

TRABAJO ORIGINAL

Estudio preliminar sobre aspectos psicosociales y afrontamiento en el diagnóstico de la diabetes mellitus gestacional

Preliminary study on psychosocial aspects and coping in the diagnosis of gestational diabetes mellitus

Sofía Quimey Orueta¹, Jorge Luis Olivares², Marina Villarreal³, Marisol Georgina Olivares⁴, José Ignacio Correa⁵, Luciana Cristela Grilli⁶, Carolina Illanes⁷

RESUMEN

Introducción: la atención de mujeres con diabetes mellitus gestacional (DMG) demanda un modelo de atención que considere la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales sobre los cuales faltan conocimientos.

Objetivos: conocer cuáles son las emociones y el nivel de ansiedad que desencadena el diagnóstico de DMG, y analizar cuáles son las variables psicosociales que influyen en el tratamiento.

Materiales y métodos: estudio piloto, descriptivo y analítico de corte transversal, que incluyó 23 mujeres con diagnóstico de DMG que asistieron a un Servicio de Endocrinología y Diabetes de alta complejidad. Se realizó una entrevista semiestructurada que indagó acerca de los factores de riesgo biopsicosociales (edad, nivel educativo, situación laboral, ayuda social y económica). Se empleó la versión Argentina del Inventario de Ansiedad de Beck (*Beck anxiety inventory*, BAI) modificado para clasificar en grados la detección de los síntomas de ansiedad (mínima, leve, moderada y grave). El protocolo de investigación y el consentimiento informado fueron aprobados por el Comité de Ética e Investigación. Se utilizó el *software* estadístico InfoStat (UNC). Las variables categóricas se expresaron como número y porcentaje, y para medir el grado de asociación entre las variables nominales se empleó la prueba chi-cuadrado y el coeficiente de contingencia de Cramer. Se consideró diferencia significativa un valor de $p < 0,05$.

Resultados: en el 35% de los casos, la edad fue de ≥ 30 años, el 87% cursaba por primera vez DMG y el 78% no tenía información sobre la patología. Predominó el nivel secundario incompleto. Al recibir el diagnóstico, el 70% refirió emociones de alto grado de intensidad que continuaban. Según el BAI, se detectó que el 30% tenía ansiedad mínima, el 26% leve, el 22% moderada y el 13% grave. Las variables que dificultaron el cumplimiento del tratamiento fueron la socioeconómica (60,86%; $\chi^2=7,89$; $p=0,01$) y la falta de empleo (70%; $\chi^2=7,81$; $p=0,02$). Solicitó apoyo psicológico un bajo número de mujeres que presentaba emociones intensas. El 96% indicó que su red de afrontamiento era la familia.

Conclusiones: el afrontamiento del diagnóstico de la DMG provoca emociones y síntomas de ansiedad que se agravan por factores socioeconómicos y que generan dificultades para cumplir con el tratamiento.

Palabras clave: diabetes mellitus gestacional; aspectos psicosociales; ansiedad; diagnóstico y tratamiento; consulta psicológica.

ABSTRACT

Introduction: the care of women with gestational diabetes (GD) demands an attention model that considers the interaction of biological, psychological and social factors, about which knowledge is lacking.

Objectives: to know what emotions and level of anxiety trigger the diagnosis of GD, and to analyze what psychosocial variables influence treatment.

Materials and methods: preliminary, descriptive and analytical cross-sectional study in 23 women who were diagnosed with GD and attended a highly complex Endocrinology and Diabetes Service. A semi-structured interview was conducted that inquired about biopsychosocial risk factors (age, educational level, employment status, social and economic assistance). The Argentine version of the modified Beck Anxiety Inventory (BAI) was used to classify the detection of anxiety symptoms into degrees (minimal, mild, moderate and severe). The research protocol and informed consent were approved by the Ethics and Research Committee. InfoStat (UNC) statistical software was used. Categorical variables were expressed as number and percentage and to measure the degree of association between nominal variables, the Chi-square test and Cramer's contingency coefficient were used. A value of $p < 0.05$ was considered significant differences.

Results: in 35% the age was ≥ 30 years, 87% were undergoing GD for the first time and 78% had no information about the pathology. The incomplete secondary level predominated. Upon receiving the diagnosis, 70% reported emotions of a high degree of intensity that continued. According to the BAI, it was detected that 30% had minimal anxiety, 26% mild, 22% moderate, and 13% severe. The variables that made treatment compliance difficult were socioeconomic (60.86%; $\chi^2=7.89$; $p=0.01$) and lack of employment (70%; $\chi^2=7.81$; $p=0.02$). A small number of women who presented intense emotions requested psychological support. 96% indicated that their coping network was the family.

Conclusions: coping with the diagnosis of GD generates emotions and anxiety symptoms that are aggravated by socioeconomic factors that these patients have and generate difficulties in complying with treatment.

Key words: gestational diabetes; psychosocial aspects; anxiety; diagnosis and treatment; psychological consultation.

