con comportamiento maligno y que ocurre en Occidente en una proporción de un caso para 1.000 a 2.000 gestaciones¹. Un estudio brasilero, con base en atención hospitalaria en un único centro, indica la proporción de 1 mola hidatiforme para 215 gestaciones¹.

Se reconocen dos tipos de MH: completa (MHC) y parcial o incompleta (MHP). Se diferencian en cuanto a los aspectos morfológicos (macroscópicos), histopatología y cariotipo. Estas anomalías cromosómicas causan la pérdida precoz del embrión y la proliferación excesiva del tejido trofoblástico, en la mola hidatiforme completa - el óvulo no tiene núcleo activo, por lo que los genes son de origen paterno y hay ausencia de feto.

En la MHP ocurre a la presencia del embrión que normalmente es inviable o presenta varias malformaciones, siendo resultado de la fecundación de un ovocito secundario normal, por dos espermatozoides o un espermatozoideiploide¹.

El embarazo molar comienza normalmente, con los signos de una gestación normal, sin embargo, el síntoma más común es la presencia de sangrado transvaginal, en forma de secreción oscura².

El diagnóstico es confirmado con la ultrasonografía que muestra el útero lleno de pequeñas áreas redondas, oscuras, que recuerdan racimo de uva, en la mola hidatiforme completa, y en la mola hidatiforme parcial la placenta se presenta espesada con saco gestacional y/o embrión, vivo o muerto. Confirmado el diagnóstico, el útero debe ser vaciado cuanto antes, a través de un procedimiento quirúrgico, bajo anestesia general².

Después del vaciamiento uterino, el 80% de las pacientes con mola completa y el 95% de aquellas con mola parcial evolucionan a la curación sin la necesidad de ningún otro tratamiento².

Sin embargo, el porcentaje restante no habrá normalizado los niveles de hCG, haciendo necesario otros tratamientos para prevenir consecuencias más serias, el problema es cuando el tejido placentario anormal vuelve a crecer, de modo que se puede decir que la paciente desarrolló una neoplasia trofoblástica gestacional².

La mujer con embarazo molar debe ir periódicamente al servicio de salud para ser examinada con miras a conocer evolución o remisión espontánea o si va a necesitar tratamiento para lograr la cura (remisión post-tratamiento)².

Durante el seguimiento se espera que la paciente no se embarace, pues no será fácil diferenciar el nuevo embarazo de la evolución hacia la neoplasia trofoblástica. Niveles persistentes o crecientes de hCG, es indicativo de tejido trofoblástico persistente y de que ocurrió la transformación maligna de ese trofoblasto, o sea, la neoplasia trofoblástica gestacional².

Esta neoplasia puede ser del tipo mola invasora, coriocarcinoma, tumor trofoblástico del sitio placentario y el tumor trofoblástico epitelioides, hecho los exámenes, el médico va a estandarizar la neoplasia y caracterizarla².

Con respecto a la quimioterapia es imposible predecir el número total de ciclos, pues varía de acuerdo con cada paciente basado en varios factores.

Después de completar el tiempo de acompañamiento (seis meses de dosificaciones normales de hCG en los casos de remisión espontánea y de doce meses de dosificaciones normales de hCG después del término de la quimioterapia), la mujer podrá quedar embarazada si así lo desea, sin embargo existe, una posibilidad muy pequeña, de riesgo en 1 a 2% de que ocurra nueva gestación molar².

En la dimensión psicológica, se nota que el sufrimiento psíquico es inevitable ya que todas las condiciones biopsíquicas indican la posibilidad de estar embarazada, pero después del diagnóstico de mola la mujer se ve ante una enfermedad compleja, sujeta a una evolución con potencial maligno, que tiene que pasar por procedimiento quirúrgico y

tratar con la pérdida del bebé real o de fantasía.

El diagnóstico de mola ocasiona un gran impacto para la mujer y sus familiares, por ser una enfermedad grave, de baja incidencia en la población y desconocida. Estas mujeres que reciben el diagnóstico de un embarazo molar, se someten al estrés de la pérdida del embarazo, del procedimiento quirúrgico, posible tratamiento con quimioterapia y retrasos en el plano reproductivo hasta la remisión completa³.

