



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**RECURSOS Y FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO ASOCIADOS AL
DESCONTROL GLUCÉMICO EN MUJERES CON DIABETES GESTACIONAL**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA GENERAL EXPERIMENTAL**

PRESENTA

DIANA PIMENTEL NIETO

DIRECTOR DE TESIS

DR. FRANCISCO ANTONIO MORALES CARMONA

COMITÉ

DRA. BERTHA BLUM GRYNBERG

DRA. GILDA GÓMEZ PÉREZ MITRE

DRA. EMILY R. ITO SUGIYAMA

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

MÉXICO, D.F. CIUDAD UNIVERSITARIA

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Al Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

A Dr. Francisco Morales Carmona

A la Dra. Bertha Blum Grynberg

A la Dra. Gilda Gómez Pérez Mitre

A la Dra. Emily R. Ito Sugiyama

Al Dr. Samuel Jurado Cárdenas

A las mujeres participantes

Índice

	I
Resumen	II
Abstract	III
Introducción	
Capítulo I. Embarazo y diabetes mellitus gestacional: Aspectos Médicos	1
Capítulo II. Embarazo y diabetes mellitus gestacional: Aspectos Psicológicos	19
Capítulo III. Recursos Psicológicos	30
Capítulo IV. Método	74
Capítulo V. Resultados	89
Capítulo VI. Discusión	139
Limitaciones y Sugerencias	162
Conclusiones	166
Referencias	170
Apéndices	187
A. Encuesta de Datos sociodemográficos y Gineco- obstétricos	188
B. Encuesta de Control Percibido	189
C. Formato de Registro de la Resolución del Embarazo y el Período Neonatal Inmediato	191
D. Cuestionario General de Salud	192
E. Escala de Respuestas de Afrontamiento	195
F. Escala Multidimensional de Asertividad	199
G. Escala de Locus de Control	207

Resumen

Antecedentes

La diabetes mellitus es una prioridad de atención en México, como lo es para el Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes" la asistencia a la salud reproductiva de alto riesgo, encontrándose entre otras el cuidado de embarazos que se cursan con diabetes gestacional. Una de las dificultades que se confrontan es el descontrol glucémico, mismo que repercute en la salud gineco-obstétrica de la paciente. El estudio de factores psicosociales de riesgo y recursos psicológicos motiva la presente investigación. Observar e ilustrar su relevancia y beneficios para el descontrol glucémico favorece la generación de planes de intervención institucional que promuevan la salud, la adaptación psicológica y el funcionamiento durante el embarazo y a su término mediante la prevención de riesgos futuros, mejorando así la calidad de vida y cuidados de la paciente.

Objetivos

Determinar la incidencia de descontrol glucémico en mujeres con diabetes gestacional y evaluar un conjunto de características psicológicas que han sido caracterizadas como factores de riesgo en el descontrol glucémico.

Material y Métodos

Se llevó a cabo una investigación de tipo observacional en un diseño de estudio de casos de cohorte con las siguientes características: longitudinal, prospectiva, dinámica, recurrente y de seguimiento activo. Se midieron variables psicológicas de riesgo: malestar psicológico, estilos de afrontamiento, locus de control, asertividad y variables intercurrentes de tipo sociodemográfico, gineco-obstétricas, características asociadas a la enfermedad, su tratamiento y al periodo neonatal inmediato. La variable de resultado fue el control glucémico. El análisis realizado tiene una fase descriptiva y una analítica. El material necesario fue conformado por diferentes instrumentos psicométricos y formatos de registro.

Resultados

La muestra se integró por 266 casos de mujeres con diabetes gestacional con una edad promedio de 33 años (+/- 5.7) y una escolaridad de 10.5 años (+/- 3.2). En su mayoría casadas (68%) y de ocupación el hogar (80%). Se detecta el 35.3% de mujeres con descontrol glucémico. El malestar psicológico se modifica en el curso del embarazo y el puerperio con porcentajes del 32.1% posteriormente al diagnóstico de diabetes gestacional y del 9.5% en el puerperio. Se detectaron las siguientes variables como predictoras de riesgo para el descontrol glucémico: edad, situación laboral, antecedentes gineco-obstétricos, diagnóstico y tipo de tratamiento, aspectos asociados a la adherencia terapéutica y variables como locus de control interno, afrontamiento evitativo, conductual y cognitivo extremo.

Conclusiones

El descontrol glucémico es un problema multideterminado. A partir de las variables que se asocian al descontrol glucémico, se generó un modelo psicosocial para la detección y derivación de las mujeres en riesgo de presentarlo para otorgar una oportuna intervención psicológica, la cual tiene la finalidad de promover cambios en el corto plazo respecto a la adherencia terapéutica durante el embarazo que promuevan el control glucémico y la prevención de complicaciones gineco-obstétricas inmediatas. En un segundo plano, el modelo permite reconocer y predecir perfiles de riesgo que requieren de una intervención de largo plazo para la prevención y pronóstico de riesgos futuros para la salud.

Palabras Clave: Embarazo, Diabetes Gestacional, Descontrol Glucémico, Recursos Psicológicos, Riesgo perinatal.

Abstract

Background

Diabetes mellitus is a priority of attention in Mexico, as it is for the National Institute of Perinatology "Isidro Espinosa de los Reyes" assistance to reproductive high health risk, being among others the care of pregnancies that occur with gestational diabetes. Uncontrolled glycemic is the main difficulty which consequences impact gynecological-obstetric health of patient. The study of psychosocial risk factors and psychological resources motivates this research. Observe and illustrate its relevance and benefits to the uncontrolled glucose generate institutional action plans with the aim of health promote, psychological adjustment and functioning during pregnancy and at the end by preventing future risks, improving quality of life and patient care.

Objectives

To determine the incidence of uncontrolled glucose in women with gestational diabetes and evaluate a set of psychological characteristics those have been characterized as risk factors in uncontrolled glycemic.

Material and Methods

We carried out an observational research study with a design in a cohort of cases with the following characteristics: longitudinal, prospective, dynamic and recurring asset tracking. Psychological risk variables were measured: psychological distress, coping styles, locus of control, assertiveness and intercurrent variables as sociodemographic, gynecological-obstetric characteristics associated with the disease, its treatment and the immediate neonatal period. The outcome variable was glycemic control. The analysis has descriptive and analytical phases. The necessary material was formed by various psychometric instruments and record formats.

Results

The sample was composed of 266 cases of women with gestational diabetes with an average age of 33 years (+/- 5.7) and schooling of 10.5 years (+/- 3.2). Most of them were married (68%) and home care (80%). We detected 35.3% of women with uncontrolled glucose. The psychological distress is modified in the course of pregnancy and the postpartum period with percentages of 32.1% after the diagnosis of gestational diabetes and 9.5% in the puerperium. We found the following variables as predictors of risk for the glycemic dyscontrol: age, employment status, gynecological and obstetric history, diagnosis and type of treatment, issues associated with variables such as treatment adherence and internal locus of control, avoid coping, an extreme behavioral and extreme cognitive coping styles.

Conclusions

The glycemic dyscontrol is a multi-determined problem. From the variables that are associated with uncontrolled blood glucose, a psychosocial model was generated for the detection and referral of women at risk of presenting to grant a timely psychological intervention, which aims to promote changes in the short term regarding adherence to therapy during pregnancy to glycemic control and prevention of immediate obstetric and gynecologic complications. In the background, the model can recognize and predict risk profiles that require long-term intervention for the prevention and prediction of future health risks.

Keywords: Pregnancy, Gestational Diabetes, Uncontrolled Glucose, Psychological Resources, Perinatal risk.

Introducción

El Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes” (INPer IER) es centro de referencia para pacientes con embarazo de alto riesgo y por tratarse de una institución de tercer nivel de atención, valora la trascendencia del papel preventivo ante riesgos futuros de la mujer en edad reproductiva. Como parte de la institución, el Departamento de Psicología mediante el Programa de Atención Psicológica para pacientes con Endocrinopatías, ha estado bajo mi responsabilidad desde el año 2001, siendo el presente trabajo un reflejo de la experiencia adquirida y como respuesta a actividades continuas de investigación, asistencia y docencia con mujeres embarazadas con factores de riesgo vinculados a la diabetes mellitus.

La diabetes mellitus ha sido considerada como una prioridad de atención dentro de los diez problemas relevantes de salud pública en nuestro país. De acuerdo con el INEGI (2006), representa la segunda causa de muerte en México y su prevalencia se ha triplicado en los últimos 30 años (Gómez-Pérez, 1999; INEGI).

En nuestro país, la diabetes mellitus es un problema de salud pública con altos costos dadas las consecuencias que su no atención provoca. El campo de la reproducción, cuando se acompaña de una enfermedad crónica, afecta sustantivamente los costos biopsicosociales dando lugar a un problema complejo que exige comprensión e intervención adecuada desde todas las disciplinas de salud. De manera específica, en el INPer IER un problema importante con la población en riesgo atendida, es la alta frecuencia de hospitalizaciones por presentar dificultades en el control glucémico y la demanda de asistencia psicológica.

Un embarazo que se cursa con diabetes mellitus gestacional amerita atención específica, siendo uno de los objetivos primordiales de ella, lograr niveles normales de glucosa en sangre. Por ende, la falla en la adherencia al régimen de control para la diabetes contribuye a un pobre control glucémico que resulta en complicaciones

en el corto, mediano y largo plazo, de ahí la necesidad de apegarse al tratamiento durante el embarazo y evaluar el estado glucémico durante el puerperio, debido a la posibilidad de desarrollar diabetes mellitus en el futuro. Tomar medidas preventivas en las mujeres en riesgo resulta importante y trascendente para su salud y calidad de vida futura.

Ante este panorama y con el reconocimiento multifactorial de fenómenos vinculados a la salud reproductiva, se ha sugerido generar propuestas de investigación que aborden tales eventos integralmente. Desde este punto de vista, los fenómenos deben contemplar, además de procesos biológicos, la intervención de aspectos intrapsíquicos, interpersonales, familiares, culturales y sociales en la expresión, historia natural y respuesta de la paciente ante la enfermedad, reconocimiento que redundará en beneficio del individuo y su entorno.

Desde la psicología, se ha prestado poca atención en la identificación de características personales que contribuyen en el régimen de cuidado para la diabetes y que no existen investigaciones hacia pacientes con diabetes gestacional en lo particular.

A partir de lo anterior, nos vimos en la necesidad de dimensionar el problema y de reconocer aquellos factores que influyen en el descontrol glucémico de la mujer con diabetes gestacional para entonces poder otorgar un servicio oportuno a partir de la prioridad de atención y optimizar las acciones de los recursos humanos disponibles.

Por ello, la presente investigación pretende detectar la proporción de mujeres que presentan descontrol glucémico y evaluar un conjunto de características psicológicas que han sido caracterizadas como factores de riesgo tales como el estilo de afrontamiento, el locus de control, la asertividad y el malestar psicológico, para determinar su influencia en el descontrol glucémico de la paciente con diabetes gestacional.

De la Fuente y Sepúlveda-Amor (1999) ha hecho hincapié en la necesidad de estrategias terapéuticas especiales, siendo por ello el interés de la presente investigación el establecimiento de estrategias de intervención psicológica efectivas que se incorporen al tratamiento interdisciplinario institucional para la resolución favorable del evento obstétrico de la paciente y la promoción de alternativas preventivas hacia la salud para el largo plazo.

El documento desarrollado, se integra de la siguiente manera: Los capítulos primero y segundo respectivamente, exponen los aspectos médicos y psicológicos del embarazo y de la diabetes gestacional. El primer capítulo presenta datos epidemiológicos, de clasificación y diagnóstico de la enfermedad, además de los requerimientos para su atención durante el embarazo, como las consecuencias y explicaciones del descontrol glucémico; mientras que el segundo capítulo presenta los aspectos psicológicos del embarazo y la diabetes gestacional a partir de sus implicaciones emocionales y como eventos críticos que se conjuntan.

El tercer capítulo analiza los recursos psicológicos como elementos que promueven la adaptación, su aproximación teórica y las evidencias que respaldan los hallazgos de investigación. En el capítulo cuarto se describe el procedimiento metodológico de la investigación. El quinto presenta los resultados obtenidos, los cuales son ampliamente discutidos en el capítulo sexto, el cual también integra algunas sugerencias a considerar dentro de esta línea de investigación, cerrando con las conclusiones obtenidas del estudio.

En resumen, este proyecto se incluye en una línea de investigación que pretende lograr una mayor comprensión de fenómenos psicológicos que pueden estar interviniendo en la manera como la paciente se conduce frente a la enfermedad, enfatizando la necesidad de que las pacientes médicamente enfermas puedan integrar en sí mismas el padecimiento para conducirse frente a él manteniendo en la medida de las posibilidades su calidad de vida. A partir de la

identificación de los factores de riesgo psicológico se tiene como objetivo la oportuna detección, referencia y atención especializada para aquellas pacientes que lo ameriten. Así mismo, los resultados de la investigación deberán permitir el establecimiento de estrategias de intervención efectivas para que la paciente pueda dar una respuesta favorable en la resolución de su evento obstétrico mediante el establecimiento de habilidades dirigidas hacia el apego al tratamiento y promover alternativas preventivas hacia la salud reproductiva.

Capítulo I.

Embarazo y diabetes mellitus gestacional:

Aspectos médicos.

En términos biológicos, el embarazo es el período comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto durante el cual la mujer experimenta cambios físicos y fisiológicos, y se define como embarazo de alto riesgo aquel que cuenta con la presencia de algún factor materno o fetal que potencialmente actúa de manera adversa en el resultado del embarazo mismo (Gorman, 1995).

En condiciones normales, un embarazo se considera un estado diabetogénico debido a que el metabolismo de la glucosa, grasas y proteínas se ve alterado por la presencia de hormonas contrarreguladoras al efecto de la insulina. El metabolismo de los alimentos se modifica para garantizar un suministro continuo de glucosa al feto, además de que hay una variación individual marcada en el umbral renal para la glucosa (Gilbert & Harmon, 1993).

La mayoría de las mujeres son sanas y no tienen trastornos endócrinos durante la gestación. En algunos casos, las anomalías endócrinas preexistentes complican el embarazo, siendo las más frecuentes la obesidad, la disfunción tiroidea y la diabetes mellitus. En algunas mujeres, el embarazo produce el inicio de un trastorno endócrino, siendo los más frecuentes la diabetes gestacional y los trastornos del sistema nervioso endócrino y simpático asociados con la preeclampsia (Yen, Jaffe & Barbieri, 2001). (Figura 1).

La diabetes mellitus es un síndrome clínico que resulta de la secreción o acción deficiente de insulina. Esta deficiencia puede ser absoluta o relativa; es absoluta cuando la secreción de insulina es menor a la demandada y es relativa cuando no se satisface el aumento en la demanda de insulina en condiciones en que la acción de la hormona está disminuida (Ríos-Torres y Rull-Rodrigo, 1998).



Figura 1. Embarazo y alteraciones endocrinas.

La diabetes mellitus gestacional (DMG) se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa, de severidad variable e inicio o primer reconocimiento durante el embarazo. Cabe señalar que la definición se aplica incluso si para el tratamiento se requiere del uso de insulina y si la condición persiste o no después del embarazo. No se excluye la posibilidad de que la intolerancia a la glucosa pueda anteceder al embarazo y ésta no haya sido identificada previamente. Al término del embarazo, es posible que la paciente regrese a un estado de tolerancia normal a la glucosa o bien permanezca con intolerancia a la glucosa o con diabetes (American Diabetes Association [ADA], 2002).

El término “diabetes” indica la presencia de hiperglucemia crónica; sin embargo, de acuerdo con su etiología, puede manifestarse en términos patofisiológicos y clínicos de manera muy diferente, de ahí que se clasifique como:

- Diabetes Mellitus tipo 1
- Diabetes Mellitus tipo 2
- Diabetes resultante de otro proceso de enfermedad (diabetes secundaria)
- Diabetes Mellitus Gestacional.

En el contexto del embarazo, se ofrece un esquema de clasificación diferente que ofrece una alternativa respecto a una condición preexistente o adquirida durante la gestación. Esta clasificación enfatiza aquellas complicaciones maternas que influyen en el progreso de la gestación (particularmente retinopatía, enfermedad renal y cardiovascular). Pacientes con diabetes tipo 1 o 2 previas al embarazo, se clasifican como diabetes pregestacional; y aquellas mujeres que se diagnostican en el embarazo como diabetes gestacional, distinguiendo si para su control se requiere de dieta y/o insulina.