- ¹ Lic. y Prof. en Psicología, Establecimiento Asistencial Dr. Lucio Molas, Santa Rosa, La Pampa, Argentina
- ² Prof. Titular, Facultad de Ciencias Exactas y Naturales, Universidad Nacional de La Pampa (UNLPam), especialista en Nutrición y Endocrinología, Servicio de Endocrinología y Diabetes, Establecimiento Asistencial Dr. Lucio Molas, Santa Rosa, La Pampa, Argentina
- ³ Prof. Adjunta, Facultad de Ciencias Exactas y Naturales, Universidad Nacional de La Pampa (UNLPam), Magister Médica Pediatra, Santa Rosa, La Pampa, Argentina
- ⁴ Especialista en Clínica Médica, Jefa de Trabajos Prácticos (I), Facultad de Ciencias Exactas y Naturales, Universidad Nacional de La Pampa (UNLPam), Servicio de Endocrinología y Diabetes, Establecimiento Asistencial Dr. Lucio Molas, Santa Rosa, La Pampa, Argentina
- ⁵ Lic. en Psicología, Jefe del Centro de Salud Mataderos, Ministerio de Salud de la Provincia de La Pampa, Santa Rosa, La Pampa, Argentina
- ⁶ Especialista en Endocrinología, Jefa del Servicio de Endocrinología y Diabetes, Establecimiento Asistencial Dr. Lucio Molas, Santa Rosa, La Pampa, Argentina
- ⁷ Jefa de la División de Tocoginecología, Establecimiento Asistencial Dr. Lucio Molas, Santa Rosa, La Pampa, Argentina

Contacto del autor: Jorge Luis Olivares
E-mail: jorgeluis57.olivares@gmail.com
Fecha de trabajo recibido: 7/12/23
Fecha de trabajo aceptado: 14/2/24

Conflictos de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

INTRODUCCIÓN

El embarazo se considera un momento significativo del proceso vital dado que en la gestante se producen cambios externos e internos. La corporalidad se modifica producto de los cambios hormonales que crean el ambiente propicio para la gestación. El embarazo, a nivel psicológico, conduce a una reconfiguración y resignificación de la persona en su totalidad donde se pone a prueba la madurez emocional de la madre, que le permitirá asimilar o no las transformaciones que acontecerán. El proceso ocurre enmarcado en una cultura e imaginarios sociales creados en torno al "ser madre" con los cuales la gestante siente que deberá cumplir¹.

La diabetes mellitus gestacional (DMG) es un trastorno metabólico, de carácter temporal y transitorio, que desarrolla el 9,8% de las mujeres en Argentina durante el embarazo sin antecedentes de DM previa². Los principales factores de riesgo, además del genético, son los ambientales como la obesidad, el sedentarismo, las dietas ricas en grasas saturadas y los embarazos a una edad materna avanzada³.

El equipo interdisciplinario que atiende a estas embarazadas recomienda seguir un plan nutricional acorde a sus necesidades biológicas y socioeconómicas, realizar actividad física diaria y monitoreo glucémico programado^{2,5}. También considera valioso, desde lo profesional y humano, acompañarlas porque en estas pacientes se observan respuestas positivas en el afrontamiento y mayor compromiso para responder al tratamiento. Es una obligación profesional y ética del equipo de salud tratante poner a disposición de las gestantes la información que existe sobre los riesgos que pueden producirse, especialmente si no realizan el tratamiento adecuado.

En la DMG las complicaciones materno-fetales pueden acontecer durante el embarazo o en el posparto inmediato, o con el correr de los años, por lo cual es imperiosa la educación diabetológica y reiterar la necesidad de que estas pacientes continúen durante el posparto un plan de alimentación saludable y realicen actividad física para regularizar o mantener el peso corporal y prevenir la aparición de la DM2^{3,5}. Es también necesario informarles, cuando realizan la consulta de control posparto para reclasificar su estado metabólico, que el antecedente de un recién nacido con peso al nacer menor a 2.500 g o mayor/igual a 4.000 g a futuro genera riesgo cardiometabólico, por lo cual es importante controlar su desarrollo³.

Desde la Diabetología existe un progresivo interés en poner el acento en la intervención, no solo de los aspectos biomédicos de la DMG, sino en un modelo de mayor complejidad que considere la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales⁶. Esto se debe a que en la DMG, a los cambios del embarazo saludable se suman numerosos síntomas psicológicos que varían en intensidad de acuerdo al diagnóstico médico recibido y a la vivencia del embarazo posterior al diagnóstico⁷. Por ello, se considera que la mujer con DMG transitaría un embarazo de riesgo porque es probable que su gestación se comprometa.

Gómez López propone, desde la Psicología, el estudio de los factores psicosociales asociados al embarazo que son: fisiológicos, psicológicos por estrés del diagnóstico, socioeconómicos y dependientes de las redes de contención que la paciente tiene⁸. La ansiedad surge a partir de un estímulo interno o externo y es percibido como amenazante; dentro de este, están los factores ambientales que son los estímulos que ponen en marcha la sintomatología⁹.