El embarazo molar puede ocasionar un impacto en el estado emocional, en la vida sexual, reproductiva y en la calidad de vida de la mujer, desencadenando en algunos casos, cuadros depresivos, por lo que la intervención psicológica es necesaria, pues contribuye al enfrentamiento y comprensión del diagnóstico y el tratamiento, así como, en la elaboración del luto gestacional, disminuyendo el nivel de ansiedad, estrés, miedos y fantasías de las pacientes frente a la enfermedad³.

Considerando la carencia de estudios en la dimensión psicológica este estudio tiene como objetivo comprender el impacto emocional y el enfrentamiento de una paciente frente a la gestación trofoblástica.

MÉTODO

Se trata de una investigación con abordaje cualitativo, que se constituye en un medio para entender y explotar el significado que un individuo atribuye a un problema social y humano⁴.

Los métodos cualitativos consideran la subjetividad del participante y del investigador, las impresiones, actitudes, irritaciones; todos estos aspectos se vuelven datos y se constituyen parte de la interpretación⁵.

Con respecto a la estrategia de investigación utilizada será: un estudio de caso único, de la cual permite la exploración profunda de un individuo⁴. La elección del caso es hecha por el propio investigador por medio de atributos considerados importantes para el estudio⁶.

La investigación fue desarrollada en el segundo semestre de 2015, con una paciente

en un ambulatorio de especialidades de una ciudad del interior de São Paulo, a través de una entrevista semiestructurada previamente marcada y hecha en el propio servicio de salud.

Se siguieron las orientaciones de la Resolución nº 466, de 12/12/2012 y, la investigada recibió nombre ficticio para su protección.

Los datos fueron analizados en profundidad a través de la técnica análisis de contenido temático⁷, en la cual la primera etapa se denomina pre-análisis, y se realizó la lectura flotante del material, para familiarización.

La siguiente etapa del análisis de los datos se constituye en la: exploración del material, tratamiento (categorización/subcategorización), y posteriormente la presentación e interpretación de los resultados, en la que se pretendía alcanzar una comprensión más profunda de los contenidos de los mensajes⁷.

RESULTADOS

La participante "Valentina" tenía 30 años, casada, con 2 hijos, usuaria del Servicio de Atención de Gestante de Alto Riesgo en una ciudad del interior de São Paulo, en la que hace tratamiento en ese ambulatorio debido a la ocurrencia de una enfermedad trofoblástica gestacional del tipo mola hidatiforme completa.

En un primer momento la participante explicitó el motivo por el cual ella fue encaminada al ambulatorio:

Estoy haciendo un tratamiento que tendrá una duración de un año, tuve una gestación molar y yo deseo quedar embarazada de nuevo, pero antes tengo que hacer este tratamiento.

El motivo del no proseguimiento de su gestación fruto de la ocurrencia de una gestación molar, y su histórico con relación a sus gestaciones anteriores:

Antes de la gestación molar, tuve un embarazo ectópico y como consecuencia tuve que retirar una trompa, pasé por un procedimiento de legrado para retirar el feto, en esa misma época mi suegra falleció y luego mi cuñado que era usuario de drogas, también murió. Después del fallecimiento de mi suegra, creo que mi cuñado sintió mucha falta de ella y comenzó a darse aún más con drogas, y falleció durante una pelea en la calle, sabe, fue muy triste ...

La paciente informó también que tres pérdidas cercanas habían ocurrido: la gestación, el fallecimiento de la suegra y del cuñado.

Con respecto al luto gestacional, se le preguntó si ella externalizó sus sentimientos con el marido sobre la pérdida del bebé:

Ah no comenté nada ¿sabe por qué? Mi marido estaba muy sacudido con la pérdida de la madre y del hermano también, no quería causarle más dolor, él ya estaba muy triste, entonces ni siquiera le decía que para mí fue difícil perder al bebé.(...) Cuando yo perdí mi bebé me pusieron junto con las madres que acababan de tener, encontré un descuido muy grande del hospital hacer eso con las personas, poner a las madres que perdieron a sus hijos junto con la maternidad, cuando oía un llanto del niño, daba ganas de llorar también.