La diabetes gestacional a su vez, puede subclasificarse en diabetes mellitus gestacional A1, A2 y B1 de acuerdo con los valores de glucemia de ayuno de la curva de tolerancia con la que se estableció el diagnóstico cuando éstos son menores de 105 mg/dl, entre 105 y 130 mg/dl o mayores de 130 mg/dl respectivamente (Ahued y Fernández del Castillo, 2000).

Está ampliamente documentado que la diabetes mellitus es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en México y que su prevalencia ha aumentado significativamente en las últimas décadas con la consabida proporción de aquellos que a pesar de serlo, no se saben diabéticos. Identificar este padecimiento resulta trascendente debido a que la enfermedad impacta la calidad de vida del individuo, sobre todo por las complicaciones que presenta en el largo plazo y que, dependiendo de la edad de aparición, puede afectar la vida reproductiva de quien la padece (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2006; Lerman-Garber, 1998).

En México, se están llevando a cabo múltiples investigaciones orientadas hacia la detección de las causas del aumento creciente de la prevalencia de la diabetes mellitus, considerando que en el fenómeno confluyen factores de origen genético y de cambios en el estilo de vida (Gómez-Pérez, 1999).

La diabetes puede afectar a cualquier individuo, pero ciertos grupos étnicos tienen un mayor riesgo de padecer la enfermedad y sus complicaciones. Con la finalidad de distinguir diferencias raciales en la manifestación de la diabetes, se han llevado a cabo estudios observando que la incidencia para diabetes tipo 1 es 1.5 veces mayor para la raza blanca que para la negra y que la incidencia de diabetes tipo 2 destaca en nativos americanos, mujeres de raza negra, mexicano-americanos e indígenas de las islas Polinesias y Micronesias. Respecto a la diabetes gestacional, se observa que los indios Pima tiene una prevalencia 40 veces mayor que la población del sur de Boston (2.5-7.5%) y 10 veces más que la población de Cleveland (3.1-11.5%), mientras que dentro de una población dada, las diferencias raciales y étnicas se asocian con riesgos relativos de DMG de 1.8 en mujeres de raza negra y 2.4 en hispanas (Buchanan y Coustan, 1996; Cassens, 1992; Hadden, 1985).

Feifer y Tansman (1999) informan que los afroamericanos tienen una probabilidad mayor de presentar diabetes en un 1.7 veces en comparación con la raza blanca no hispana, además de que tienen aproximadamente una doble posibilidad de padecer ceguera, amputación de miembros inferiores y afecciones renales asociadas con la diabetes en comparación con la raza blanca. Los hispanoamericanos tienen una prevalencia de 2 a 4 veces más de diabetes tipo 2 que los blancos. Además, las complicaciones de la diabetes son la principal causa de muerte y morbilidad en la mayoría de poblaciones nativo americanas.

En México, la diabetes tipo 1 representa alrededor del 1 a 2% de todos los casos de diabetes y el 98 a 99% restante del total lo constituye la diabetes tipo 2 (Ríos-Torres y Rull-Rodrigo, 1998).

La American Diabetes Association (ADA) reporta que la prevalencia de diabetes mellitus gestacional varía en un intervalo de 1 a 14% de todos los embarazos, dependiendo de la población estudiada y las pruebas diagnósticas empleadas. En los países industrializados, se estima que ocurre en alrededor del

2% informan una prevalencia de 1.9% en Providence, RI y hasta 15.3% en Florencia, Italia (Buchanan y Coustan, 1996). En México se alcanza una prevalencia del 6 al 11% de todos los embarazos, pero en el INPer se documenta que en nuestra población se observa en un 17.2% (Ramírez-Torres, 2005).

Es por ello que resulta importante el reconocimiento clínico de la diabetes mellitus gestacional, además de que se asocia con un aumento de múltiples riesgos materno fetales. Para una oportuna detección la ADA sugiere llevar a cabo un rastreo en la búsqueda de DMG a toda mujer embarazada con características clínicas consistentes con un alto riesgo (obesidad marcada, antecedentes personales de diabetes mellitus gestacional, glucosuria, antecedentes familiares de diabetes) quienes debieran practicarse la prueba de glucosa tan pronto como sea posible. Si lo que se detecta es que no tienen diabetes mellitus gestacional en la búsqueda inicial, las mujeres deberían evaluarse entre la semana 24 a 28 de la gestación (Inzucchi, 1999).

Para ello se propone la prueba de tamiz para detección de diabetes gestacional que consiste en beber una carga de 50 gramos de glucosa independientemente de la hora del día y del último alimento ingerido, seguida por una medición de glucosa en plasma a la hora. Si la prueba muestra una concentración de glucosa a la hora igual o mayor que 180 mg/dL se establece el diagnóstico de diabetes gestacional (Tabla 1).

Tamiz Para La Detección De Diabetes Gestacional
No exige ayuno + 50 gramos de glucosa
60 minutos
≥ 180: Diagnostico de diabetes gestacional
130 – 179: Sospecha de diabetes gestacional
≤ 129: Normal

Tabla 1. Prueba de Tamiz para la detección de diabetes gestacional.

En el caso de un resultado entre 130 mg/dL y 179 mg/dL, es necesario realizar una prueba de tolerancia oral a la glucosa que consiste en toma de cuatro determinaciones de glucosa sérica en ayuno y a los 60, 120 y 180 minutos respectivamente después de haber ingerido vía oral 100 gramos de glucosa. Se lleva a cabo el diagnóstico de diabetes mellitus gestacional cuando dos o más de estos valores se muestran alterados de acuerdo a los criterios de Carpenter y Coustan que consideran concentraciones normales de glucosa sérica por debajo de los siguientes valores: Ayuno: 95 mg/dL; 60 minutos: 180 mg/dL; 120 minutos: 155 mg/dL; y 180 minutos: 140 mg/dL (Carpenter & Coustan, 1982; Espinoza de los Monteros, Parra, Hidalgo y Zambrano, 1999; Metzger & Coustan, 1998; Position Statement, 2001) (Tabla 2). Finalmente, como ya se mencionó previamente, Freinkel (citado en Ahued y Fernández del Castillo, 2000) subclasifica a la diabetes gestacional de acuerdo con el valor de ayuno de la curva de tolerancia oral a la glucosa.

La detección de DMG resulta de suma importancia debido a que la mujer que la padece presenta un mayor riesgo de mortalidad perinatal y problemas fetales y maternos asociados con un excesivo crecimiento fetal o macrosomía. Las complicaciones más frecuentes de esta afección son traumatismos en la madre durante el parto y su instrumentación (traumatismo vaginal, perineal y rectal) como en el feto (lesión de los nervios del plexo braquial y fractura de clavícula).

Curva de Tolerancia Oral a la Glucosa de 180''		
Carpenter y Constan (100 gramos de glucosa)		
Ayuno	≥ 95 mg/dl	2 Valores alterados indican diagnostico de diabetes gestacional
60''	≥ 180 mg/dl	
120''	≥ 155 mg/dl	
180''	≥ 140 mg/dl	

Fuente: Carpenter and Constan (1982). Criteria screening test for gestacional diabetes. Am J Obstet Gynecol 144:768.

Tabla 2. Valores de Referencia de la Curva de Tolerancia Oral a la Glucosa para el diagnóstico de la diabetes gestacional.

Por otra parte, la presencia de hiperglucemia de ayuno se ha asociado con un incremento en los riesgos de muerte fetal intrauterina en las últimas 4 a 8 semanas de gestación. En aquellos casos en los que no se presenta hiperglucemia de ayuno o que ésta sea menos severa, no se presenta la mortalidad perinatal pero sí se incrementa el riesgo de macrosomía y las implicaciones arriba señaladas.

La diabetes mellitus gestacional se asocia también con un incremento en la frecuencia de trastornos hipertensivos de la gestación en la madre que junto con la macrosomía, llegan a hacer necesario un parto por cesárea lo que evita en gran parte traumatismos al nacimiento. También es frecuente observar polihidramnios, ruptura prematura de membranas e infección de vías urinarias que ocasionan una mayor incidencia de abortos espontáneos, partos prematuros y cesárea (Sandoval y Oliva, 2006). Por último, otra morbilidad neonatal significativa incluye la presencia de hipoglucemia, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia y policitemia (Metzger, 1991).

Cuando la enfermedad se detecta tempranamente, es factible que se trate de una diabetes mellitus preexistente, lo que a su vez contempla la posibilidad de observar defectos congénitos consecuencia de un mal control durante el primer trimestre de la gestación, riesgo que no se asocia en la diabetes mellitus gestacional propiamente dicha (Metzger, 1991).

Por todo lo anterior, es necesario que durante el embarazo la mujer observe una serie de lineamientos con el fin último de reducir la morbimortalidad materno fetal para lo cual se requiere de un riguroso control de glucosa en sangre, intentando reestablecer el medio metabólico para que se asemeje al de personas no diabéticas. Para ello, los estándares de cuidado médico propuestos por la ADA sugieren la intervención de un equipo interdisciplinario y consideraciones especiales de acuerdo a las condiciones particulares de cada mujer.

Por su parte, el Manual de Normas y Procedimientos del Instituto Nacional de Perinatología (Instituto Nacional de Perinatología [INPer], 1998) propone y lleva a cabo las siguientes estrategias de intervención:

1. Monitoreo de la glucosa materna dirigido hacia la detección de hiperglucemia severa que incremente el riesgo del feto. Dicha evaluación se realiza mediante determinaciones de glucosa en ayunas y posprandial. De ser posible la mujer puede incorporar el automonitoreo de glucosa en sangre capilar ya que ha demostrado ser de utilidad en la participación directa de su propio manejo.
2. La orientación nutricional cuya indicación se basa en recomendaciones estandarizadas suficientes y balanceadas para satisfacer las demandas del embarazo calculando una dieta con las necesidades calóricas de manera individual que garantice una ganancia de peso adecuada para la talla de la mujer y su edad gestacional a lo largo del embarazo. Implica tomar decisiones particulares de tratamiento para mujeres con obesidad.
3. Requerimientos de insulina. Es necesario considerar la institución de insulino terapia en aquellos casos en que las concentraciones de glucosa rebasan límites mayores a 100mg/dL en el ayuno o si la concentración posprandial es mayor a 120mg/dL. Se sugiere el uso de insulina humana en dosis fraccionadas con horarios acordes con las características clínicas de cada paciente en consideración de su dieta y actividad física. Generalmente, la dosis de insulina amerita ajustes en el curso del embarazo.
4. Algunos programas de ejercicio aeróbico moderado han demostrado disminuir las concentraciones de glucosa en mujeres con diabetes mellitus gestacional, por ello, desde 1990, el Tercer Taller Internacional sobre diabetes gestacional llevado a cabo en Chicago, Illinois, recomendó el

ejercicio como base de tratamiento, prescribirlo debe contemplar individualización y supervisión médica cuidadosa (Metzger, 1991).

5. Vigilancia fetal mediante monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal cerca al término del embarazo (Yen et al. 2001). (Figura 2).

Diversos autores recomiendan el parto de las mujeres con diabetes mellitus gestacional antes de las 40 semanas de gestación si se instituyó insulino terapia, o antes de las 42 si la diabetes se controla con dieta. Si el peso fetal estimado es mayor de 4000 gramos, a menudo se recomienda una intervención cesárea electiva para reducir el riesgo de traumatismo de parto y distocia de hombros.

En el puerperio, se espera que la mujer con diabetes gestacional regrese a niveles normales de tolerancia a la glucosa. Para determinarlo, se requiere un análisis confirmatorio de reclasificación del estado glucémico el cual debe realizarse de 6 a 8 semanas posteriores al parto.

Se sabe que en el largo plazo, una mujer que ha padecido diabetes gestacional tiene un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. Investigaciones estadounidenses informan que posterior al diagnóstico de diabetes gestacional se espera que alrededor del 60% de las mujeres caucásicas y 50% de mujeres mexicano–norteamericanas padezca diabetes dentro de 5 y 15 años posteriores a su diagnóstico respectivamente (Ríos-Torres y Rull-Rodrigo, 1998).

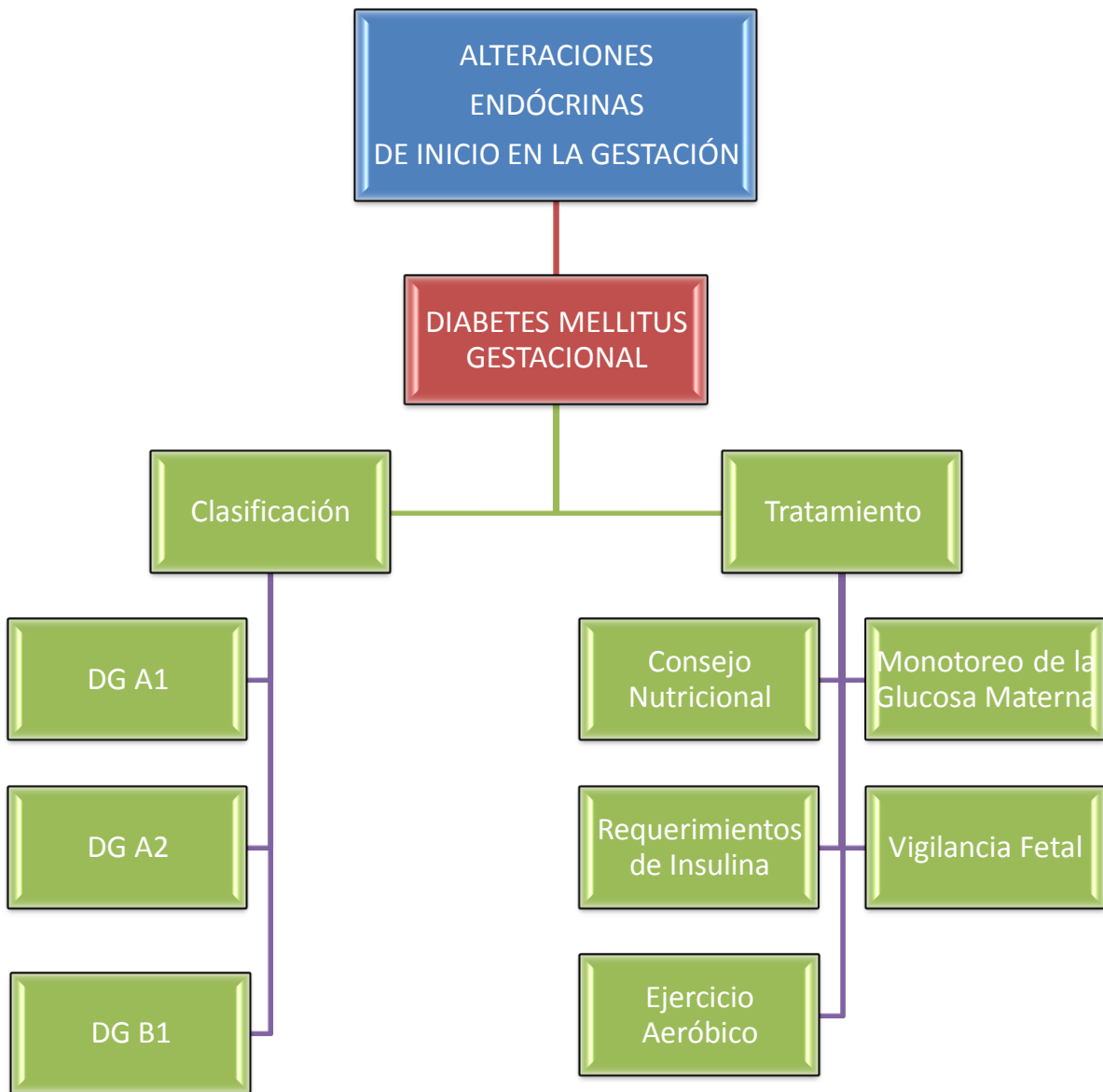


Figura 2. Clasificación y Tratamiento de la Diabetes Gestacional.

También se ha demostrado que la presencia de diabetes tipo 2 incrementa el riesgo experimentar depresión asociado a lo crónico de la enfermedad y a las limitaciones funcionales (Pouwer, Beekman, Nijpels, Dekker, Snoek, Kostense, Heine, Deeg, 2003).