Con respecto a la DMG, algunos autores plantean centrarse en el análisis de los factores sociodemográficos y los antecedentes clínicos y obstétricos porque impactan en el diagnóstico, la percepción del riesgo y el estrés, y desencadenan ansiedad y depresión¹⁰. Otro aspecto a considerar es el conocimiento que la embarazada tenga acerca de la DMG, el apoyo familiar y de la pareja, el control glucémico, el autocuidado y autoeficacia, y el apoyo de los profesionales de la salud¹¹. Todos estos factores impactarán en el tratamiento y en los cambios en el estilo de vida.

Algunas categorías de factores psicosociales son los que más prevalecen asociados a la DMG. Dicho conjunto de factores corresponde a un eje central que motiva el cambio en el estilo de vida de una mujer con DMG¹². En esta línea de pensamiento, Pimentel Nieto propone conocer cuáles son las herramientas que emplean las pacientes para adaptarse al nuevo estilo de vida que implica el tratamiento de la DMG¹³.

En Argentina progresivamente se da mayor importancia a jerarquizar el estado emocional de las personas con DM planteando, desde el momento del diagnóstico, una atención holística y de mayor calidad. El Comité de Aspectos Psicosociales de la Sociedad Argentina de Diabetes (SAD) promueve que a todo paciente que inicia con insulina se le proponga una consulta psicológica, aunque no hace mención a la DMG¹⁴.

Las siguientes preguntas han guiado la presente investigación piloto: ¿qué tipo de emociones genera el diagnóstico de DMG?, ¿el cumplimiento del tratamiento genera cambios emocionales o síntomas como ansiedad?, ¿estas emociones actúan como barreras en el tratamiento que deben afrontar las pacientes con DMG?, ¿las pacientes solicitan ayuda profesional?

OBJETIVOS

Conocer cuáles son las emociones y el nivel de ansiedad que desencadena el diagnóstico de DMG, y analizar cuáles son las variables psicosociales que influyen en el afrontamiento del tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio piloto, descriptivo y analítico de corte transversal. Se incluyeron pacientes que consultaron por DMG en los Servicios de Tocoginecología y Endocrinología y Diabetes, entre mayo y junio de 2023. Se excluyeron aquellas con DM pregestacional. Las pacientes siguieron las pautas de tratamiento de acuerdo a su estado metabólico, las cuales se evaluaron si fueron cumplidas según las

normas de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) respecto del plan alimentario, el monitoreo glucémico y la actividad física⁴. Las pacientes, si lo requerían, recibían de la farmacia de la institución un reflectómetro, tiras reactivas e insulina. Ellas y sus parejas fueron asesoradas por una Nutricionista con refuerzo de controles diabetológicos y nutricionales cada 15 a 21 días. Si alguna manifestaba dificultad en su compensación, era internada por 24 a 48 horas en el Hospital de Día.

Se realizó una entrevista semiestructurada con preguntas que indagaron acerca de los factores de riesgo psicosociales¹⁰. Se preguntó acerca del nivel educativo, la situación laboral y, si por la situación económica, recibían ayuda social y económica del Estado. Se consultó sobre el impacto del diagnóstico en torno a las preocupaciones, conmoción y habilidades de afrontamiento, emociones experimentadas por la paciente, conocimiento sobre la DMG, antecedente personal previo de DMG o en su familia, cambios en el estilo de vida ante el diagnóstico y tratamiento de la DMG.

Para la detección de los síntomas de ansiedad se empleó la versión Argentina del Inventario de Ansiedad de Beck (*Beck anxiety inventory*, BAI)¹⁵. Este instrumento autoadministrable consta de 21 ítems donde cada uno representa un síntoma de ansiedad al cual el entrevistado responde en una escala tipo likert de 4 opciones considerándose 0 "para nada" a 3 "severamente", y como resultado total del inventario puede arrojar una puntuación que oscila entre 0 y 63 puntos. Los puntajes obtenidos se interpretaron tomando en consideración los puntos de corte propuestos por Beck y Steer¹⁶ en el último manual original del BAI, estos son: 0-7 ansiedad mínima, 8-15 ansiedad leve, 16-25 ansiedad moderada y 26-63 ansiedad grave, que se usaron en la versión adaptada al español¹⁷.

Consideraciones éticas

A las participantes se les solicitó la firma del consentimiento informado. Se les garantizó el carácter anónimo y la confidencialidad de los datos, indicando que solo serían utilizados para fines de investigación. Se les explicaron los objetivos de la investigación, que la participación era bajo su propia voluntad pudiendo suspender la entrevista cuando lo desearan. La entrevista semiestructurada fue personalizada y se llevó a cabo en un consultorio con privacidad o si deseaban realizarla en presencia de un familiar. Se les consultó si requerían o necesitaban acompañamiento psicológico y

en caso que así fuera, se derivaba a la paciente en cuestión al Servicio de Guardia Psicológica del Servicio de Salud Mental.