Bajo el descubrimiento del diagnóstico, la misma respondió:

Me fui a hacer los exámenes, y traje a mis dos hijos, quería que ellos vieran el ultrasonido, pero durante la consulta la médica me dijeron que tenían que ser encaminadas rápidamente al hospital y que tendría que sacar el feto, las trompas y el útero, yo ni sabía el motivo, mi mundo se derrumbó, empecé a llorar desesperadamente y mis hijos, pobrecitos, quedaron muy asustados, los dejé en casa y fui directo al hospital. Cuando llegué al hospital, el médico vino con anestesia, mi miedo era tan grande, pero tan grande, que yo no le dejaba aplicar la anestesia, ahí colocaron un calmante en el suero, lo que me hizo perder las fuerzas, y aplicaron la anestesia.

Valentina comentó sobre la última frase dicha al médico:

No me deje morir, y después que me desperté de la cirugía le pedí ver a mi bebé, lo que habían sacado. Al ser preguntado lo que ella vio, ella responde: ah no era un bebé formado sabe, no tenía una carita, nada, vi varias bolitas, sabe, varias molas, como si fuera un racimo de uva. (...) Este susto que llevé ocurrió en el tercer mes, y gracias a Dios los médicos dijeron que no tuvieron que quitar el útero y ni las trompas, y allí en el hospital todo el mundo, los residentes querían saber de mi caso, pues dijeron que tenía una enfermedad rara, que ocurre una de cada mil ...

Al ser cuestionada cómo se sintió después de ese “susto”, ella relató:

Entonces, después de todo lo que sucedió, empecé a tener depresión, yo no dormía de noche, cuando asistía a algún noticiero en que los padres mataban a los hijos, yo quedaba toda la noche despierta pensando que mi marido iba a matar a mis hijos, o cuando veía una araña en la Tv. Creía que ella era real, usted sabe que quedé ocho días sin dormir, pero esas cosas yo solo sentía de noche, de día hasta pasaba bien. (...) Después comencé a tomar los medicamentos, Clonazepam y Sertralina, y pude volver a dormir, y fui encaminada a la psicoterapia, hoy hace cinco meses que voy a la terapia una vez por semana, ahora estoy mucho mejor. Solo hay una cosa, que no siento ganas de tener relaciones sexuales con mi

marido, sabe, creo que como he hecho muchos legrados mi útero quedó muy sensible y no sé por qué no tengo más deseo, pero debe ser por eso ...

A pesar de estos acontecimientos, la paciente aún nutría el deseo de tener otro hijo, diciendo:

Todavía quiero quedar embarazada de nuevo, intentar una vez más, en mis otras gestaciones, mis hijos ya habían elegido los nombres del bebé.

Al ser preguntada cómo la psicoterapia podría ayudarla a enfrentar esos momentos difíciles, ella respondió:

Entonces yo salía más ligera, menos angustiada y menos confusa, sabe, yo hasta tenía ganas de conversar más con mi madre, contarle mis problemas, pero no quiero dejarla preocupada y con el psicólogo es diferente sé que puedo tirar todo sobre él, pero sabe que estoy sintiendo ganas de dejar de tomar remedio y parar con la terapia también, ya me siento mucho mejor.

Al término de la entrevista Valentina señaló que los acontecimientos la convirtieron en una persona madura, dando una sonrisa.

DISCUSIÓN

Dos categorías temáticas a partir de las palabras se evidenciaron, a saber: “Proceso de luto” y, “El desequilibrio psíquico y sus síntomas”.

En la primera categoría el “Proceso de luto” vivido por la gestante, quedó evidente cuánto el proceso de elaboración de pérdida es complejo y doloroso. Es común después de una muerte fetal, la falta de estímulo a los padres para hablar de lo que ocurrió, y la ausencia de recuerdos del hijo, provocando una sensación de irrealidad y vacío⁸.

Por el hecho de Valentina no haber tenido con quien compartir el luto, no hubo un espacio para la elaboración y externalización de su dolor. Es importante alentar al enlutado ofreciendo apoyo emocional y permitiendo que esas personas que pasaron por pérdidas expresen libremente sus sentimientos, pues cuando no hay espacio para la elaboración, el luto mal resuelto puede manifestar momentos de rabia, melancolía y episodio de fuerte emoción al recordar la pérdida⁹.