Por otra parte, los hijos de mujeres que padecen diabetes mellitus tienen un mayor riesgo de sobrepeso y obesidad a lo largo de su desarrollo, intolerancia a la glucosa y diabetes en la adolescencia tardía y en la adultez temprana (Figura 3).

Es por ello que el embarazo y su resolución es un momento oportuno para promover medidas preventivas e informativas para toda mujer respecto de la identificación de signos y síntomas de diabetes, contemplar medidas de rastreo periódicas mediante pruebas diagnósticas para una detección temprana, modificaciones del estilo de vida que disminuyan la resistencia a la insulina, incluyendo el mantenimiento de un peso corporal normal, mediante orientación nutrimental y actividad física, todo ello debido al alto riesgo para el desarrollo de diabetes.

Finalmente, es importante contemplar el proyecto reproductivo futuro mediante una planeación que garantice la regulación de la glucosa previo al embarazo para minimizar riesgos y promover el bienestar de la madre en el largo plazo (Metzger, 1991).

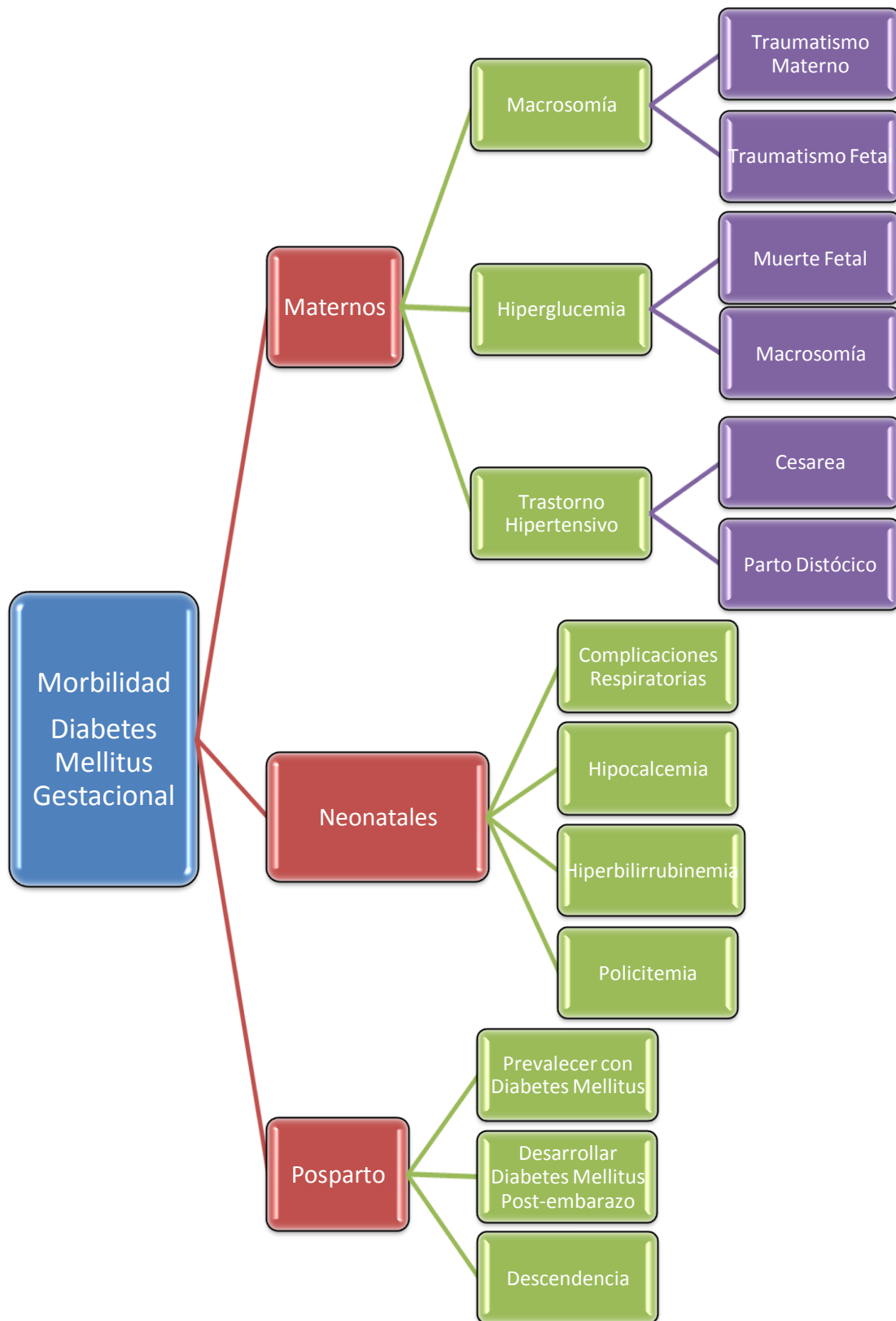


Figura 3. Morbilidad de la Diabetes Mellitus Gestacional.

En resumen, un embarazo que se cursa con diabetes mellitus pregestacional o gestacional amerita atención específica, siendo la meta lograr niveles normales de glucosa en sangre, por ende, la falla en la adherencia al régimen de control para la diabetes contribuye a un pobre control glucémico que resulta en complicaciones en el corto, mediano y largo plazo. De ahí la importancia de apearse al tratamiento durante el embarazo y evaluar el estado glucémico en el puerperio, debido a la posibilidad de desarrollar diabetes mellitus en el futuro. Tomar decisiones preventivas en las mujeres en riesgo resulta importante y trascendente para la salud y calidad de vida futura.

Ahora bien, la elevación crónica de la glucemia es un factor potencialmente controlable; no obstante, está documentado también, que los niveles de adherencia al régimen de control de diabetes son notoriamente bajos. Además, se ha demostrado que el incumplimiento en el seguimiento de las recomendaciones médicas conlleva a que los pacientes con diabetes mellitus sean hospitalizados más frecuentemente con períodos más prolongados de internamiento que pacientes no diabéticos. Aunando a ello, está la incomodidad y el desgaste emocional que implica (Gómez-Pérez, 1999). En la revisión llevada a cabo para este trabajo, no se encontraron informes en pacientes con diabetes gestacional o embarazadas, sin embargo, se documentan las estadísticas de hospitalización de esta población en el INPer.

Hay que destacar que por sus características, la diabetes mellitus gestacional es un padecimiento de reciente diagnóstico para la mujer embarazada, que se espera concluya posterior al parto y que más que una enfermedad crónica se trate de un padecimiento agudo. Quizá por ello, autores como Langer y Langer, (1994), Spirito, Williams, Ruggiero, Bond, McGarvey, Coustan, (1989) y Ruggiero, Spirito, Bond, Coustan, McGarvey (1990) consideren que las mujeres con diabetes gestacional pueden adaptarse a la enfermedad y ser altamente adherentes al tratamiento independientemente de si este incluye dieta o insulina y dieta.

En una muestra de mujeres con diabetes gestacional, Ruggiero et al. (1990) informan un 66% de cumplimiento en pacientes atendidas con dieta y 71% de cumplimiento al uso de insulina. Por su parte, Fisher, Delamater, Bertelson y Kirkley (1982) citan que una tercera parte de las pacientes a las que se les prescribe una dieta reportaron no haberla seguido y que del 40% al 80% tuvieron errores en la administración de la insulina.

La experiencia institucional demuestra que no todas las mujeres son capaces de llevar a cabo las indicaciones necesarias respecto de dicho control, lo que hace que en el transcurso del embarazo ingresen constantemente a hospitalización por hiperglucemia para ser atendidas, confrontando los riesgos que ello implica. De acuerdo con el Anuario Estadístico del 2007, se reporta que hay un total de 489 hospitalizaciones de pacientes con diagnóstico de diabetes que se origina en el embarazo, dejándose observar que dichos internamientos representan un alto costo por el número de días promedio de hospitalización por paciente (Instituto Nacional de Perinatología [INPer], 2007).

Hay quienes justifican tales estadísticas de fallo en la adherencia a expensas del régimen de tratamiento necesario para el control glucémico distinguiéndolo de otras enfermedades por la complejidad de sus demandas, la cantidad de responsabilidades hacia el paciente y por las ideas sobre salud y enfermedad que los pacientes tienen. Pero también se ha documentado que un régimen de corto plazo se asocia con una mejor adherencia, situación que describe el caso de mujeres con diabetes gestacional a diferencia de aquellas que tienen diabetes pregestacional.

Mientras que otro punto de vista se ha orientado hacia la relación médico paciente proyectando el problema en términos de adherencia terapéutica y deficiencias en la atención médica más que en el cumplimiento mismo (Lerman-Garber, 1998). En este sentido, múltiples autores señalan que el descontrol glucémico se explica por la actitud paternalista del equipo de salud y la actitud

pasiva del paciente (Andersson y Ekdahl, 1992; Díaz Nieto, Galán, Fernández, 1993; Fisher et al. 1982; y, Petrides, Petermann, Henrichs, Petzoldt, Rolver, Schidlmeier, Weber y Wendt, 1995).

En este sentido, St. James, Younger, Hamilton y Waisbren (1993) concluyen que la historia personal, la información, actitudes, personalidad y redes de apoyo son variables trascendentes en la comprensión del comportamiento que promueve la adherencia a recomendaciones médicas y hacia la salud en general.

Entender los motivos para la falta de adherencia al régimen de autocuidado que ocasiona un pobre control glucémico es complejo y único para cada persona. Estudios llevados a cabo con pacientes con diferentes tipos de diabetes mencionan que algunas de las variables que se vinculan al descontrol glucémico son de índole psicológico, económico y cultural. Entre otras, se informa que la presencia de estrés, trastornos psiquiátricos, estados emocionales alterados como la ansiedad y la depresión, falta de redes de apoyo y conflictos interpersonales, el tipo de diabetes mellitus y la dependencia a la insulina minan la adherencia al régimen de control (Anderson, Freedland, Clouse y Lustman, 2001; Dupuis, 1980; Feifer & Tansman, 1999; Fisher et al. 1982; Lerman-Garber, 1998; Spirito et al. 1989; y Ruggiero et al. 1990).

Miles, Blount, Crowe y Singh (1996) proponen que un buen control glucémico funciona linealmente con relación al grado de interferencia que existe entre la percepción que se tiene de las restricciones de la enfermedad o los cambios en el estilo de vida como el uso de medicamentos y dietas con otras áreas de disfrute de la vida en general. De esta manera, cuando una persona no experimenta satisfacción en la vida, o las áreas de las que experimenta placer se ven restringidas, la motivación hacia el cuidado para la diabetes o hacia otros hechos en los que se ejerce un control se verá disminuido. En este sentido se puede insertar el hallazgo de St. James respecto al hecho de que mujeres que mantienen

un buen control glucémico, también pueden hacerlo con otras respuestas relacionadas a la salud.

Por su parte, el monitoreo del embarazo, el número de determinaciones de glucosa y la retroalimentación inmediata de resultados dan seguridad y confianza a la mujer lo que a su vez, impacta en un buen control glucémico. Mentzger (1991) informa que el auto monitoreo mediante el uso de un glucómetro permite que los pacientes participen en su control y manejo mediante la modificación conductual.

Así mismo, se documenta que la participación de los pacientes en la toma de decisiones en el régimen de tratamiento y la claridad en las expectativas en conjunto con su médico impacta el control glucémico y minimiza las limitaciones funcionales de la enfermedad (Feifer & Tansman, 1999). No obstante, Díaz Nieto et al. (1993) señalan que aunque esto resulte importante, la responsabilidad final de llevar a cabo las indicaciones terapéuticas recae en el paciente.

Y, respecto a algunas características individuales, se ha demostrado que mujeres con un buen control son más serenas, agradables, seguras y energéticas que las pacientes con un pobre control, las cuales se muestran hostiles, ansiosas y con poca confianza en sí mismas (Langer y Langer, 1994).

Por lo anteriormente descrito, la Asociación Americana de Diabetes (ADA) ha sugerido conformar grupos médicamente coordinados incluyendo entre otros, profesionales de salud mental para el cuidado óptimo de la diabetes donde sugiere al clínico contemplar datos respecto de factores de estilos de vida, cultura, educación y económicos que puedan influir en el manejo de la diabetes; y, de manera especial, recomienda contemplar aspectos del ajuste psicológico a la enfermedad y problemas de adherencia de manera continua mediante la implementación de un plan de tratamiento que indique procesos de evaluación, comportamiento, emocionales y psicosociales (American Diabetes Association [ADA], 1998; y, Feifer & Tansman, 1999).

La promoción del auto manejo de la enfermedad por parte del paciente ha motivado el desarrollo de programas educativos diseñados particularmente en aspectos informativos; sin embargo, también se ha reportado que el conocimiento de la enfermedad por sí mismo es insuficiente para producir el desempeño de conductas de autocuidado y que éstas se mantengan en el largo plazo. (Fisher et al. 1982; y, Turk y Speers, 1983).

Por su parte, el modelo biomédico de atención ha dirigido sus esfuerzos a desarrollar programas en los que ha incorporado los puntos de vista de la educación física y la nutrición, donde la mayoría de las veces no se considera de manera sistemática y profesional el punto de vista del paciente en términos del acontecer cotidiano que le da significado y sentido a su experiencia como “diabético” (García de Alba, Salcedo, Covarrubias, Colunga, Nájjar, 2004; y, García de Alba, Salcedo y López, 2006). Lo anterior plantea la necesidad de incluir la dimensión humana en su manejo médico, es decir, las disciplinas psicosociales en la atención del paciente para eliminar tensiones socioculturales y lograr cambios en su beneficio. De manera más específica, cobra importancia el análisis de recursos psicológicos, debido a que el estilo de vida puede moldearse a partir de condiciones y necesidades de dicho origen, no como causa directa de la enfermedad, sino respecto de la manera en cómo se enfrenta el padecimiento.

Sería deseable además, que en la incorporación de diferentes profesionales de la salud en la atención integral de la mujer embarazada con diabetes mellitus gestacional, se definan las necesidades particulares de cada paciente y las áreas donde mayor atención o entrenamiento se requiera con la posibilidad de que se le canalice con el experto apropiado en el momento adecuado, ya que Feifer y Tansman (1999) informan que más del 90% de pacientes con diabetes carece de acceso a grupos de atención médica completa.

Obedeciendo a ello, el profesional de la salud mental se inserta para apoyar al equipo de salud en aquellos casos en que las alteraciones emocionales constituyen una barrera para el tratamiento eficaz de la paciente, así como para investigar los principales aspectos y problemas psicológicos que afectan a la población consultante en un momento determinado, de tal forma que pueda ofrecer medidas normativas para su detección y prevención.

Capítulo II.

Embarazo y diabetes mellitus gestacional:

Aspectos psicológicos.

En el capítulo anterior, se abordaron los aspectos médicos del embarazo y a la diabetes gestacional como un factor de riesgo que lo complica, así como las demandas específicas para su cuidado, donde permanecer normoglucémica es para la mujer la meta a alcanzar durante el embarazo. Sin embargo, bien sabemos que comprender un fenómeno como el embarazo de manera integral conlleva la observación de aspectos biológicos, psicológicos y sociales por tratarse de un evento complejo de importantes y significativos cambios en las tres esferas tanto para la mujer como para su pareja. Por ello, en el presente capítulo abordaremos al embarazo y a la diabetes mellitus gestacional desde el punto de vista psicológico y sus implicaciones emocionales.

Uno de los componentes históricos a contemplar es que por años el embarazo ha sido considerado como un estado "normal y natural" en la vida de la mujer y la maternidad y la crianza como su papel esencial en la vida, no obstante, la investigación en reproducción humana actual, señala que el embarazo en sí mismo, puede ser una elección personal inserta en el modelo psíquico ideal y de identidad de la mujer, lo que a su vez modifica la dinámica de relación de pareja, el proyecto de vida, expectativas y acoplamiento a la presencia del hijo, además de los cambios en la estructura económica y laboral (Morales-Carmona, 1989 y Morales-Carmona, Díaz-Franco, Espíndola-Hernández, Henales-Almaráz, Meza-Rodríguez, Mota-González, Pimentel-Nieto, 1995).

Debido a estos cambios y a las exigencias del embarazo, se le ha considerado también como una crisis maduracional debido a que se trata de una situación vital que demanda una respuesta adaptativa mediante la activación de recursos internos y externos para lograr el ajuste que resuelva la circunstancia, no

solo en el sentido de concebir al hijo y parirlo, sino en la experiencia personal y emocional del proceso y la preparación a su nueva condición de vida como padres y su desempeño en la crianza.