El protocolo de investigación y el consentimiento informado fueron aprobados por el Comité de Ética e Investigación (CEI) de la institución, que solicitó que se realizaran modificaciones en la aplicación del BAI porque algunas preguntas no eran adecuadas con el estado del embarazo o podrían generar malestar por su connotación (como las preguntas número 5 "Miedo a que pase lo peor", 14 "Miedo a perder el control" y 16 "Miedo a morir"). Se realizaron las modificaciones sugeridas en su administración considerando que el BAI no está formulado para realizarlo en embarazadas, mucho menos embarazadas con diagnóstico de patología reciente o con riesgo de mortalidad para el recién nacido cuando existen complicaciones materno-fetales.

Análisis estadístico

Se realizó una base de datos con las variables recogidas utilizando el *software* estadístico InfoStat de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC)¹⁸. Las variables categóricas se expresaron como número y porcentaje (%). Para comparar la frecuencia entre grupos de interés, se empleó la prueba chi-cuadrado, y el coeficiente de contingencia de Cramer para medir el grado de asociación entre variables de nivel nominal como: información sobre la DMG, emociones experimentadas por la paciente ante el diagnóstico de DMG, impacto del diagnóstico en torno a la ansiedad, cumplimiento y dificultades en el tratamiento, situación de empleo, influencia de la ayuda económica, conmoción y habilidades de afrontamiento, y acompañamiento psicológico. Se consideraron diferencias significativas si $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se entrevistaron 23 mujeres con DMG, de entre 18 y 40 años, con una media de 28,6 años. En 15 casos eran menores de 30 años (65%). Predominó el antecedente educativo de nivel secundario incompleto (48%).

En la Tabla 1 se observa que el mayor número de mujeres con DMG provenía de Santa Rosa, con hogares constituidos por dos y tres integrantes. Sus ocupaciones eran: 14 amas de casa (60,9%), 1 pensionada (4,3%), 7 empleadas (30,4%) y otra recibía un subsidio (4,3%). En 13 casos (57%) habían recibido ayuda económica del Estado nacional o provincial, dentro de la cual se destacó la Asignación Universal por Hijo (AUH).

Conocimientos que tenían sobre la DMG

El 78% (n=18) expresó no conocer ni haber escuchado información acerca de qué es la DMG, y refirió que tomaron conocimiento sobre el diagnóstico cuando el endocrinólogo se los explicó. El 22% (n=5) indicó que tenía conocimiento sobre la DMG por haberla cursado en embarazos previos o por conocer mujeres cercanas a su entorno que habían transitado tal diagnóstico.

Al momento de la entrevista, el 87% (n=20) de las mujeres con DMG estaba atravesando su primer embarazo y el 13% (n=3) había tenido diagnóstico de DMG en embarazos previos. No se encontró relación estadística entre el conocimiento que tenían de la DMG al momento del diagnóstico de la DMG y las emociones experimentadas al recibir el diagnóstico ($\chi^2=0,28$; $p=0,59$).

Emociones experimentadas ante el diagnóstico de DMG con el tratamiento

El 70% (n=16) de las entrevistadas refirió que, al recibir el diagnóstico de DMG, experimentó emociones incómodas de alto grado de intensidad, entre las cuales destacaron la preocupación por su vida y la de su bebé, la angustia acompañada de llanto, sentimientos de culpa e incertidumbre, y pensamientos disfuncionales que generaban incremento del malestar. Algunas expresaron: "El diagnóstico fue como recibir un baldazo de agua fría" o "Me quedé helada cuando me lo dijeron, no entendía nada".

El 30% (n=7), que afirmó haber sentido emociones incómodas de grado leve, argumentó haber recibido el diagnóstico de DMG como "Algo normal del embarazo" o bien no le despertó emociones intensas por haber tenido experiencias personales previas o haber recibido información de mujeres allegadas, lo que les permitió atravesar con mayor tranquilidad el embarazo de alto riesgo. Manifestaron: "Mi hermana tuvo DMG en un embarazo y el nene nació bien, eso me da tranquilidad"; "Varias vecinas tuvieron lo mismo que yo ahora y están muy bien". En otros casos indicaron: "Hace unos meses me dijeron que tenía DMG, no tomé conciencia hasta hace unas semanas que me asusté porque me internaron", ante lo cual argumentaron haber tomado la noticia con tranquilidad por no haber tenido un entendimiento lo suficientemente profundo de las posibles consecuencias del diagnóstico.

Al momento de la entrevista, el 65% (n=15) de las embarazadas mencionó haber estado atravesando emociones incómodas de nivel intenso y que las continuaban sintiendo incluso luego de haber recibido in-

formación profesional. Describieron que estas emociones se desencadenaban en torno al miedo por la salud de su bebé, la incertidumbre referida al parto, los sentimientos de culpa por el incumplimiento de la dieta y la ansiedad debido al monitoreo glucémico.