Por el hecho del luto ser una experiencia subjetiva, las familias enlutadas necesitan ser acogidas, cuidadas y respetadas en sus particularidades, y la elaboración de un luto sólo puede tener éxito, si el enlutado tiene el

apoyo durante el tiempo que necesite, es necesario vivir el sentimiento de pérdida, respetando su propio ritmo, sólo así es posible recrear la realidad¹⁰.

La participante estaba pasando también por un proceso de luto familiar (fallecimiento de la suegra y del cuñado) y el proceso resultante de su gestación interrumpida, así, ella estaba vulnerable, y sumado al hecho de que la gestante y su marido no poseían el apoyo necesario, toda la familia también estaba sufriendo.

Cuando el individuo en luto está cerca de las personas que aman y acogen y comparten su sufrimiento, él es capaz de aceptar su compasión y restaurar la armonía en su mundo interior, siendo así, sus miedos y su dolor se reduce con mayor rapidez¹¹. Aunque el marido de la participante comparte el mismo dolor, los dos estaban debilitados y, emocionalmente desestabilizados.

La condición de la mujer después de un aborto espontáneo es de gran inestabilidad emocional, de esta forma, soportar el dolor de haber perdido un hijo en contraposición a las gestantes que tuvieron una gestación exitosa es un trabajo arduo y doloroso, pues, tal experiencia fue vivida como siendo una exposición de su dolor y de su “fracaso”, debido a la no continuación de la gestación.

La pérdida del bebé es una experiencia emocional delicada y dolorosa y cuando tales mujeres enlutadas se encuentran en una maternidad rodeada por gestantes, puérperas y bebés recién nacidos, para la madre resta experimentar la sensación de salir de la maternidad sin su hijo en los brazos.

La incapacidad de ser madre, tiende a llevar a las mujeres a una interpretación de un femenino inadecuado, con sentimientos de fracaso, incompetencia y una baja de la autoestima, por tratarse de una inversión afectiva, que termina abruptamente, pues expectativas, deseos, sueños, fantasías existían, muchas veces antes del embarazo y en estos casos se frustran bruscamente⁹.

Sin embargo, hay que recordar que dependiendo del grado de inversión afectiva ocurrida durante el embarazo, mayor será el sufrimiento posterior a la pérdida, y muchas mujeres relatan que se quedan sin

perspectivas, por eso dicen que perder a uno de los padres es perder el pasado, pero perder un hijo, es perder el futuro⁹.

El trabajo de elaboración del luto, consiste en un movimiento psíquico delicado, pues en los casos de muerte fetal, el contacto con el bebé real sólo es vislumbrado en las ultrasonografías, no habiendo ocurrido el contacto concreto, lo que puede aumentar la dificultad de la elaboración del luto del hijo imaginario.

Esto propicia una situación contradictoria evocada por la intensa inversión psíquica durante el embarazo e inmediata desinversión después del anuncio de la muerte, lo que se pierde es el objeto virtual, vivido con mucha ambivalencia⁸.

La segunda categoría titulada “*El desequilibrio psíquico y sus síntomas*”, trae la comprensión de la condición mental de la paciente, ante acontecimientos traumáticos.

Es posible que la paciente haya desarrollado depresión con síntomas psicóticos, delirios y alucinación que vinieron como una defensa del ego y un intento de elaboración de sus vivencias, además, se notó que los síntomas eran manifestados con mayor intensidad durante la noche, por ser el período en que estímulos externos disminuían y el silencio proporcionaba un momento de encuentro subjetivo consigo misma. La depresión es una consecuencia común en los pacientes que pasaron por abortos espontáneos o provocados⁹.

La pérdida de un hijo abre un “agujero”, una herida narcisista que lleva a las madres a severos cuadros melancólicos. Es común en los primeros momentos, no querer salir de la cama, ni siquiera para comer o bañarse¹⁴.