Por ello, Morales-Carmona, González y Valderrama (1988) señalan que para que la situación crítica se resuelva, es necesario contemplar aspectos psicodinámicos vinculados al nivel previo de madurez emocional de la mujer, su sentido de feminidad, la presencia de conflictos no resueltos y la temprana relación madre hija. Por su parte, como en toda crisis que se resuelve, el ajuste psicológico logrado promueve un crecimiento y madurez personal que impacta además de a la mujer misma, a su entorno de relación (Bibring citado en Morales-Carmona et al. 1988; y, Gorman, 1995).

Por su parte, la diabetes mellitus gestacional, que como se dijo en el capítulo anterior, se trata de una enfermedad que aparece en el curso del embarazo, se agrega como un segundo evento crítico en tanto que se trata de un padecimiento que demanda la necesidad de actuar psicológicamente y que por ser novedosa exige respuestas con las que no se cuenta. Además, la experiencia emocional se complejiza debido a que se sobreponen dos condiciones importantes que requieren de una adaptación en interacción así como la experiencia frente a un embarazo que es considerado como un “embarazo de alto riesgo”, haciendo necesario con ello evaluar la percepción e interpretación personal de la mujer frente a ambos eventos.

Uno de los ajustes psicológicos que se presenta con el embarazo es el que afecta a la identidad femenina. Según Pines, esto ocurre porque la mujer, además de convertirse en madre y modificar su papel social, se identifica con su madre en términos de la fertilidad, lo que a su vez le da un sentido de feminidad e identidad sexual (Pines, 1990 citado en Morales-Carmona, 1996). Incluso se informa que las mujeres con una adecuada y positiva identificación femenina, no presentan tantas complicaciones durante el embarazo como las mujeres que tienen problemas con

respecto de esta identificación (Morales Carmona, González, Ramos y Calderón, 1990).

Como experiencia individual, el embarazo conlleva un sentido de trascendencia en la vida junto con el maternaje mismo, situación que ha sido considerada social y culturalmente como una de las experiencias más gratificantes de la vida ya que la mujer tiende a valorarse en función de su capacidad reproductora, lo que a su vez promueve sentimientos de seguridad y confianza; aunque por otro lado, también es una experiencia que se asocia con emociones previas, temores, deseos y recuerdos de la historia personal (Morales Carmona, 1996; Morales-Carmona et al. 1990; y, Morales-Carmona et al. 1988).

Dadas las ideas descritas y el cúmulo de cambios biopsicosociales, se pueden prever una serie de manifestaciones a nivel emocional. Dicha respuesta emocional corresponde generalmente a una condición de tipo inhibitorio, es decir, transitoria, adaptativa y reactiva al evento mismo; y, en aquellos casos en los que se detecta una condición psicopatológica, sabemos tiene que ver con una personalidad premórbida de la mujer (Morales-Carmona, 1989 y Morales-Carmona et al. 2005). A esta respuesta emocional se le ha definido como malestar psicológico por no cumplir con los criterios nosológicos para asignar un diagnóstico de trastorno, no obstante generar incomodidad subjetiva, desorganización psíquica, cambios emocionales y conductuales de intensidad variable, de curso breve, rápida evolución y buen pronóstico a expensas de la solución al problema disparador (Espíndola-Hernández, Morales-Carmona, Díaz, Pimentel-Nieto, Meza, Henales, Carreño e Ibarra, 2006; y, Sjögren y Hansson, 1994).

Estudios psicológicos sobre el embarazo han detectado que las principales manifestaciones emocionales son la depresión y la ansiedad y concomitantes tales como llanto fácil, labilidad e hipersensibilidad emocional, confusión, ambivalencia, pesimismo, dependencia y resentimiento (Morales-Carmona et al. 1988; y, Gorman, 1995).

Al respecto, la literatura informa cifras de 30 a 60% de alteraciones emocionales en poblaciones que asisten a una consulta médica y en el caso de pacientes obstétricas, se documenta que éstas referían una mayor sintomatología, pero no de suficiente intensidad como para generar un diagnóstico nosográfico (Gómez, Morales-Carmona, Aretia y Gutierrez, 1990; Morales-Camona, Luque y Barroso, 2002).

En una muestra de mujeres embarazadas con diabetes gestacional se informa haber observado un 10 y 12.8% de ansiedad estado y rasgo respectivamente (Aguilar y Morales-Carmona, 1995), y aunque son los únicos datos que reportan el estado emocional en mujeres con diabetes gestacional, numerosos trabajos indican que las reacciones emocionales y psicológicas que generalmente se experimentan en los embarazos normales, se intensifican y prolongan en los embarazos de alto riesgo, agregando a ello sentimientos de enojo, culpa, miedo y negación (Gorman, 1995). En el caso de la diabetes gestacional, esto es importante debido a que los estados emocionales alterados en extremo pueden afectar tanto en la diabetes y su control como el embarazo mismo.

En este sentido, Morales-Carmona (2002) ha demostrado que las mujeres con embarazos de alto riesgo se encuentran más deprimidas y con mayor inadecuación social que las mujeres con un embarazo normal y que la problemática emocional incrementa asociado a eventos perinatales como el número de gestaciones, abortos y óbito fetales, documentando hasta un 62.2% de mujeres detectadas como posibles casos de malestar psicológico mediante el Cuestionario General de Salud (Morales-Carmona et al. 1990 y Morales-Carmona et al. 2002).

Por su parte, Gorman (1995) describe que los niveles de ansiedad se intensifican en estas mujeres cuando se esperaría que la ansiedad fuera generalmente baja (p. ej. Durante el segundo trimestre) y que la culpa puede estar

presente si la mujer experimenta que es responsable de las complicaciones que presenta. Esto es particularmente importante en mujeres con diabetes gestacional debido a que su condición de salud se encuentra estrechamente relacionada con su participación en el nivel de cumplimiento a las indicaciones médicas, principalmente la dieta.

Algunas explicaciones a estos sentimientos se han asociado con lo profundo y decisivo del suceso, ya sea por el proceso del embarazo como producto de cambios fisiológicos como por complicaciones gineco obstétricas y el parto mismo. Por otra parte se mencionan problemas de índole económico y falta de apoyo social como factor asociado a reacciones de ansiedad (Morales-Carmona, 2006; Morales-Carmona, et al. 1990; y, Morales-Carmona, et al. 1988).

Otros autores se han avocado a encontrar aquellas áreas en lo psicológico que se ven modificadas. Al respecto, Gorman (1995) y Morales-Carmona (2006) señalan que la evaluación personal sobre la capacidad como madre, la responsabilidad del bebé y preocupaciones sobre la salud propia y la del bebé son fuente de ansiedad cercanas al parto. Por otra parte, se observan cambios en el estilo de vida individual, de pareja, familiar y social (Aguilar, Morales-Carmona, Barranco, 1998), limitación en el desempeño de actividades, modificaciones en el autoconcepto y en la imagen de sí misma (Morales-Carmona, 1989 y Morales-Carmona, 2006).

De manera particular, Aguilar et al. (1998) menciona que las reacciones depresivas en mujeres con diabetes se asocian a la pérdida de la función endócrina y a las limitaciones que se enfrentan en la vida social y familiar.

Respecto al sentimiento de ambivalencia, Morales-Carmona (1996 y 2006) informa que es una emoción que siempre estará presente y que se asocia al embarazo debido a la condición de deseo, en tanto que por un lado sugiere la consolidación de una posición con la identidad femenina pero por otro, establece la condición de dependencia, pérdida de la libertad personal y de pareja además

de limitaciones a actividades de su vida. En este sentido, Gorman (1995) documenta que la ambivalencia o rechazo hacia el embarazo se presenta en 50–60% de las mujeres independientemente de si fue o no planeado, y que dicho sentimiento se va resolviendo gradualmente hacia el término del mismo junto con su aceptación.

A esto debemos agregar las emociones experimentadas dada la detección de la diabetes gestacional que como toda enfermedad física y dependiendo del tipo de padecimiento y pronóstico, tendrá una particular forma de expresión y solución.

Si bien es cierto que la respuesta emocional al diagnóstico se experimenta de manera diferente por cada individuo, sabemos también que reacciones depresivas y ansiosas son comunes ante la detección de cualquier enfermedad, ya que se considera una amenaza a la vida y a la integridad individual, lo que se vive como algo impactante e inevitable de cambiar y confronta con la necesidad de adaptarse a ello (Langer & Langer, 1994; Rowland, 1989; y, Spirito et al. 1989). Y, mientras algunos autores informan que el diagnóstico de diabetes gestacional no contribuye adversamente al estado emocional de mujeres diabéticas (Langer & Langer, 1994 y Spirito et al. 1989), otros autores han llegado a suponer que diagnosticar diabetes durante el embarazo puede causar tanta ansiedad que sugieren no proporcionar dicha información a la mujer (Daniells, Grenyer, Fracog, Coleman, Burgess y Moses, 2003). En este sentido, Sjögren y Hansson (1994) informan que 46% de mujeres con diabetes gestacional refirieron que el diagnóstico las confrontó con una situación seria y difícil de aceptar; no obstante, la mayoría logra adaptarse emocionalmente y solo una quinta parte de ellas se mantiene en una situación de ansiedad.

Respecto a los cambios que implican las enfermedades crónicas, se han llevado a cabo investigaciones respecto del impacto emocional del diagnóstico y su influencia sobre el tratamiento (Deshields, Jenkins y Tait, 1989), proceso que tendría que ser diferente ante un padecimiento agudo como la diabetes

gestacional, reconociendo también que en el caso de la mujer embarazada, ésta se encuentra altamente motivada para su cuidado dado el deseo de llevar a un buen término su embarazo y la posibilidad de que los niveles de glucemia vuelvan a su estado normal.

Independientemente del impacto diagnóstico, la mujer tendrá que ajustarse a una serie de exigencias para el control de la enfermedad durante el embarazo, acciones que en la mayoría de los casos son novedosas y que no obstante, tienen que ser incorporadas en su quehacer cotidiano, con su respectiva carga de ansiedad. La mayoría de estas demandas son de carácter “obligatorio” dado el caso de querer preservar la salud y minimizar los riesgos y complicaciones para el bebé. Es por ello que Fisher et al. (1982) informan que más que el funcionamiento del metabolismo, las personas que padecen esta enfermedad se ven afectadas respecto de sus actividades cotidianas; mientras que Sjögren y Hansson (1994) señalan que un efecto tardío de la diabetes gestacional que resulta más importante que el efecto diagnóstico inmediato tiene que ver con la preocupación hacia los hábitos alimenticios y la salud, respecto de los hijos y los embarazos subsecuentes, pero también hacia la confrontación que la experiencia de la diabetes gestacional tiene ante la percatación de una condición humana que genera ansiedad respecto de la propia salud.

Como ya se había mencionado en el primer capítulo, dichas demandas consisten primordialmente en hábitos alimenticios, uso de insulina en algunos casos, ejercicio, monitoreo de la glucosa y monitoreo fetal. Spirito et al. (1989) y Aguilar et al. (1998) concluyen en sus respectivas investigaciones que las mujeres con diabetes gestacional logran la adaptación psicológica en un periodo corto (semanas), señalando los primeros que esto resulta más fácil lograrlo en aquellas mujeres que solo requieren dieta para su control en comparación con las que hacen uso de insulina. Contrario a ello, Langer & Langer (1994) aceptan que la adaptación de la mujer al diagnóstico de diabetes gestacional es rápido pero que dicho ajuste es independiente a si el tratamiento requiere dieta y/o insulina y que

el tratamiento, monitoreo e inyecciones constantes no alteran el estado emocional de la mujer.

Más allá de los cambios comportamentales cotidianos, la enfermedad influye la experiencia afectiva personal en términos de amenaza a la vida materna y fetal, a la integridad física y a la calidad de vida. Además, cabe señalar que cuando se detecta una mujer con diabetes gestacional, detrás de ello es altamente probable ubicar a una familia con diabetes mellitus, con una historia particular, experiencia de enfermedad, actitudes hacia la salud y formas de atención hacia la misma, y que, si bien no experimenta ni supone una muerte inmediata, si connota una reducción de la esperanza y calidad de vida, así como el temor a verse incapacitado y dependiente como consecuencia de las complicaciones y deterioro físico, condición que interviene en cómo la mujer experimentará su situación actual.

Se ha documentado también, que la depresión es el síntoma psicológico más frecuentemente asociado con la diabetes mellitus (Barglow, Hatcher, Wolston, Phelps, Burns y Depp, 1981) y aunque no hay datos reportados en el caso específico de la diabetes mellitus gestacional, resulta trascendente la atención psicológica para este tipo de padecimiento, ya que como hemos descrito, durante el embarazo, puede tener implicaciones adversas.

Finalmente, se espera que el estado emocional de la mujer también sufra ajustes al término del embarazo. Morales-Carmona (1989) informa que reacciones depresivas de diferente curso y pronóstico son factibles, debido a la adaptación de la mujer a su hijo, a la personalidad premórbida de la mujer o a un cuadro psicopatológico preexistente. Y, en lo que a la diabetes gestacional respecta, se informa que las mujeres se mantienen preocupadas respecto de su salud y que perciben a sus hijos como menos saludables al ser comparadas con mujeres sanas, aun y cuando éstos estuvieran sanos. Un dato preocupante es que aquellas mujeres que percibieron y se preocuparon por la falta de salud de sus

hijos, no implicaron que llevaran a cabo acciones de atención y/o acciones preventivas (Feig, Chen y Naylor, 1998). En el mismo sentido, Holing, Beyer, Brown y Connell (1998) detectaron que el antecedente de diabetes gestacional y el conocimiento de sus riesgos no llevaron a las mujeres a planear su siguiente embarazo.

Por el contrario, Sjögren y Hansson (1994) reportan que muchas mujeres se encuentran motivadas para adoptar cambios en su estilo de vida una vez que el embarazo que se cursó con diabetes gestacional fue resuelto. Es por ello que la intervención psicológica es propicia para la promoción de un equilibrio emocional durante el embarazo, así como para la prevención y toma de acciones efectivas que influyan en la concientización de la mujer hacia el riesgo futuro de contraer la enfermedad una vez que el embarazo ha concluido, el riesgo para sus hijos, el proyecto reproductivo y la modificación de hábitos hacia la salud por mencionar algunos objetivos de la intervención, aunado a la evidencia documentada que describe que el tratamiento para la depresión mejora el control glucémico de pacientes con diabetes mellitus (Anderson et al. 2001). Lograr este equilibrio implica una transformación que va a ser más o menos importante en virtud de las características y magnitud del cambio, así como de sus recursos, influyendo en ello la representación simbólica y la percepción de la situación de cada mujer (Morales-Carmona, 2002).

MacRae (1986) describe que, debido a que la diabetes mellitus es una enfermedad que obstaculiza la autonomía de quien la padece, hará factible que sentimientos de vulnerabilidad, pesimismo, incomodidad e incapacidad se manifiesten. Así mismo, se ha demostrado que en la medida que la mujer perciba que su situación es una circunstancia en la que poco o nada está bajo su control personal, estos sentimientos de indefensión estarán presentes y que, en cambio, las personas tienden a adoptar una visión optimista de los riesgos hacia su salud, si ellos la perciben como controlable (Feig et al. 1998).

Aunado a lo anterior, Morales-Carmona (2002) señala que si a esto se agrega que en el manejo de un padecimiento se considera que es el personal de salud el que tiene la capacidad de otorgar y determinar lo que se debe hacer, el paciente puede experimentar la enfermedad como una condición impuesta y que la solución dependerá de un individuo externo. De aquí la importancia de prestar atención a ambas características -personales y de equipo de salud- para pronosticar el tipo de respuesta de una persona determinada.

Finalmente, para la comprensión integral del embarazo y la diabetes gestacional, no debe omitirse contemplar el contexto social e ideológico en el que ambos se presentan. De acuerdo con Fisher et al. (1982) y Morales-Carmona et al. (1990), el embarazo es un fenómeno complejo en el que influye la interacción de la sociedad mediante significados compartidos, modelando un sentido cultural del mismo e interpretándolo junto con las expectativas de la mujer. De manera más específica, los primeros señalan que en nuestra sociedad el embarazo y la maternidad se han interpretado como un estado que dignifica a la mujer, que tales atributos resaltan sus valores de feminidad y que fomentan satisfacción aún y cuando pueden llegar a poner en riesgo la propia vida.