Otro aspecto que señalaron se relacionó con el aumento de este tipo de emociones con situaciones de su tratamiento, por ejemplo, cuando se monitoreaban la glucemia. Las identificaron como que sentían que “Se les paraba el corazón”, y en muchos casos, cuando la glucemia daba más elevada de lo esperado, percibían un incremento notable de síntomas de ansiedad y preocupación. Expresaron: “Me da terror controlarme porque siempre pienso que me va a dar alta”, “Cada vez que me mido la glucosa, siento que me falta el aire.”

En relación a las emociones incómodas leves, el 35% (n=8) de las participantes refirió haberlas experimentado. Señalaron que, si bien tenían preocupaciones, temores e incertidumbre, intentaban mantener la calma porque creían que su estado emocional influía directamente en la salud de su hijo en gestación, por ende, creían que conservando el estado de tranquilidad contribuirían a su bienestar. Consideraron que la información profesional recibida favoreció que pudieran cumplir el tratamiento.

DetECCIÓN DE ANSIEDAD

Al clasificar la detección de los síntomas de ansiedad según el BAI, se encontró que el 30% (n=7) de la muestra presentaba ansiedad mínima, el 26% (n=6) leve, el 22% (n=5) moderada y el 13% (n=3) ansiedad grave. Estos síntomas los experimentaron ante situaciones que les generaban estrés o preocupación, como al monitorear la glucosa en sangre y ver que el valor arrojado por el glucómetro era más elevado de lo esperable, entonces comenzaron a sentirse inquietas, con incapacidad de relajarse y taquicardia. Otros argumentos que mencionaron fue que experimentaron este tipo de síntomas cuando estaban en medio de discusiones o cuando afrontaban situaciones familiares referidas como “difíciles” o “complicadas” relacionadas con la salud de los integrantes de su familia.

Afirmaron haber experimentado síntomas físicos de ansiedad como, por ejemplo, dificultad para respirar, sensación de ahogo, temblor, inquietud, palpitaciones o taquicardia, y debilidad en las piernas, entre otros. Todas las entrevistadas que afirmaron tener síntomas físicos de ansiedad, mencionaron haber experimentado al mismo tiempo susto, temor y/o nerviosismo referido por

ellas como: “La cabeza no me para”, “Me da miedo comer”, “Me asusté mucho cuando me internaron de urgencia”, “Me da miedo que mi bebé nazca enfermo”, “Quiero bajar un cambio y no puedo.”

DIFICULTADES EN EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Se encontró una relación estadísticamente significativa entre las dificultades que percibieron las embarazadas para el cumplimiento del tratamiento ($\chi^2=7,89$; $p=0,01$) con un coeficiente de contingencia de Cramer con valor 0,41 que evidenció una magnitud de relación moderada entre las variables.

En la Tabla 2 se observa que la mayor dificultad en el cumplimiento del tratamiento se refirió a los problemas económicos, aunque lograron subsanarlos con ayuda del Estado y la familia. Las participantes expresaron: “Mi marido cobra los viernes, entonces como verdura los fines de semana nomás”, “A mis hijos les encanta la verdura, pero por el precio no me alcanza para comprar para todos”, y una embarazada indicó: “Siempre desayuno en la panadería donde trabajo.”

La segunda dificultad encontrada fue el cambio de hábitos en la alimentación. Señalaron haber tenido síntomas de ansiedad elevados por no comer azúcares y haber encontrado serias dificultades para medir la porción de comida que le fue indicada, refiriendo: “Me sirvo un plato de comida, pero después picoteo de la olla”, “A la noche me desespero por comer algo dulce”, “Tengo antojos todo el tiempo, no aguanto hacer la dieta”. Estas participantes, que tuvieron dificultades con los hábitos alimenticios, reconocieron que a lo largo de su historia vital habían utilizado la comida como principal regulador emocional. El restante 9% señaló no haber tenido dificultades para cumplir con el tratamiento indicado y expresó: “La dieta para mí no es una opción, es una obligación por la salud de mi hijo.” Una embarazada manifestó: “Hacia mucho que quería bajar de peso y hoy lo estoy haciendo por mi hijo”, a lo cual se le explicó que el plan nutricional en el tratamiento de la DMG no está indicado para la pérdida de peso, sino para favorecer la compensación metabólica, como lo aconseja el Comité de expertos en DMG de la SAD⁴.

SITUACIÓN LABORAL Y DIFICULTADES EN EL TRATAMIENTO

Al analizar la relación entre la variable situación de empleo y las dificultades en el tratamiento, el estadístico descriptivo indicó una relación estadísticamente significativa a favor de que las mujeres amas de casa, al no recibir una renumeración económica,

encontraban mayores dificultades para cumplir el plan alimentario ($\chi^2=17,81$; $p=0,02$). Al emplear el coeficiente de contingencia de Cramer se obtuvo un valor de 0,51 indicativo de una magnitud de correlación moderada. En la Tabla 3 se observa que las mujeres que tenían empleo referían que su dificultad predominante era adaptarse al plan alimentario terapéutico indicado por la Nutricionista.