Ante la intensidad de los acontecimientos, la participante quedó incapacitada y con pocos recursos para lidiar con innumerables pérdidas y sufrimientos, pero con el tiempo y la psicoterapia ella logró restablecerse.

No siempre los síntomas provocan consecuencias negativas, muchas veces funcionan como una defensa y un recurso del propio ego para la elaboración de acontecimientos traumáticos.

La no aceptación del proceso de luto, muchas veces se arrastra por mucho tiempo, lo que puede ocasionar algunas patologías, como la “melancolía”, sinónimo central de la depresión y, la no interiorización de los procesos de pérdida hace con que la persona esté presa a la realidad pasada¹⁵.

El luto es una reacción a la pérdida y no una condición patológica, de modo que puede ser superado después de un lapso de tiempo. Sin embargo, en algunas personas las mismas influencias pueden producir la melancolía, lo que puede significar que tales personas poseen una pre-disposición patológica a la depresión¹³.

Los rasgos mentales de la melancolía son: desánimo profundamente doloroso, suspensión de interés por el mundo externo, pérdida de la capacidad de amar, inhibición de toda y cualquier actividad y, disminución de los sentimientos de autoestima hasta el punto de encontrar expresión en auto-recriminación, auto-insultos, auto-críticas, culminando en una expectativa delirante de castigo¹³.

En el luto es el mundo que se ha vuelto pobre y vacío; ya en la melancolía es el propio ego que está empobrecido¹³.

La creatividad es importante en las elaboraciones del duelo, sólo por medio de ella es posible re-significar la pérdida y sus sentimientos¹⁰.

El uso de la creatividad junto con el apoyo familiar y social permiten que la realidad pueda ser soportada, de modo que el dolor no comprometa su capacidad de dar continuidad a la vida¹⁰.

Klein¹¹ destaca que cuando el sufrimiento es vivido al máximo y la desesperación alcanza su auge, el individuo ve brotar nuevamente su amor por el objeto, y descubre que el objeto amado puede ser conservado en su interior.

En esta etapa del luto, el sufrimiento se vuelve productivo, pues experiencias dolorosas estimulan la sublimación, y muchas veces despiertan nuevas habilidades, como: empezar a pintar, escribir¹¹.

Ya otras personas manifiestan su creatividad de otra forma, ampliando su capacidad de apreciar la realidad, tornándose

personas más sabias y tolerantes en su relación con los demás.

Se puede observar que después de que Valentina pasara por un tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico sus síntomas fueron minimizados reencontrando su equilibrio mental.

El psicoanálisis puede entonces, ofrecer un lugar de escucha al sufrimiento de la madre que perdió al hijo, para que no recaiga completamente en el papel de víctima, sino que ofrezca la continencia para su dolor y promueva un encuentro con sus recursos internos de modo que ella pueda hacer un “giro” de la muerte en dirección a la vida¹⁵.

Pero para ello es necesario paciencia, pues se trata de un trabajo delicado, de largo plazo y que implica escucha afectiva de sus vivencias de muerte¹⁵. En este contexto, se puede pensar que es acogiendo sus vivencias, identificando y elaborando sus asombros, que la paciente, se estructura y retoma la inversión de retorno a la vida.

CONCLUSIÓN

La paciente en cuestión pasó por una serie de lutos, con dos abortos espontáneos, uno ocasionado por el embarazo ectópico y el otro por una gestación molar, además de dos lutos familiares (su suegra y el cuñado). Estas pérdidas culminaron en un desequilibrio psíquico.

Las elaboraciones resultaron en un duelo patológico, principalmente por las ausencias de tiempo para elaborar tantas pérdidas, además del deseo de tener otro hijo, con miras a romper con el vacío dejado por una gestación no concretizada y por otro sueño fracasado.

La atención psiquiátrica y psicoterapéutica fueron esenciales en ese momento crítico, envuelto por duras pérdidas y situaciones desestructurantes.

Por tratarse de un estudio de caso único, no es posible generalizar los resultados, pues el enfrentamiento de otras gestantes ante situaciones como éstas puede ser diferente, siendo así, se sugiere que en investigaciones posteriores se amplíen para investigaciones tanto cuantitativas como cualitativas en la temática.