También se ha reportado que cuando un embarazo de alto riesgo ocurre, las relaciones y comunicación familiar mejoran, presentándose una cooperación hacia el mismo cuando la mujer se sabe embarazada (Morales Carmona, 1996; Morales Carmona et al. 1990; y, Morales-Carmona et al. 1988). Aunque por otra parte, la relación de pareja puede verse afectada ya que se ha demostrado que la insatisfacción conyugal aumenta después del tercer parto, asociado al incremento del número de hijos, como a la muerte neonatal como una de las consecuencias de los riesgos del embarazo (Morales-Carmona et al. 1990).

De manera particular, en mujeres con diabetes gestacional se ha demostrado que las redes sociales cercanas a la mujer pueden proveer ajuste a la enfermedad recién diagnosticada y a su tratamiento mediante apoyo y sostén, lo que a su vez

minimiza la tensión emocional (Langer & Langer, 1994 y Ruggiero et al. 1990) informan que las mujeres que cuentan con apoyo social respecto de los cuidados hacia la diabetes gestacional, se adhieren mejor al tratamiento dietético e insulínico facilitando su ajuste, en comparación con aquellos que no cuentan con dicho apoyo.

Como podemos ver, el embarazo y la diabetes gestacional son dos eventos importantes que comprometen aspectos biológicos, psicológicos y sociales que de manera conjunta evidencian la necesidad de ser abordados integralmente y que hacerlo así permite además de una mejor y completa comprensión, la prevención de problemas en su curso y la ejecución de planes de intervención óptimos y oportunos para la adaptación psicológica global.

Capítulo III.

Recursos psicológicos.

En los capítulos precedentes hemos descrito las características médicas y psicológicas asociadas al embarazo que se cursa con diabetes gestacional donde se ha enfatizado la imperante necesidad de que la mujer alcance niveles de glucosa adecuados para el buen resultado gineco-obstétrico (dada la enfermedad), exigiendo en las pacientes un conjunto de acciones para su cuidado y el establecimiento de hábitos que involucran su participación diaria y activa. Además, también se reconoce que dichos eventos pueden conducir a que la mujer experimente malestar psicológico producto de las exigencias del embarazo y la enfermedad como eventos críticos y maduracionales (Espíndola-Hernández, Morales-Carmona, Díaz, Pimentel-Nieto, Meza, Henales, Carreño e Ibarra, 2006; Morales-Carmona, Díaz-Franco, Espíndola-Hernández, Henales-Almaráz, Meza-Rodríguez, Mota-González, Pimentel-Nieto, 1995).

La importancia de mantener un buen control de los valores de glucosa en sangre ha orientado múltiples investigaciones, llegando a la conclusión de que lograr cambios en el estilo de vida es la base en el tratamiento de un padecimiento como la diabetes mellitus (Árcega-Domínguez, Lara-Muñoz, Ponce-de-León-Rosales, 2005; Cockerham, 2002). Sin embargo, también se reconoce la dificultad y resistencia que presentan los individuos frente al cambio, quizás porque se trata de hábitos que se manifiestan desde la cultura y las tradiciones, donde la personalidad cobra una importancia fundamental.

Todo lo anterior en su conjunto, genera múltiples demandas al psiquismo, no sólo en términos de equilibrio emocional, sino hacia el ajuste y cambios que el régimen de tratamiento requiere, motivación para el cambio, del dominio de habilidades que pueden ser complejas y puesta en acción de funciones psicológicas como la capacidad de planeación, anticipación y juicio. De ahí que el

grado de éxito en la adaptación durante el embarazo dependa en gran medida de la capacidad del paciente para poner en práctica los recursos psicológicos necesarios para ello. Aunado a ello, Peyrot (2003), Peyrot y Rubin (1997) y Tattersall (1981) señalan que en dicho ajuste también influyen las creencias personales, la percepción de la capacidad individual para lograr mediante esfuerzos propios el control glucémico, la reacción del paciente respecto de su papel como enfermo y la reacción familiar y del entorno frente a la enfermedad.

En este sentido, es importante reconocer que un paciente responderá hacia el embarazo y la enfermedad con los recursos psicológicos que posea, activando aquellas cualidades y atributos personales que promuevan una respuesta psicológica adaptativa. Según Morales-Carmona et al. (2006) una conducta adaptativa es aquella respuesta que ofrece solución a una necesidad y que además de satisfacerla acata los elementos y condiciones de la realidad, las normas sociales y culturales a las que se pertenece. Por su parte, Tattersall (1981) señala que independientemente de la enfermedad, ésta puede incidir en el individuo fomentando la aparición de una condición de “fragilidad psicológica”, lo que complicaría la adaptación a la circunstancia actual.

El ser humano es complejo, por ello requerimos contemplar diferentes recursos psicológicos con la finalidad de integrar más de una cualidad y generar así un modelo comprensivo más completo. Para ello, el presente capítulo contempla tres recursos psicológicos, el locus de control, los estilos de afrontamiento y la asertividad, con el interés de observar si nos permiten predecir el control glucémico en mujeres con diabetes gestacional.

Dichos conceptos fueron contemplados debido a que de manera independiente y lineal han demostrado asociación con diferentes respuestas psicológicamente saludables y adaptativas, calidad de vida, conductas hacia la salud, manifestaciones sintomáticas físicas y emocionales, adherencia terapéutica e incluso control glucémico en pacientes con diabetes mellitus. Sin embargo, de

acuerdo con los informes, algunos resultados son contradictorios o poco consistentes.

Si bien es cierto que cada uno de estos constructos tiene implicaciones en lo particular, es nuestro interés integrar su funcionamiento de la siguiente manera:

El locus de control se ha conceptualizado como una parte de la personalidad que puede emplearse para la predicción de conductas debido a que constituye la capacidad interna y dinámica de una persona de controlar e influir en el manejo de los resultados de eventos de vida cotidianos (Dhee-Perot, Loas, Fremaux, Delahousse, 1996; Holt, Clark, Kreuter, 2001; Ponto, 1999).

Por su parte, los recursos de afrontamiento engloban respuestas cognitivas y conductuales que el individuo presenta ante eventos críticos para su adaptación.

Finalmente, la asertividad se define como la habilidad verbal para la expresión de deseos, creencias, necesidades y opiniones tanto positivas como negativas, así como el establecimiento de límites de manera honesta y oportuna respetándose a sí mismo como individuo y a los demás durante la interacción social (Flores, 1994).

A manera de integración, suponemos que una respuesta adaptativa a la diabetes gestacional requiere que la mujer se sienta capaz de manejar la enfermedad y controle sus niveles de glucosa en sangre, que lleve a cabo comportamientos pertinentes ante dicha demanda y que éstos ocurran de manera oportuna. Identificar tales características psicológicas y la manera en cómo operan nos permite anticiparnos a su respuesta y por ende, a una intervención oportuna.

El presente capítulo tiene la finalidad de analizar la propuesta teórica que los conceptos de locus de control, estilos de afrontamiento y asertividad y la manera como éstos operan.

Teoría de Aprendizaje Social y Locus de Control

El concepto de locus de control propuesto por Rotter, proviene de la teoría de aprendizaje social compartiendo muchos de los aspectos teóricos con los formulados por Lewin, Bandura, Atkinson, Ellis, Mischel y Mineka. Estos autores integraron las teorías de estímulo-respuesta o teorías del reforzamiento y las teorías de campo o cognitivas como un rechazo al determinismo por sobre la predicción de la conducta humana en situaciones sociales complejas (Fernández, Llorente, 2006; García, 2006; Hale, 1986; Ludtke, Schneider, 1996; Universidad Surcolombiana Neiva, 2008).

De acuerdo con Bandura (1986) (citado en Universidad Surcolombiana Neiva, 2008), el aprendizaje es con mucho una actividad de procesamiento de información en la que los datos acerca de la estructura de la conducta y de los acontecimientos del entorno se transforman en representaciones simbólicas que sirven como lineamientos para la acción.

En consecuencia, el enfoque del aprendizaje social propone que el comportamiento y el aprendizaje de los individuos surgen no solo de la propia experiencia sino también de manera indirecta a través del medio social y la observación de conocimientos, reglas, normas, habilidades, estrategias, etc. en interacción. A partir de la observación, pueden presentarse en el individuo cambios conductuales, cognitivos y afectivos en continua interacción, proceso al cual se le denomina modelamiento, que junto con procesos de atención, retención, producción y motivación producen comportamientos que las personas consideran importantes, evalúan las consecuencias de sus actos y modifican la motivación para la acción en sí (Universidad Surcolombiana Neiva, 2008).

Desde esta perspectiva, Rotter concibe la personalidad en interacción con su medio ambiente definiéndola como un cúmulo de respuestas relativamente estables a ciertas situaciones particulares y que posterior a la percepción, las

respuestas del individuo le hacen interpretar el mundo (Casique, 2007). Para ello, enfatiza las necesidades y las “expectativas” individuales que se tienen para alcanzarlas, haciendo hincapié en que en su satisfacción se puede llegar a requerir de la decisión de otras personas (Fernández, Llorente, 2006 y García, 2006).

Para este autor, las experiencias pasadas generan expectativas de carácter subjetivo. Se establecen a partir de la experiencia y de acuerdo a si las consecuencias de los actos fueron satisfactorias o insatisfactorias. Frente a situaciones actuales semejantes, los individuos esperan suceda lo mismo que en su historia, lo que restringe su libertad de movimiento y refuerza sus expectativas cada vez que obtiene las mismas consecuencias.

Las expectativas consideradas en la teoría son las siguientes:

- Expectativas de reforzamiento (expectativas de resultados contingentes a una conducta),
- Expectativas de solución de problemas (autoeficacia),
- Expectativas de control sobre los refuerzos (locus de control interno-externo).

También considera importante contemplar la calidad y el valor del reforzamiento, el cual es totalmente subjetivo, que consiste en el grado de preferencia que la persona muestra por un determinado refuerzo o meta (Fernández y Llorente, 2006). Si éste es alto, generará también expectativas altas y conducirá a la persona a conseguirlo sin importar si es alcanzable o no. Por ello, es necesario armonizar las expectativas de éxito y los valores de objetivos. Cuando esto no ocurre, se experimenta frustración, la cual si es persistente puede producir irritabilidad generalizada, hostilidad desplazada, regresión, odio a si mismo, apatía, depresión, evitación y conductas obsesivo compulsivas.

Finalmente, la situación psicológica hace referencia a cómo el individuo percibe y valora la situación en un complejo de conductas y acontecimientos previos o inmediatos (Fernández y Llorente, 2006). Entonces, la conducta depende de la percepción, expectativa, el valor del reforzamiento y la experiencia misma. Si se produce un cambio de conducta, se pueden ver afectados la percepción de hechos particulares, las expectativas, el valor de reforzamiento de los objetivos y directamente la conducta (Universidad Surcolombiana Neiva, 2008).

Rotter acepta el concepto de inconsciente a manera de expectativas que inciden en la conducta sin darse cuenta el individuo. No obstante, se aboca a la idea de que existen necesidades generales y que las conductas tienen como objetivo alcanzarlas. El potencial de necesidad es la intensidad de la conducta enfocada hacia un objetivo, donde se tiene en cuenta del valor de reforzamiento.

También plantea la capacidad del individuo para elegir gratificaciones inmediatas o futuras, considerando que las futuras son potencialmente mayores e importantes para suplir las necesidades. Las expectativas influyen en la capacidad del individuo de esperar una gratificación futura. Aunque los estudios demuestran una preferencia por optar por la gratificación inmediata.

En 1966, Rotter (citado en De Moja, 1997; Dimitrovsky et al. 1993; Gregg, Kriska, Narayan, Knowler, 1996; Lefcourt, 1982) propone el concepto de locus de control como una variable adaptativa que relaciona la conducta del individuo y las consecuencias de ésta. Lo define como un componente cognitivo y estable de la personalidad que permite al individuo evaluar el grado que considera que su vida y los eventos que la rodean e influyen están bajo su propio control. En términos generales, el locus de control constituye una expectativa generalizada o una creencia relacionada con la previsibilidad y estructuración del mundo (Casique, 2007).

Bajo este supuesto, distingue al locus de control interno del externo, siendo la motivación al logro la principal diferencia entre ambos, cualidad que influye en las acciones sobre una variedad de dominios de la vida, donde el locus de control interno se ha asociado con un ajuste positivo (Holder y Levi, 1988; Lefcourt, 1982; Ludtke, Schneider, 1996; Ponto, 1999).

Desde este punto de vista, Rotter define que las personas con una orientación interna poseen dos características principales: alta motivación de logro y baja direccionalidad externa. Es decir, son personas que creen que ellas tienen el control sobre lo que les sucede, influyen en el curso de su propia vida, se sienten responsables de ello y atribuyen los hechos de su vida al esfuerzo personal. Dado que son personas que logran transformar una situación adversa, aumentan su probabilidad de éxito asociado a su capacidad de búsqueda de información, toma de decisiones propias, iniciativa e independencia (Casique, 2007; Craig, Franklin, Andrews, 1984; De Moja, 1997; Dimitrovsky et al. 1993; Gregg et al. 1996; Lefcourt, 1982; Ludtke y Schneider, 1996; Ponto, 1999; St. James et al. 1993).

Peyrot (1994) distingue que el locus de control interno tiene a su vez dos componentes: autonomía y auto-culpa. El componente de la autonomía generalmente se asocia con resultados positivos y la autoinculpación con resultados negativos.

El locus de control externo caracteriza a las personas que atribuyen los eventos de la vida a circunstancias externas a sí mismas, fuerzas incontrolables como el destino, la suerte, las circunstancias o a otros seres poderosos o sobrenaturales, por lo que es factible que no se esfuercen por alcanzar una meta, y como perciben poco control reconocen poca influencia y responsabilidad en lo que les ocurre en la vida. Es decir, no reconocen su capacidad de alterar el curso de los eventos, son dependientes, conformistas, sumisos, se esfuerzan poco para trazar un plan de vida propio y para alcanzar metas y compromisos (Casique,

2007). Estas características hacen que estén más expuestos a padecer estrés y depresión (Craig, Franklin y Andrews, 1984; De Moja, 1997; Gregg et al. 1996; Lefcourt, 1982; Ponto, 1999). Mientras que De Mojá (1997) considera que el locus de control externo se relaciona a un mecanismo de escape para cubrir los problemas más que para enfrentarlos, Levenson sugiere que en ocasiones la creencia de control de otros poderosos puede expresar una aproximación realista a ciertas situaciones sociopolíticas más que a un patrón de personalidad desajustado (Dimitrovsky et al. 1993; Holder, Levi, 1988; y, St. James et al. 1993).

Dentro del locus de control externo, Levenson (citado en Holder y Levi, 1988) y Casique (2007) distinguen al locus de control externo “otros poderosos” y locus de control externo “suerte”. El primero incluye a aquellas personas que creen que el mundo es ordenado, pero que “otras personas”, a las que consideran “más poderosas”, son las que tienen el control sobre sus acciones; mientras que los externos “suerte” creen que el mundo es desordenado y ni ellos ni nadie puede hacer nada para cambiarlo, y por lo tanto, dependen de la suerte, el azar o el destino. Rotter considera que esto depende de una externalidad congruente o defensiva y abre la posibilidad a la consideración de que dichas variables se relacionen de manera diferente respecto a variables diversas de salud mental.

Originalmente, Rotter propuso una relación curvilínea respecto del locus de control donde las personas extremadamente internas o extremadamente externas debieran estar menos ajustadas respecto de puntajes intermedios. No obstante, dado los resultados de diversas investigaciones, acabó proponiendo una distribución lineal y continua polarizada entre la internalidad y la externalidad (Rotter, 1975 citado en Dimitrovsky et al. 1993 y Holder, Levi, 1988). A raíz de esta propuesta, se han documentado asociaciones con variables de salud física, personalidad, psicológicas, emocionales, conductuales y sociales, atribuyendo un sentido de ajuste y adaptación al locus de control interno tal como se muestra en la siguiente tabla, entendiendo que el resultado informado tiene su opuesto respecto del locus de control contrario (Tabla 3 y 4).