Autopercepción emocional y necesidad de tratamiento psicoterapéutico

Al relacionar el nivel de las emociones generadas por el diagnóstico de DMG y el requerimiento de apoyo psicoterapéutico, se encontró que, en el grupo de emociones intensas, dos de las pacientes habían comenzado terapia psicológica antes y una al recibir el diagnóstico de DMG (Tabla 4).

Edad (años)	n	%
≤24	6	26
25 a 29	9	39
≥30	8	35
Lugar de residencia		
Santa Rosa	17	74
Interior de la provincia	6	26
Nivel educativo		
Secundario incompleto	11	48
Secundario completo	8	35
Terciario incompleto/completo	4	17
N° de integrantes en la familia		
1 integrante	1	4
2-3 integrantes	13	57
≥4 integrantes	9	39
Recibe ayuda económica		
Sí	13	57
No	10	43
Total	23	100

Tabla 1: Presentación de las pacientes con diabetes mellitus gestacional evaluadas (n=23).

Dificultades en el tratamiento	Cumplió el tratamiento	No cumplió el tratamiento	Total
Cambio de hábitos	4	3	7
Económicas	14	-	14
Ninguna	2	-	2
Total	20	3	23

$\chi^2 = 7,89$ ($p=0,01$)

Tabla 2: Dificultades detectadas para el cumplimiento de metas en el tratamiento.

Situación laboral	Dificultades en el tratamiento			Total
	Económicas	Cambio de hábitos	Ninguna	
Empleada	2	4	1	7
Ama de casa	11	3	-	14
Pensionada	-	-	1	1
Independiente	1	-	-	1
Total	14	7	2	23

$\chi^2 = 17,81$ ($p=0,02$)

Tabla 3: Situación laboral y dificultades en el tratamiento.

Tipos de emociones	Recibe acompañamiento psicológico			Total
	Anterior	A partir del diagnóstico	No tiene	
Intensas	2	1	12	15
Leves	-	-	8	8
Total	2	1	20	23

Tabla 4: Clasificación del tipo de emociones y requerimiento de acompañamiento psicológico.

DISCUSIÓN

La DMG es una enfermedad metabólica que se caracteriza por niveles elevados de glucosa en sangre, y que comienza o se reconoce durante el embarazo sin diagnóstico previo de DM². En los últimos años la prevalencia de dicha enfermedad aumentó significativamente en el mundo, probablemente de-

bido al incremento de la obesidad, el sedentarismo y los hábitos alimenticios poco saludables¹⁹.

Nos propusimos identificar cuáles son las emociones y el nivel de ansiedad que desencadena el diagnóstico de DMG, y analizar cuáles son las variables psicosociales que influyen en el tratamiento.

El presente estudio es preliminar e incluyó 23

mujeres de entre 18 y 40 años. La mayoría de las participantes tenía educación de nivel secundario incompleto, cursaba su primer embarazo y no tenía información sobre la DMG al momento del diagnóstico. Estos resultados fueron encontrados por otros autores en mujeres con menor nivel educativo y pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo, quienes afirmaron desconocer las complicaciones materno-fetales y los factores de riesgo de la DMG^{11,20}.

Al igual que lo descrito por otros investigadores, la mayoría de las participantes manifestó haber experimentado emociones incómodas de grado intenso cuando recibieron el diagnóstico de DMG, aunque al momento de la entrevista, estas manifestaciones continuaban siendo frecuentes²¹. Dichas emociones giraban en torno a temores, preocupaciones, angustia, sentimientos de culpa e incertidumbre con respecto a su vida y a la del hijo por nacer. Se observó que haber atravesado embarazos previos con dificultades de salud o haber tenido antecedentes de cesárea y transitar el primer embarazo eran factores influyentes en el desarrollo de sintomatología de tipo ansiosa¹¹.

A diferencia de otro estudio, no encontramos relación entre los síntomas de ansiedad con la edad¹¹. Tampoco hallamos relación significativa entre la información que las participantes tenían sobre la DMG y la ansiedad percibida. Otros autores¹ describieron que la ansiedad y la depresión pueden ser trastornos adaptativos al riesgo que implica el diagnóstico de DMG; debido a esto proponen la intervención psicoeducativa en la cual se brinda información y herramientas a las embarazadas porque se puede disminuir la sintomatología ansiosa y obtener un menor número de complicaciones clínicas²²⁻²³.

En este estudio se evidenció, en función de los puntajes obtenidos por el BAI¹⁶, que el 91% de las participantes presentó algún tipo de sintomatología de ansiedad, siendo más predominante la sintomatología mínima y leve. Se pudo observar que la mayoría no contaba con ingreso económico estable que pudiera favorecer el cumplimiento del tratamiento para la DMG. Se ha descrito que las mujeres con DMG pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo y sin trabajo fijo presentan puntuaciones más elevadas de ansiedad y tienen más probabilidades de experimentar este tipo de síntomas durante el embarazo, que las pertenecientes a otros estratos socioeconómicos^{11,24}.