Sin embargo, este estudio trae una contribución en un escenario carente de trabajos que relacionen aspectos psicológicos vivenciados por mujeres con gestaciones molares.

REFERENCIAS

1. Andrade JMD. Mola hidatiforme e doença trofoblástica gestacional. *Rev bras ginecol Obstet.* 2009; 31(2):94-101.
2. Sociedade Brasileira de Doença Trofoblástica Gestacional. Mola: manual de informações sobre doença trofoblástica gestacional. 2014. p.1-12.
3. Lima CMD, Lopes MH, Vieira MJN, Simonetti PRD. Atendimento psicológico às mulheres com gestação molar. In: Congresso dos profissionais das universidades estaduais de São Paulo; 2011; São Paulo. São Paulo: USP; 2011. 1p.
4. Creswell, JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
5. Flick U. Introdução a pesquisa qualitativa. 3ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
6. Stake RE. Case studies. In: Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research.* London: Sage Publications; 2000. p. 435-454.
7. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 6ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2013.
8. Aguiar HC, Zornig S. Luto fetal: a interrupção de uma promessa. *Estilos Clín.* [Internet]. 2016 [citado en 02 feb 2018]; 21(2):264-81. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282016000200001
9. Assunção AT, Tocci HA. Repercussão emocional do aborto espontâneo. *Rev Enferm UNISA.* 2003; 4(1):5-12.
10. Andrade ML, Mishima-Gomes FKT, Barbieri V. Recriando a vida: o luto das mães e a experiência materna. *Psicol Teor Prát.* [internet]. 2017; 19(1):21-32. [citado en 02 feb 2018]. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-36872017000100002
11. Klein M. Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945). Rio de Janeiro: Imago; 1996.
12. Lemos LFS, Cunha ACB. Concepções sobre a morte e luto: experiência feminina sobre a perda gestacional. *Psicol Ciênc Prof.* [Internet] 2015 [citado en 03 feb 2018]; 35(4):1120-38. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932015000401120&script=sci_abstract&tlng=pt
13. Carone M, Freud S. 1985: luto e melancolia. *J Psicanál.* 2016; 49(90):207-24.
14. Cremasco MVF, Schinemann D, Pimenta SO. Mães que perderam filhos: uma leitura psicanalítica do filme Rabbit Hole. *Psicol Ciênc Prof.* [Internet]. 2015 [citado en 03 feb 2018]; 35(1):54-68. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932015000100054&script=sci_abstract&tlng=pt
15. Taverna G, Souza W. O luto e suas realidades humanas diante da perda e do sofrimento. *Cad Teol PUC-PR.* 2014; 02(1):38-55.

CONTRIBUCIONES

Gabriela Souza Granero fue responsable por el diseño del estudio, recolección de datos, análisis y redacción. **Irma Helena Ferreira Benate Bonfim** participó en la orientación del estudio y revisión del artículo. **Álvaro da Silva Santos** actuó en la redacción y revisión del artículo.

Cómo citar este artículo (Vancouver)

Granero GS, Bonfim IHFB, Santos AS. El impacto y la dimensión psicológica de la enfermedad trofoblástica gestacional: un estudio de caso. *REFACS* [Internet]. 2018 [citado en: insertar día, mes y año de acceso]; 6(4):801-807. Disponible en: insertar link de acceso. DOI: insertar link del DOI.

Cómo citar este artículo (ABNT)

GRANERO, G. S.; BONFIM, I. H. F. B.; SANTOS, A. S. El impacto y la dimensión psicológica de la enfermedad trofoblástica gestacional: un estudio de caso. *REFACS*, Uberaba, MG, v. 6, n. 4, p. 801-807, 2018. Disponible en: <insertar link de acceso>. Acceso en: insertar día, mes y año de acceso. DOI: insertar link del DOI.

Cómo citar este artículo (APA)

Granero, G.S, Bonfim, I.H.F.B & Santos, A.S. (2018). El impacto y la dimensión psicológica de la enfermedad trofoblástica gestacional: un estudio de caso *REFACS*, 6(4), 801-807. Recuperado en: *insertar día, mes y año de acceso de insertar link de acceso*. DOI: *insertar link del DOI*.