Locus de Control Interno

Salud

- Resistencia a la enfermedad causada por estrés (Brown, Granick, 1983; Neaves, 1989; y, Schaubroeck, Ganster, 1991).
- Mejor estado de salud (Brown, Granick, 1983; Neaves, 1989; y, Schaubroeck, Ganster, 1991).
- Adherencia a programas de actividad física (Gregg, Kriska, Narayan, Knowler, 1996).
- Control de peso (Free encyclopedia, 2008).
- Conductas de salud preventivas (Free encyclopedia, 2008).
- Mejor adaptación ante una incapacidad física (Free encyclopedia, 2008).

Personalidad

- Independencia (Casique, 2007; Lefcourt, 1982; Peyrot, 1994; Rotter, 1966 y Russell, 1982 citados en Johnson, 1989;).
- Autoconfianza (Peyrot, 1994).
- Autonomía (Peyrot, 1994).

Psicológicos

- Bajos niveles de estrés (Brown, Granick, 1983; Neaves, 1989; y, Schaubroeck, Ganster, 1991).
- Mejor funcionamiento cognitivo (Brown, Granick, 1983; Neaves, 1989; y, Schaubroeck, Ganster, 1991).
- Toma de decisiones independientes (Brown, Granick, 1983; Johnson, 1989; Neaves, 1989; y, Schaubroeck, Ganster, 1991).
- Motivación al logro.
- Control de expectativas.
- Proviene de familias que promueven el esfuerzo, la educación, la responsabilidad y el pensamiento.
- Padres consistentes en autodisciplina y apoyo.
- Dominación (Johnson, 1989).
- Tolerancia General y hacia situaciones ambiguas (Rotter 1966 y Russell,

1982 citados en Johnson, 1989).

- Buena impresión (Johnson, 1989).
- Se perciben poderosos (Johnson, 1989).
- Capacidad de demora de gratificación.
- Resiste la coerción.
- Eficiencia intelectual (Rotter 1966 y Russell, 1982 citados en Johnson, 1989).
- Asertividad (Rotter 1966 y Russell, 1982 citados en Johnson, 1989).
- Autoestima (Dufault, 1985 citado en Johnson, 1989, Madonna, 1996).
- Autoconcepto positivo (Dufault, 1985 citado en Johnson, 1989).
- Responsables de su futuro (Casique, 2007).
- Búsqueda de información (Casique, 2007).
- Alcance de metas (Casique, 2007).

Emocional

- Menos ansiosos (Aiken, Baucom, 1982; Holder y Levi, 1988; Schaubroeck y Ganster, 1991).
- Menos depresivos (Aiken, Baucom, 1982; Holder y Levi, 1988; Schaubroeck y Ganster, 1991).
- Menos desesperanza.
- Propensos a sentir culpa.
- Poca afectación emocional ante los eventos de vida (Dimitrovsky, Schapira y Itskowitz, 1993).

Comportamiento

- Activos (Gregg, Kriska, Narayan, Knowler, 1996; Johnson, 1989).
- Capacidad de Logros (Johnson, 1996).
- Eficaces (Johnson, 1989).
- Trabajadores (Johnson, 1989).
- Planeación de metas a largo plazo.
- Reevaluación del desempeño.
- Disposición para tomar riesgos.

<ul style="list-style-type: none"> • Esfuerzo para mejorar. • Constructivos y activos ante dificultades (Dimitrovsky, Schapira y Itskowitz, 1993). • Autodirectivos (Rotter 1966 y Russell, 1982 citados en Johnson, 1989). • Competitivos (Dufault, 1985 citado en Johnson, 1989).
<p>Social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejor funcionamiento social (Brown, Granick, 1983; Johnson, 1989; Neaves, 1989; y, Schaubroeck, Ganster, 1991). • Obtienen beneficios del apoyo social.

Tabla 3. Locus de Control interno y variables asociadas.

En el caso de personas con diabetes mellitus, se ha demostrado que el locus de control influye en la adherencia terapéutica, el estado metabólico, la detección temprana de síntomas y estilo de vida activo. Específicamente, los resultados en pacientes con diabetes tipo 1 se orientan en el sentido descrito con un mejor control metabólico en sujetos con orientación interna (Gregg et al. 1996; Reynaert, Janne, Donckier, Buysschaert, Zdanowicz, Lejeune, Cassiers, 1995; Surgenor et al. 2002).

No obstante la extensa investigación informada, se han documentado también datos discrepantes respecto a la linealidad del locus de control debido a asociaciones inversas a lo esperado en conductas específicas como la adherencia terapéutica, control glucémico, ejercicio, hábitos alimenticios y el control de peso (Mills y Cullen, 1993; Peyrot, 1994).

Debido a ello, consideramos importante estudiar el locus de control porque su funcionamiento tiene implicaciones en el establecimiento de acciones de carácter preventivo y de intervención psicológica en el manejo de la paciente con diabetes gestacional, donde debiera ser posible promover aquellas características asociadas con un locus de control interno y que favorecen el ajuste a la

enfermedad tales como el funcionamiento autónomo, un sentido de control de la enfermedad por acciones propias, aceptación de apoyos y disminución de reacciones emocionales adversas (Feig et al. 1998; Peyrot, 1994; Surgenor et al. 2002).

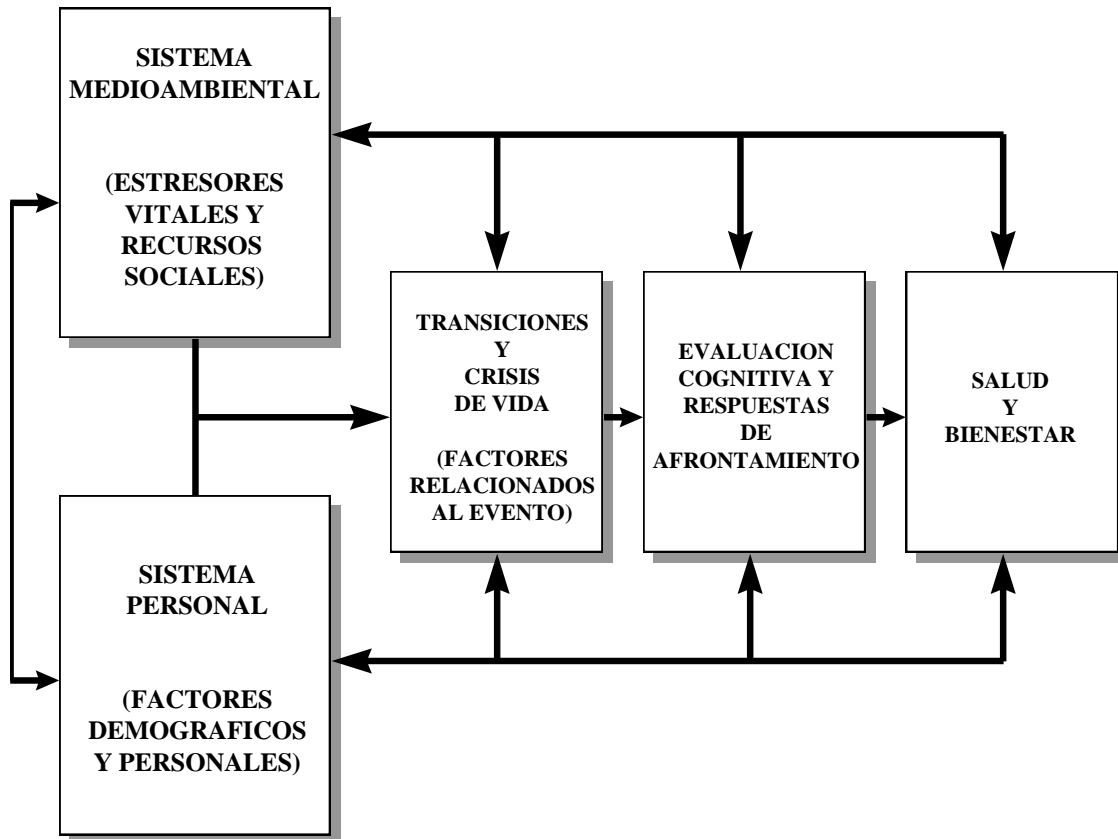
Locus de Control Externo
<p>Personalidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependencia (Carbonell, Hernández-Moreno, 1995; Casique, 2007; De Mojá, 1997; Holder y Levi, 1988). • Pasivos (Dimitrovsky, Schapira y Itskowitz, 1993; Johnson, 1989). • Sumisión (Casique, 2007). • Problemas de personalidad (De Mojá, 1997).
<p>Psicológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agresivos (Carbonell, Hernández-Moreno, 1995; De Mojá, 1997; Holder y Levi, 1988). • Toma de decisiones dependientes (Johnson, 1989). • Altos niveles de psicopatología y desajuste (Hale, 1986). • Síntomas de desajuste (Hale, 1986). • No control de expectativas. • Conformistas (Casique, 2007; Johnson, 1989). • Problemas adaptativos (Carbonell, Hernández-Moreno, 1995; De Mojá, 1997; Holder y Levi, 1988). • Apatía (Casique, 2007). • Adicciones (De Mojá, 1997). • Insatisfacción marital (Dimitrovsky, Schapira y Itskowitz, 1993).
<p>Emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad (Aiken, Baucom, 1982; Hale, 1986; Holder y Levi, 1988; Schaubroeck y Ganster, 1991) • Depresión (Aiken, Baucom, 1982; Hale, 1986; Holder y Levi, 1988; Schaubroeck y Ganster, 1991)

<ul style="list-style-type: none"> • Estados de ánimo negativos (Hale, 1986) • Distrés (Hale, 1986). • No experimentan culpa. • Fuerte impacto emocional ante eventos de vida (Dimitrovsky, Schapira y Itskowitz, 1993).
Comportamiento <ul style="list-style-type: none"> • Plantean metas limitadas. • Baja productividad (Johnson, 1989). • Poco esfuerzo (Casique, 2007; Johnson, 1989). • Bajo desempeño laboral (Casique, 2007).
Social <ul style="list-style-type: none"> • Bajo nivel socioeconómico.

Tabla 4. Locus de Control externo y variables asociadas.

Estilos de Afrontamiento

De acuerdo con la Teoría de Crisis, Moos (1986) plantea que cuando la gente experimenta un evento que altera sus patrones característicos de pensamiento y conducta, serán empleadas aquellas estrategias de resolución de problemas que le son habituales, hasta que el equilibrio psicosocial se restablece. Desde este punto de vista, Moos, Schaefer y Billings, integran en un modelo conceptual la interrelación persona-ambiente con una orientación de sistemas y un enfoque centrado en el contexto social del desarrollo humano. La Figura 4 muestra la propuesta donde se muestra que entre las transiciones y estresores de vida y su funcionamiento, se encuentran los recursos de afrontamientos personales y medioambientales, intermediados por los procesos de afrontamiento y la evaluación cognitiva (Moos, 1984; Moos y Schaefer, 1986; Moos y Schaefer, 1982; Moos y Billings, 1992; y, Moos, 2005) (Figura 4).



Moos, RH y Schaefer, JA. (1982). Coping Resources and Processes: Current Concepts and Measures. En Golberger, L. y Breznitz, S. (Eds.). *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. Free Press. 234-257.

Figura 4. Esquema Conceptual del Afrontamiento.

El esquema propuesto por Moos, Schaefer y Billings (1982), establece que una crisis presenta una serie sucesiva de *tareas adaptativas básicas*, ante las cuales varias *habilidades de afrontamiento* pueden ser aplicadas mediante una *evaluación cognitiva* de su significado en combinación de *factores ambientales y personales*. Este grupo de factores afectan conjuntamente la resolución de la fase inicial de la crisis, el proceso de valoración-revaloración, así como la selección de las respuestas de afrontamiento y su efectividad para la resolución final al evento, lo cual a su vez, puede alterar a las diferentes áreas en su totalidad y cambiar así el resultado final. Debido a ello, es que Moos (2005) lo denomina transaccional, asociado a la mutua retroalimentación en cada paso y ante la selección personal

que da forma a los contextos sociales que los influye. A continuación, describiremos cada uno de los componentes de dicho modelo.

Son cinco las tareas adaptativas que ante una crisis promueven el manejo de la situación estresante, las cuales variarán de acuerdo con las características personales del individuo, la naturaleza del estresor y las circunstancias específicas de la situación:

- Establecer el significado de la situación y comprender su trascendencia a nivel personal.
- Confrontar la realidad y responder a los requisitos que la situación externa plantea.
- Sostener relaciones con miembros de la familia y amigos así como con otras personas que puedan ser útiles en la resolución de la crisis y sus consecuencias.
- Mantener un equilibrio emocional mediante el manejo de sentimientos inquietantes que surjan ante la situación.
- Preservar una auto-imagen satisfactoria y un sentido de competencia y dominio de sí mismo.

Por su parte, los *recursos de afrontamiento* se refieren a una serie de complejos factores de personalidad, actitudinales, cognitivos y sociales relativamente estables que proporcionan el contexto psicológico para que se expresen las respuestas de afrontamiento y que influyen en la manera en que las personas tratan de manejar las transiciones y crisis de vida, las tareas adaptativas ya descritas y que, además de afectar los procesos de afrontamiento, se afectan a sí mismos por los resultados de este proceso en su totalidad.

Moos y Schaefer (1986) señalan que estos recursos pueden emplearse de manera individual, consecutivamente o en diferentes combinaciones y que no son inherentemente adaptativos o desadaptativos, ya que las habilidades que son

efectivas en una situación pueden no serlo en otra; mientras que las habilidades que pueden ser benéficas dado un uso moderado o temporal, pueden ser perjudiciales si se depende o se confía exclusivamente en ellas. Más bien, un amplio repertorio de opciones de respuesta ofrece un mejor resultado que una sola respuesta típica.

Lo que es importante enfatizar es que al hablar de *recursos*, se destacan aquellos aspectos positivos del afrontamiento describiéndolo como una habilidad que puede enseñarse y manejarse de manera flexible de acuerdo con los requerimientos de la situación.

Los *procesos de afrontamiento* se definen como los esfuerzos cognitivos y conductuales que las personas emplean en la interpretación y el manejo de circunstancias estresantes particulares. Existen dos aproximaciones que clasifican los procesos de afrontamiento; una de ellas enfatiza el *método* de afrontamiento que la gente emplea, distinguiendo si las respuestas suponen esfuerzos primordialmente cognitivos, conductuales o evitativos; la segunda aproximación enfatiza el *foco* del afrontamiento como la orientación de una persona y la forma en que actúa en respuesta a un estresor.

A continuación se describirán estas dos aproximaciones, para finalmente hablar del modelo integral de los procesos de afrontamiento propuesto por Moos y Schaefer (1992).

Clasificación del Afrontamiento de acuerdo con su *método*

Esta clasificación describe tres formas básicas de afrontamiento dividiendo las estrategias para resolver los eventos estresantes en conductuales y cognitivas, mientras que un tercer grupo de respuestas intenta evitar el problema reduciendo la tensión emocional asociada con el estresor mediante su evasión (Lazarus, 1966; Moos, 1977 citados en Billings y Moos, 1981).

- **Afrontamiento Cognitivo Activo.**

Este tipo de afrontamiento refiere básicamente los intentos *activos* para manejar y resolver los eventos estresantes de una manera *cognitiva*, intrapsíquicamente o mediante una redefinición de las demandas presentes para conseguir hacerlas más manejables. Es decir, una persona con este tipo de afrontamiento centrará sus acciones en el análisis, evaluación y revaloración de las amenazas percibidas o provocadas por una situación intentando comprenderlas y asignándoles un significado para finalmente manejar la tensión provocada por la situación; es por ello que a este tipo de afrontamiento también se le denomina afrontamiento centrado en la valoración.

El afrontamiento cognitivo-activo puede dirigirse a una situación concreta, a los aspectos afectivos de un problema o a una combinación de ambos aspectos, pero lo que realmente distingue el que se evalúe cognitivamente un evento estresante es la selección y empleo de las respuestas características de este estilo como son el evaluar el evento mediante un análisis lógico y objetivo, buscar el lado positivo de la situación, tratar de encontrar experiencias pasadas que se asemejen a la situación actual, así como identificar la causa de los problemas poniendo especial atención en aspectos determinantes del evento y ensayar mentalmente posibles acciones y sus consecuencias.