En particular, en este estudio, el cambio en la dieta generó problemas porque los alimentos que les aconsejaron eran de mayor costo, y por ende

se les imposibilitaba adquirirlos o ingerirlos a diario. En India también se demostró que las principales dificultades que interfieren en el cumplimiento del tratamiento son sociales y emocionales, las cuales se relacionan con la falta de disponibilidad de recursos por el alto costo que significa para dicha población el tratamiento de la DMG²⁵. Estos resultados se diferencian de lo encontrado en un estudio Coreano²⁶, donde el gobierno impulsó una política pública similar a la AUH en Argentina.

Al igual que otras investigaciones, el cumplimiento del tratamiento fue más dificultoso en aquellas que no contaban con un trabajo estable^{2,24,27}. Esto podría indicar que en poblaciones con menor nivel socioeconómico y mayor inseguridad alimentaria, implementar una dieta diaria basada principalmente en alimentos de bajo costo económico aumentaría las probabilidades de desarrollar obesidad, la cual es un factor de riesgo para desencadenar la DMG y también para compensar su metabolismo.

A pesar de estas relaciones, el 87% de las embarazadas consideró haber cumplido el tratamiento que le fue indicado, pudiendo superar las dificultades que le surgieron, sean económicas, en relación con el cambio de hábitos y/o emocionales, demostrando compromiso con la salud y el bienestar de su hijo por nacer. Resultados similares se obtuvieron en una investigación realizada en una población hispana residente en Estados Unidos²⁸.

Al analizar la autopercepción de las participantes acerca de los llamados factores de apoyo o herramientas que podrían favorecer el tratamiento se encontró, al igual que otros autores¹¹, que en la mayoría de los casos su red de afrontamiento emocional fue familiar. Solo recibieron acompañamiento psicológico 3 de las 15 embarazadas que tenían emociones intensas. Esta evidencia se contrapone a lo esperado, ya que la mayoría de las mujeres con DMG tenía síntomas de ansiedad mínima, leve, moderada o intensa, para lo cual hubiera sido de importancia realizar un abordaje psicoterapéutico⁷.

Acordamos con otros investigadores²⁹ que se requieren más investigaciones que analicen la relación entre los trastornos psicológicos ante el diagnóstico y el curso de la DMG para una comprensión más profunda del afrontamiento y poder extrapolarla a todo el universo de mujeres que la padece. Para ello es necesario un mayor número de entrevistadas, lo cual es una debilidad de nuestro estudio, al igual que no haber visibilizado o recibido respuesta ante la propuesta del equipo tratante de generar huertas familiares que sirvieran para paliar la compra de fu-

tas y verduras. También puede deberse a que culturalmente no es frecuente hacer huertas familiares.

CONCLUSIONES

En este estudio piloto se determinó que al momento de recibir el diagnóstico de DMG, el 70% de las mujeres presentaba emociones incómodas de alto grado de intensidad, que persistían durante el transcurso del embarazo. El 91% experimentó, en algún momento, síntomas físicos de ansiedad relacionados con el afrontamiento de la enfermedad, como monitorear su glucemia y/o cumplir el plan alimentario. Las dificultades económicas y la falta de trabajo fueron la principal barrera para modificar la dieta. La mayor parte de las participantes autoimplementó como afrontamiento el acompañamiento familiar y solo un bajo número de mujeres con emociones intensas solicitó apoyo psicológico. Este bajo número de solicitud de consultas al Servicio de Psicología podría originarse por la metodología de seguimiento con consultas frecuentes con el equipo tratante y la modalidad psico-educativa brindada. Es necesario continuar el estudio con un mayor número de embarazadas con DMG para arribar a más y nuevas conclusiones.

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez-López ME, Calva EA. Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y Salud* 2007;17(1):53-61.
- Lapertosa SG, Sucani S, Salzberg S, Alvarinas J, Faingold C, Faingold C, et al. Prevalence of gestational diabetes mellitus in Argentina according to the ALAD and IADPSG diagnostic criteria and the associated maternal-neonatal complications. *Health Care Women* 2021;42:636-656.
- Olivares JL, Olivares MG, Grilli L, Verdasco CB, Miglianelli C. Historia metabólica de pacientes con antecedentes de diabetes gestacional. Seguimiento durante 6 años (2013-2019). *Rev Soc Arg Diab* 2021;2021;55(1):13-22.
- Salsberg S, et al. Guías de diagnóstico y tratamiento de diabetes gestacional. *Rev ALAD* 2016;6:155-69.
- Vera-Olmedo DR, Párraga-Moreira MM. Cribado de diabetes gestacional con el test de O'Sullivan y su precisión diagnóstica. Bachelor's thesis, Jipijapa. 2020. UNESUM.
- Acuña-Castillo FJ. Terapia cognitivo conductual aplicada a primigestas con ansiedad clínicamente significativa. Doctoral dissertation, Universidad de Panamá. Vicerrectoría de Investigación y Postgrado;2018.
- Gómez-López ME. Guía de atención psicológica de la mujer con complicaciones obstétricas. *Perinatología y Reproducción Humana* 2018;32(2):85-92.
- Gómez-López ME. Guía de intervención psicológica para pacientes con embarazo de alto riesgo. *Perinatología y Reproducción Humana* 2007;21(2):111-121.
- Clark DA, Beck AT. *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: ciencia y práctica*. Bilbao (España): Desclé de Brouwer; 2012.
- Maury-Mena SC, Marín-Escobar JC, Maury A, Marín-Benítez AC. Factores psicosociales asociados con la diabetes mellitus gestacional. Revisión sistemática de alcance. *Horizonte Sanitario* 2022;21(3):531-549.
- Fu F, Yan P, You S, Mao X, Qiao T, Fu L, et al. The pregnancy-related anxiety characteristics in women with gestational diabetes mellitus: why should we care? *BMC Pregnancy Childbirth* 2021;21(1):1-6.
- Muhwava LS, Murphy K, Zarowsky C, Levitt N. Experiences of lifestyle change among women with gestational diabetes mellitus (GDM): a behavioural diagnosis using the COM-B model in a low-income setting. *PLoS One* 2019;14(11):e0225431.
- Pimentel-Nieto D. Guía clínica para la intervención psicológica de mujeres embarazadas con endocrinopatías. *Perinatol Repro Hum* 2007;21(1):54-68.
- Vera O, Escobar O, Álvarez A, Alzueta G, Bauchi JC, Blanco A, et al. Evaluación del estado emocional de personas con diabetes mellitus en la práctica ambulatoria. *Rev Soc Arg Diab* 2022;56(Sup 2):19-22.
- Vizioli NA, Pagano AE. Adaptación del Inventario de Ansiedad de Beck en la población de Buenos Aires. *Interacciones* 2020;6(3):e171.
- Beck AT, Steer RA. *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation;1993.
- Sanz J. Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud* 2014; 25(1):39-48.
- Di Rienzo JA, Casanoves F, Balzarini MG, González L, Tablada M, Robledo CW. *InfoStat versión 2016*. Grupo InfoStat, FCA, Universidad Nacional de Córdoba. 2016. Córdoba, Argentina.
- Asociación Americana de Diabetes. Diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus. *Atención de la Diabetes* 2014;37(Sup1):S81-S90.
- Quintero-Medrano SM, García-Benavente D, Valle-Leal JG, López-Villegas MN, Jiménez-Riggin L. Association between gestational diabetes and mental illness. *Canadian Journal of Diabetes* 2020;44(6):566-571.
- Hui AL, Sevenhuysen G, Harvey D, Salamon E. Stress and anxiety in women with gestational diabetes during dietary management. *The Diabetes Educator* 2014;40(5): 668-677.
- Contreras-Alcántara J. Impacto del material educativo sobre los factores clínicos en pacientes con diabetes gestacional. Tesis de especialidad, Benemerita, Universidad Autónoma de Puebla. Repositorio Institucional de Acceso Abierto de la Benemerita Universidad Autónoma de Puebla; 2021.
- Salehi F, Pourasghar M, Khaliliani A, Shahhosseini Z. Comparison of group cognitive behavioral therapy and interactive lectures in reducing anxiety during pregnancy: A quasi experimental trial. *Medicine* 2016;95(43):1-5.
- Tang X, Lu Z, Hu D, Zhong X. Factores que influyen en el estrés prenatal, la ansiedad y la depresión en el embarazo temprano entre mujeres en Chongqing, China. *Revista de Trastornos Afectivos* 2019;253:292-302.
- Kragelund Nielsen K, Vildekilde T, Kapur A, Damm P, Seshiah V, Bygbjerg IC. "Si no como lo suficiente, no seré saludable": Experiencias de las mujeres con el tratamiento de la diabetes mellitus gestacional en zonas rurales y urbanas del sur de la India. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(9):1-19.
- Kim MK, Lee SM, Bae S, Kim HJ, Lim NG, Yoon SJ, et al. El estado socioeconómico puede afectar los resultados y las complicaciones del embarazo, incluso con un sistema de salud universal. *Revista Internacional para la Equidad en Salud* 2018;17(1):1-8.
- Arredondo A, Torres C, Orozco E, Pacheco S, Aragón A, Huang F, et al. Indicadores socioeconómicos de la obesidad materna en México y Francia. Análisis comparado de dos cohortes. *Revista Salud Pública* 2018;20(2):245-253.
- Carolan-Olah M, Duarte-Gardea M, Lechuga J, Salinas-López S. La experiencia de la diabetes mellitus gestacional entre mujeres hispanas en una región fronteriza de los Estados Unidos. *Salud Sexual y Reproductiva* 2017;12:16-23.
- Riggin L. Association between gestational diabetes and mental illness. *Canadian Journal of Diabetes* 2020;44(6):566-571. doi: 10.1016/j.cjcd.2020.06.014.