En aquellos casos en que la evaluación cognitiva concluye en una redefinición del evento; es decir, cuando la persona acepta la realidad de su situación y la reestructura para encontrar en ella algo favorable, las respuestas de afrontamiento implican pensamientos que le recuerden a dicho sujeto que las cosas podrían ser peores y que se es afortunado en comparación con otras personas, imaginar situaciones hipotéticas que contengan mayores dificultades que las que se están experimentando, concentrarse en aspectos que pudieran mejorar la situación, identificar aquellas características personales que puedan ofrecer algún beneficio, considerar el valor y la importancia de lo que el cambio

ofrece, pensar en algo bueno que pueda disminuir la crisis, cambiar el sistema personal de valores, establecer prioridades de posibles cambios y considerar los beneficios que la situación amenazante ofrece, como pudiera ser la madurez personal.

En general, estas respuestas permiten minimizar los aspectos negativos de los eventos estresantes y ayudan a promover el reajuste progresivo de las diferentes áreas alteradas.

- **Afrontamiento Conductual Activo.**

Esta forma de afrontamiento involucra todas aquellas acciones que le permiten a la persona eliminar o reducir las demandas que la crisis exige y/o incrementar los recursos necesarios para manejarla. Es decir, este estilo refiere de manera específica a las conductas manifiestas que intentan manejar directamente el problema y sus efectos, siendo algunas de las respuestas representativas el tratar de conocer más sobre la situación y llevar a cabo acciones para resolverla, hablar con familiares, amigos o profesionistas sobre el problema y elaborar y seguir un plan de acción determinado entre otras respuestas.

- **Afrontamiento Evitativo.**

El afrontamiento evitativo se refiere a aquellos intentos que tienen como finalidad evadir enfrentarse al problema en sí mismo, negando o minimizando la seriedad de una crisis o reduciendo de manera indirecta las tensiones emocionales por medio de conductas que no ofrecen una solución real.

Esta categoría tiene como consecuencia inmediata al evento crítico la negación y la minimización de los afectos; posteriormente, una vez que los eventos han sido aceptados, se les pospone o se les asigna un significado para el

largo plazo, siendo un caso extremo la supresión consciente de que el evento ha ocurrido.

Algunas de las respuestas que la evitación cognitiva conlleva es la negación de los temores y de la ansiedad que aparece en los momentos de mayor estrés, el intentar olvidar la situación, negarse a creer la realidad del problema haciendo bromas acerca de ella como una fantasía optimista que le permita olvidar tanto el problema como los sentimientos que le provoca. Por sus características, estas habilidades también se han descrito como mecanismos de defensa (negación, aislamiento, desplazamiento, etc.) porque son respuestas de autoprotección ante el estrés o la ansiedad (Billings y Moos, 1981).

Generalmente, las habilidades de tipo evitativo no conllevan un valor constructivo, ya que equivalen a un auto-engaño que únicamente alivian temporalmente a la persona de la sobrecarga de ansiedad; y, pese a que en algunos casos pueden proporcionar el tiempo necesario para adquirir otros recursos personales de afrontamiento, es claro que no ayudan a resolver o entender la crisis sino aplazar la resolución del conflicto.

Clasificación del Afrontamiento de acuerdo con el *foco*

De acuerdo con su foco, el afrontamiento puede organizarse en tres grandes áreas considerando si se centra en el análisis, en el problema o en las emociones vinculadas a una crisis respectivamente, lo cual a su vez categoriza nueve tipos de métodos de afrontamiento, los cuales serán descritos a continuación.

- **Afrontamiento centrado en el análisis.**

Este tipo de afrontamiento trata de entender y encontrar el significado del evento crítico, incluyendo el proceso de evaluación y revaloración que permite

modificar el significado de la crisis, así como comprender la amenaza provocada por una situación.

Los métodos particulares de este estilo de afrontamiento son los siguientes:

✓ *Análisis lógico y preparación mental:* este tipo de habilidad abarca el poner atención en los aspectos de la crisis en el momento mismo en que se presenta, convirtiendo un problema aparentemente muy grande en uno pequeño que sea potencialmente manejable y resuelto en experiencias pasadas, ensayando además mentalmente alternativas de acción y sus probables consecuencias. Ampliamente, este tipo de habilidad abarca la capacidad de anticipación.

Un evento crítico es más fácil de manejar si se le encuentra un propósito general o un significado del acontecimiento, creando expectativas con perspectivas en el largo plazo, lo cual hace que los eventos individuales sean más manejables.

✓ *Redefinición cognitiva:* esta categoría abarca las estrategias cognitivas mediante las cuales un individuo acepta la realidad de la situación, pero la reestructura encontrando en ella algún factor favorable. Tales estrategias incluyen respuestas como el recordarse a sí mismo situaciones que pudieran ser peores, el compararse con otras personas menos afortunadas, centrándose en los atributos personales que lo ubiquen en ventaja, cambiar valores y prioridades adecuándolos a la realidad y pensar en aquellos aspectos positivos que permitan un crecimiento y desarrollo personal a la vez que disminuya la crisis. Estas percepciones selectivas pueden minimizar los aspectos negativos de los eventos estresantes y ayudar a promover el reajuste.

✓ *Evitación cognitiva o negación:* esta categoría abarca una clase de habilidades dirigidas a negar o minimizar la seriedad de un evento crítico,

dirigiéndose inicialmente a la crisis en sí misma, u orientándose hacia las consecuencias inmediatas del evento, negando o minimizando los afectos que ocurren después de una crisis; una vez que el eventos se ha aceptado, pueden dirigirse a darle un significado para el largo plazo.

- **Afrontamiento centrado en el problema.**

El afrontamiento centrado en el problema busca confrontar la realidad de una crisis y sus efectos mediante el manejo de las consecuencias tangibles e intentando construir una situación más satisfactoria. Los métodos que caracterizan este estilo de afrontamiento son los siguientes:

- ✓ *Búsqueda de información y apoyo:* este tipo de habilidad abarca la búsqueda de información acerca de la situación crítica y de las diferentes alternativas que pueden llevarse a cabo, así como sus posibles resultados. Estas habilidades frecuentemente se emplean en combinación con habilidades de análisis lógico.

Las respuestas características son la búsqueda de apoyo y seguridad en familiares, amigos y profesionales, o mediante la incorporación a grupos especiales dentro de organizaciones o en grupos de personas que experimentaron o padecen algún tipo de crisis específica, los cuales además de proporcionar ayuda e información sobre la forma en que manejaron sus dificultades en situaciones similares, brinda una valiosa fuente de fortaleza para enfrentar momentos difíciles.

- ✓ *Tomar acciones para solucionar el problema:* este tipo de habilidades implica la toma de acciones concretas para manejar directamente las crisis y sus consecuencias. Dichas estrategias pueden crear un sentido de competencia y autoestima así como una serie de oportunidades para llevar a cabo

acciones efectivas que en circunstancias diferentes pudieran no haberse presentado.

✓ *Identificar beneficios alternativos:* estas habilidades abarcan los intentos para reemplazar las pérdidas relacionadas con determinadas transiciones y crisis, mediante el cambio de las actividades personales y la creación de nuevas fuentes de satisfacción. Tales respuestas de afrontamiento implican el realizar planes para el corto plazo para manejar sus resultados reales en lo inmediato, haciendo las modificaciones medioambientales necesarias que limiten el que dichas metas se consigan.

Una forma efectiva para concluir la situación crítica es ayudar a otras personas con crisis similares; de acuerdo con esto, las personas que han experimentado un evento y que dejan un legado de conocimiento, además de aumentar su autoestima, algunas de ellas dan conferencias, escriben libros, o llevan a cabo acciones legales como un esfuerzo por cambiar actitudes públicas.

- **Afrontamiento centrado en las emociones.**

Tal y como su nombre lo dice este estilo de afrontamiento se dirige al manejo de los sentimientos provocados por una crisis y al mantenimiento del equilibrio afectivo. Los métodos que lo implican son:

✓ *Regulación afectiva:* estas habilidades abarcan los esfuerzos por mantener la esperanza mediante el control de las emociones, tolerando la ambigüedad de la situación y generalmente evitando tomar acciones inmediatas lo que permite mantener los sentimientos ocultos rígidamente guardados en sí mismo.

✓ *Descarga emocional:* esta clase de respuesta incluye la apertura que da salida a los sentimientos de enojo y desesperación mediante gritos y llanto

como protesta ante la noticia de una situación crítica; en algunos casos, la salida de estos afectos es mediante el uso de bromas y “humor negro” con la finalidad de calmar la constante tensión experimentada. Es común observar que muchas personas alternan entre el control emocional y la descarga emocional alternadamente.

✓ *Aceptación resignada*: esta categoría abarca la llegada al límite de la situación crítica, aceptando que las circunstancias no pueden modificarse y sometiéndose a cierta "condena" ante la imposibilidad de cambio. Las estrategias que caen dentro de ésta categoría concluyen ante cualquier situación que nada puede hacerse para cambiarla y aunque no necesariamente excluye las actividades para la solución del problema, ayuda a las personas a aceptar el evento cuando éste ocurre.

En general, estas nueve categorías abarcan los tipos más comunes de habilidades de afrontamiento mediante las cuales las personas manejan los cambios de vida; su empleo no es exclusivo sino que requiere de una combinación o secuencia que permite la readaptación del individuo.

Modelo Integral de los Procesos de Afrontamiento

A partir de lo anterior y mediante una profunda revisión de lo descrito, Moos y Schaefer (1992) y Moos (2005) integraron las dos clasificaciones expuestas y desarrollaron un modelo que las resume en relación con su enfoque en aproximación y evitación, y su método como cognitivo o conductual. De acuerdo con ello, la clasificación integral que estos autores proponen es la siguiente:

- ❖ **Afrontamiento de Aproximación Cognitiva**: implica el análisis lógico y la revaloración cognitiva de la situación estresante, poniendo atención a cada aspecto en su momento, recordando experiencias pasadas, ensayando mentalmente acciones alternativas y sus posibles

consecuencias y aceptando la realidad de la situación reestructurándola para encontrar en ello algo positivo, favorable y de aprendizaje.

- ❖ **Afrontamiento de Aproximación Conductual:** requiere la búsqueda activa de apoyo y el llevar a cabo acciones concretas para manejar directamente el problema y sus consecuencias.

- ❖ **Afrontamiento de Evitación Cognitiva:** comprende las respuestas que tienen como propósito el negar o minimizar la seriedad de una crisis y/o sus consecuencias, así como aceptar la situación como es y pensar que sus circunstancias básicas no pueden cambiarse, es decir, evitación y resignación afectiva.

- ❖ **Afrontamiento de Evitación Conductual:** abarca la búsqueda de recompensas alternas tratando de reemplazar las pérdidas implicadas en ciertas crisis involucrándose en nuevas actividades y creando fuentes alternativas de satisfacción. También implica el desahogo de los sentimientos de enojo y desesperación abiertamente y comportamientos que pueden reducir temporalmente la tensión.

Determinantes generales de la efectividad de las estrategias de afrontamiento.

Una vez que hemos descrito las características tanto de los Recursos como de los Procesos de Afrontamiento, corresponde ahora señalar algunos factores que determinan junto con las estrategias mencionadas, su efectividad dentro de un proceso adaptativo y de reequilibrio personal. Tales factores se ubican dentro de tres grandes categorías que agrupan separadamente los factores demográficos y personales, los factores relacionados con el evento y las

características del medioambiente físico y social. A continuación, estas categorías serán brevemente descritas.

❖ **Factores demográficos y personales.** Incluyen las características biogenéticas de los individuos como la edad, sexo, raza y nivel socioeconómico, y, recursos personales tales como madurez y habilidades emocionales y cognitivas, habilidades intelectuales y de solución de problemas, fortaleza yoica y confianza en sí mismo, la autoeficacia y el sentido de dominio, la competencia social, el optimismo, el control interno, la extroversión, los compromisos y aspiraciones, creencias religiosas y filosóficas y experiencias de crisis y estilos de afrontamientos anteriores (Moos, 2005). Todos estos factores en conjunto, ayudan a definir la crisis psicosocial así como la forma de resolverlos.

De una manera más general, los eventos vitales se relacionan una serie de características relativamente estables de personalidad, por el compromiso del individuo para consigo mismo y por las creencias individuales que posea, lo cual determinará los patrones que definen que eventos son estresantes y por ende la elección del estilo de afrontamiento necesario ante dicha situación.

❖ **Factores relacionados con el evento.** Estos factores abarcan las características de *condiciones transitorias* como una crisis o circunstancias de vida, así como el tipo y contexto en el que ocurre el evento que ofrecen oportunidades para el aprendizaje y la posibilidad de un desarrollo personal. Rees y Smyer (citados en Moos y Schaefer, 1986) han identificado cuatro tipos de eventos: a) biológicos (tales como una enfermedad, participación en programas de intervención o tratamiento y la muerte), b) psicológico/personales (como casarse), c) físico/ambientales (estar expuesto a un desastre natural) y d) socioculturales (adoptar a un niño). Otros aspectos de los eventos vitales incluyen su *foco* (uno mismo u otra persona), el inicio súbito o su predictibilidad, control, probabilidad de ocurrencia y extensión o amplitud en función de la diversidad de las áreas de la vida que pueden ser afectadas por el mismo evento.

Tales variaciones entre los estresores van a definir la naturaleza de las respuestas de afrontamiento que la persona, los miembros de su familia y las personas involucradas en el evento presenten. Así, aquellas crisis ante las cuales las personas tengan algún control, es más probable que muestren estrategias de afrontamiento dirigidas a la solución del problema, mientras que aquellos eventos que son esencialmente incontrolables tienden a evocar respuestas de afrontamiento enfocadas de manera cognitiva y emocional. Además, cuando resulta imposible cambiar un evento o sus consecuencias, los individuos intentan modificar el significado de la situación y sus sentimientos acerca de la misma, por lo que los estresores inmanejables están propensos a generar una adaptación pasiva y una resignación gradual.

❖ ***Factores medioambientales físicos y sociales.*** Son condiciones relativamente estables que influyen tanto en las tareas adaptativas de la persona como en las estrategias de afrontamiento que van a emplear y sus resultados. El medio ambiente humano abarca las relaciones de las personas, sus familiares y el apoyo y expectativas que puede recibir de la comunidad; dependiendo de la calidad de las relaciones sociales cercanas, la superación de la crisis se verá beneficiada o afectada.

Desde una perspectiva más amplia, la adaptación puede fomentarse mediante los esfuerzos cooperativos de la comunidad. Existen organizaciones comunitarias de auto-ayuda que funcionan como centro para gente que comparte una preocupación común, proporcionando información, guía y esperanza en el manejo de crisis particulares. Contrariamente a lo esperado, en algunos casos, los factores macrosociales o contextuales pueden hacer que el proceso de adaptación sea más difícil, pero en general, tales factores pueden alterar la manera en que la amenaza se valora, así como la elección, la secuencia y la relativa eficacia de las habilidades de afrontamiento.

Otros teóricos han desarrollado propuestas de afrontamiento alternativas a la de Rudolf Moos. La Teoría Transaccional de Richard Lazarus ha tenido gran influencia a partir de los años 70's, postulando que el estrés resulta de la interacción del medioambiente y el individuo, interacción que se define como "transaccional", proponiendo cuatro principios básicos:

- 1) La conducta está es función de un proceso bidireccional y continuo de la interacción persona-situación.
- 2) El individuo es un agente activo e intencional en este proceso.
- 3) Existen variables motivacionales, emocionales y cognitivas determinantes en el individuo.
- 4) El significado psicológico que una persona atribuye a la situación es esencial en la determinación de la conducta.

La transacción es mediada por procesos de aproximación y afrontamiento, los cuales a su vez, determinan el resultado del proceso. La aproximación permite que las personas perciban una amenaza, mientras que el afrontamiento evalúa las opciones y posibilidades disponibles para enfrentar la situación con dos funciones principales: el afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en las emociones. A diferencia de Moos, Lazarus propone que las estrategias de afrontamiento son adaptativamente más importantes que la duración y frecuencia de los estresores y aun más, la interpretación subjetiva del individuo respecto de aquello que concibe como estresante (Littleton, Horsley, John, Nelson, 2007; Vollrath, 2001).

Afrontamiento y Adaptación

Desde una perspectiva adaptativa, Pearlin y Schooler (1978) (citado en Rowland, 1989) plantean que el afrontamiento tiene tres funciones protectoras:

- Manejar el problema mediante su resolución.

- Modifica el significado de la experiencia mediante su reinterpretación y neutraliza su carácter problemático.
- Regulación de distrés emocional provocado por el problema.

En términos generales, puede resumirse que las personas que emplean respuestas de afrontamiento de tipo aproximativo (especialmente conductual) tienden a adaptarse mejor a los eventos críticos, tienen más probabilidades de resolver los factores estresantes y obtener algún beneficio de ellos, experimentan confianza en sí mismos, y experimentan menos síntomas psicológicos, menor depresión y confusión (Moos, 2005; Littleton et al. 2007).

Mientras que aquellos que emplean los tipos de afrontamiento evitativo (especialmente las fantasías, la descarga emocional, el aislamiento, la negación) tienen mayores dificultades para adaptarse ante una situación estresante. También se informa que este tipo de estrategia se observa en personas rígidas, inseguras, conformistas y temerosos frente a los tratamientos cuando los requieren, así como hacia la no búsqueda de soluciones. Este funcionamiento se ha interpretado como destructivo, y en casos extremos, puede llevar a la muerte (Andersson y Ekdahl, 1992; Gentili, Maldonato, Scalabrino, 1996). En pacientes con diabetes mellitus, se ha asociado a pobre control glucémico (Miles, Blount, Crowe y Singh, 1996). No obstante, también se considera que estrategias de este tipo pueden disminuir el estrés en el corto plazo y sólo se vuelve desadaptativo si la respuesta persiste o mantiene como única alternativa (Littleton et al. 2007).

En relación con el afrontamiento cognitivo, Moos y Schaefer (1992) han identificado en diferentes grupos (de adultos sanos, pacientes clínicamente enfermos por diversos problemas, situaciones familiares, etc.), que se asocian con un mejor ajuste marital y ocupacional, así como con altos puntajes de criterios de salud mental tales como productividad y felicidad. Además, estos autores observaron que el empleo conjunto de la búsqueda de información y resolución de problemas son métodos especialmente útiles para manejar estresores crónicos y

agudos, como lo es la diabetes. Además, ante una enfermedad, han demostrado contribuir en su aceptación y en la adherencia terapéutica (Andersson, Ekdahl, 1992; Amir, Rabin, Galatzer, 1990).

Por otra parte, autores como Levenson, Mishra, Hamer, & Hastillo (1989) y Levine, Warrenburg, Kerns, Schwartz, Delaney, Fontana y cols., (1987) (citados en Moos y Schaefer, 1992) señalan que la evitación cognitiva puede ser una forma efectiva para enfrentarse con estresores a corto plazo como el dolor, donar sangre o diversos procedimientos médicos diagnósticos; y que las respuestas de evitación cognitiva y negación empleadas simultáneamente pueden predecir una mejor respuesta médica durante periodos de hospitalización por enfermedades crónicas cardio-coronarias.

También se plantea que los individuos se adaptan mejor cuando sus esfuerzos de afrontamiento se ajustan a las demandas situacionales (Miller, 1992; Moos & Holahanm 2003, citados en Moos, 2005). En este sentido, se informa que los estresores relacionados a aspectos laborales se asocian con un incremento en el empleo de estrategias de afrontamiento enfocadas al problema, mientras que los estresores relacionados a la salud se asocian con estrategias enfocadas a las emociones (Folkman y Lazarus, 1980; citados en Billings y Moos, 1981).

Finalmente, una tercera propuesta señala que el valor adaptativo de distintas habilidades de afrontamiento depende de la interacción entre recursos personales y sociales y los requisitos de una situación particular.

En este sentido, el locus de control interno se relaciona a estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema y el apoyo social influye en la reducción del impacto negativo de la enfermedad (Rowland, 1989).

Desde la propuesta de Lazarus, hay dos vertientes respecto del funcionamiento adaptativo de las estrategias de afrontamiento. La primera línea

propone que las estrategias centradas en el problema son más adaptativas que las estrategias centradas en la emoción. Una segunda propuesta, señala que la adaptación depende de que tan controlable sea la situación. Entonces, las estrategias de afrontamiento centradas en el problema son más adaptativas cuando la situación es controlable y bajo circunstancias que pueden cambiarse; mientras que en situaciones no controlables, estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y el análisis son más adaptativas (Rowland, 1989; Littleton et al. 2007).

En términos generales, el grado de éxito depende de la naturaleza del estrés, las metas dictadas, el tipo de respuestas de afrontamiento puntuales por la situación, y la más importante, lo apropiado de las estrategias elegidas para tareas con el mínimo costo para el paciente. Debido que este proceso es dinámico, el éxito del afrontamiento en sí mismo sirve para inspirar esfuerzos más rigurosos y persistentes en afrontamiento subsecuentes (Rowland, 1989).

No se encontraron estudios que evalúen las estrategias de afrontamiento en mujeres con diabetes gestacional, pero aquellos que se han llevado a cabo en pacientes con diabetes mellitus sugieren que cuando estos recursos se emplean de manera efectiva, pueden favorecer la resolución de situaciones específicas de estrés y una adaptación saludable en el largo plazo mediante el manejo cotidiano de la enfermedad (Amir, Rabin, Galatzer, 1990; Davidson, Boland, Grey, 1997). Además, estilos de afrontamiento efectivos pueden llevar al individuo a tener confianza en el manejo de la enfermedad y mejorar el bienestar, afectando positivamente el control metabólico (Feifer & Tansman, 1999).

Estrategias centradas en el problema se asocian con un mejor control glucémico, mientras que aquellas de afrontamiento centrado en las emociones muestran pobre control glucémico (De Coster, Cummings, 2004).

Rowland (1989) concluye que para adaptarse a una enfermedad es necesario considerar lo siguiente:

1. Estrategias o estilos que promueven una respuesta activa (vs. pasiva y desesperanzada) hacia la resolución del problema y conductas de afrontamiento son consistentemente más efectivas.
2. Las personas que se enfrentan con una enfermedad experimentan un proceso dinámico y cambiante en función de las circunstancias y de la aproximación continua hacia el significado personal de sobrevivir, futuro, relaciones, autoestima y metas.
3. Las personas que muestran flexibilidad y esfuerzo son más capaces para enfrentar. Esto puede ser visto como corolario al segundo punto porque la adaptación a la enfermedad es necesariamente un proceso dinámico, la persona que puede responder a demandas cambiantes y desarrollar nuevas estrategias enfrentan a más efectivamente.
4. La naturaleza y cantidad de apoyo social disponible para la persona influye fuertemente la capacidad de afrontar. La presencia o ausencia de otros apoyos se cita como un determinante poderoso de éxito en la respuesta.

Finalmente, reconocer experiencias personales previas con la enfermedad puede influir en las estrategias de afrontamiento, incluso, llegan a ser determinantes de la formulación individual de su concepto de enfermedad (Rowland, 1989). Este es un hecho particularmente cierto en pacientes con diabetes gestacional, donde, la experiencia previa respecto de la enfermedad con familiares, contar con un antecedente de diabetes gestacional en embarazos previos, pérdidas gestacionales, etc. llegan a mostrar reacciones emocionales vinculadas a dicha experiencia y respecto de sus propias posibilidades para enfrentar el embarazo actual.

Asertividad

El concepto de asertividad fue propuesto por Andrew Salter en 1949, pero no es sino hasta 1958 que Wolpe desarrolla el concepto y desde 1970 que varios autores se interesan en el entrenamiento asertivo (Flores y Díaz-Loving, 2002).

Son tres los enfoques que han abordado la asertividad: el enfoque humanista, el conductual y el cognoscitivo.

- El enfoque humanista se centra en la asertividad como una técnica para el desarrollo de la realización del ser humano.
- Desde la perspectiva del aprendizaje social de Bandura, el enfoque conductual plantea que la conducta asertiva o no asertiva se aprende a través de la observación de modelos significativos.
- El enfoque cognoscitivo representado por Lange y Jakubowski (1976), sustentan la incorporación de cuatro procedimientos básicos en el adiestramiento asertivo: enseñar la diferencia entre asertividad y agresividad; ayudar a identificar y aceptar los derechos personales y los derechos de los demás; reducir obstáculos cognoscitivos y afectivos para actuar de manera asertiva; reducir ideas irracionales, ansiedades, culpas y desarrollar destrezas asertivas a través de la práctica activa de dichos métodos.

En la década de los 80's, surgió un enfoque ecléctico de la asertividad, donde algunos terapeutas integraban los modelos conductuales, humanistas y cognoscitivos (Flores y Díaz-Loving, 2002).

Son múltiples las definiciones que sobre la asertividad se documentan. Se mencionarán algunas de ellas.

Para Wolpe, en 1969 la asertividad se definía como “una expresión adecuada, dirigida hacia otra persona, que excluye la respuesta de ansiedad”. El significado que este autor daba al concepto de asertividad era de “defensa de los derechos” (Flores y Díaz-Loving, 2002; Wolpe, 1993).

En 1973, Lazarus define la asertividad como la habilidad para decir “no”, la habilidad para pedir favores y hacer demandas, la habilidad para expresar sentimientos positivos y negativos y la habilidad para iniciar, continuar y terminar conversaciones.

En 1976, Cotler y Guerra consideran que la asertividad involucra el conocimiento y expresión de los deseos, valores, necesidades, expectativas y disgustos de un individuo. Estos autores consideran que la asertividad no sólo involucra estar en contacto con uno mismo, sino también afecta el cómo se interactúa con otras personas.

Alberti y Emmons (1978) mencionan que la asertividad es la conducta que permite actuar de acuerdo con intereses propios, defender opiniones sin sentimiento de culpa, expresar sentimientos con honestidad y comodidad y ejercer derechos individuales sin transgredir los de otros.

Para 1987, Aguilar Kubli señala que la asertividad implica tener la habilidad para transmitir recibir mensajes de sentimientos, creencias opiniones propias o de los demás de una manera honesta, oportuna y respetuosa. Esta autora considera que la meta fundamental de la asertividad es lograr una comunicación satisfactoria hasta donde el proceso de la relación humana lo haga necesario (Flores y Díaz-Loving, 2002).

La definición más citada es la propuesta por Jakubowski y Lange (1978) (citada en Flores y Díaz-Loving, 2002) quienes proponen que la asertividad es la capacidad de hacer valer los derechos personales, expresando creencias,

sentimientos y pensamientos de manera directa, honesta y apropiada, respetando los derechos de otras personas.

Los estudios sobre asertividad en México señalan que la definición de asertividad se vincula a conceptos de certeza, seguridad y verdad. Por ello, Flores (1994) plantea la siguiente definición:

“La asertividad es la habilidad verbal para expresar deseos, opiniones, limitaciones personales, sentimientos positivos y negativos, así como la defensa de derechos e intereses, manejo de la crítica positiva y negativa, manifestación y recepción de alabanzas, declinación y aceptación de peticiones e iniciación de la interacción de manera honesta y oportuna, respetándose a sí mismo y a los demás durante las relaciones interpersonales en situaciones de servicio o consumo, relaciones afectivas y educativo-laborales en un contexto sociocultural determinado”.

Además, confirma tres dimensiones de la asertividad las cuales han sido denominadas como asertividad en situaciones cotidianas, asertividad por medios indirectos y no asertividad definiéndolos a continuación:

- Asertividad en situaciones cotidianas: se refiere a la habilidad del individuo de poder hacer valer sus derechos en diferentes situaciones de la vida cotidiana, principalmente con personas desconocidas y en ocasiones con familiares y amigos.
- Asertividad Indirecta: es la inhabilidad del individuo para poder tener enfrentamientos directos cara a cara con otras personas en situaciones cotidianas o de trabajo, lo que lleva a expresar sus opiniones, necesidades y sentimientos por medio de recursos indirectos, como son cartas, teléfono, terceras personas, etc. y que le permitan mantener la distancia con el sujeto.

- No asertividad: es la inhabilidad del individuo de expresar sus opiniones, necesidades y sentimientos, de hacer valer sus derechos, de decir “no” o de negarse a realizar alguna actividad, ya sea con familiares, amigos, jefes y compañeros de trabajo.

El modelo generado por Flores (1994) considera que la expresión de una respuesta asertiva se verá influida por la cultura del individuo, el contexto situacional y psicológico, por las personas involucradas y/o percibidas en la interacción, por variables sociodemográficas y de personalidad.

En el mismo sentido, Rees y Graham (1991) señalan que el concepto de asertividad no es universal y que requiere contemplar aspectos culturales de actitudes, expectativas y formas de socialización junto con aspectos situacionales en interacción con variables sociodemográficas.

Finalmente, Grohol (1998, citado en Sánchez, 2001) sugiere que en la expresión asertiva confluyen tres aspectos: un sentimiento o deseo, una descripción no culpígena de la situación y el efecto que la situación provoca en la misma persona. De esta forma, el sujeto se hace responsable de conseguir lo que necesita, preserva la dignidad de otros, mantiene una alta estima, sentimientos de seguridad y reconocimiento social.

Como puede observarse, las definiciones de asertividad enfatizan que es una habilidad social que permite la expresión juiciosa del individuo en interacción con otros individuos respecto de sus necesidades y que puede verse influida por el contexto cultural. Además, se considera una expresión emocional de la autoexpresión, del autodescubrimiento y de la capacidad de establecer valoración de sí mismo.

Como tipo de respuesta para la solución de problemas, las respuestas asertivas se contrastan con las pasivas o agresivas, influyendo en ello variables personales y situacionales en la evaluación de lo apropiado de la respuesta en sí misma.

En este sentido, DeGiovani (1978, citado en Flores y Díaz-Loving, 2002) propone un modelo bidimensional señalando que la conducta asertiva es una expresión directa y sin coerción, la no asertiva como indirecta y sin coerción, la conducta agresiva como expresión directa con coerción y la pasivo agresiva como una expresión indirecta con coerción.

Las conductas no asertivas y pasivas se definen como la violación y devaluación de los derechos propios, la anulación de la libre expresión de sentimientos, pensamientos y creencias y al mismo tiempo permitir que los demás violen dichos derechos (Lange y Jakubowski, 1976; citado en Flores y Díaz-Loving, 2002).

Wolpe explica que este tipo de asertividad puede ser común en personas a quienes se les ha enseñado a dar demasiada importancia a sus obligaciones sociales, lo que genera un sentimiento de que los derechos de otros son más importantes que los propios, se experimenta culpa, inseguridad e insatisfacción; se muestran sumisos y evitan el conflicto (Bourne 1995; Wolpe, 1993).

Los problemas que enfrentan los individuos no asertivos son los siguientes:

- Dificultad en rehusar una petición.
- Permisividad para el abuso propio.
- No expresión de opiniones, sentimientos o creencias.
- Miedo al hablar en público.
- Victimización.
- Desmotivación, apatía y depresión.

- No se atreven a reclamar algo legítimo.
- Padecen porque dan más de lo que reciben.
- Hacen cosas que en realidad no desean hacer.
- Tensión y temor durante intercambio social.
- No se atreven a dejar una relación interpersonal nociva.
- Condicionan su autoestima personal a la aceptación de otros, aún cuando vaya en perjuicio de sí mismos.
- Dan más valor a las creencias y convicciones de otros que a las de sí mismos.

Por lo anterior, se puede decir que no ser asertivo provoca falta de control emocional, están menos orientados al logro, se rigen por el fatalismo, la suerte y por los otros poderosos. También se observa un predominio de temor y ansiedad, la falta de habilidades de interacción social y la ignorancia de los derechos que como personas se tienen. Como consecuencia de ello, es frecuente observar sentimientos de frustración, insatisfacción y tensión, aislamiento y soledad, incomprensión, menosprecio y rechazo y deterioro de la autoestima, la seguridad y la autoconfianza (Flores 1994; Flores y Díaz-Loving, 2002).

Con respecto al campo de la salud, se ha documentado que las respuestas no asertivas se asocian con una tendencia hacia la manifestación y queja de síntomas físicos y emocionales (ansiedad y depresión), menor deseo para desempeñar un papel activo durante la labor de parto, mayor expectativa ansiosa respecto al dolor de parto y uso inconsistente de anticoncepción (Chan, 1993; Engle, Scrimshaw, Zambrana, Dunkel-Schetter, 1990; Granger, Azais, Albercque, Debray, 1995; Kenney, y Bhattacharjee, 2000; Rickert, Neal, Wiemann, Berenson, 2000; Wolpe, 1993).

Además, las respuestas no asertivas originan que los problemas se agraven en lugar de su resolución. La pasividad puede favorecer la permisividad al abuso, situación que puede llevar en condiciones reactivas hacia la agresividad impulsiva.

Contrario a la no asertividad, desde esta propuesta, la conducta agresiva ha sido definida como “la expresión directa y hostil de los derechos personales por medio de pensamientos, sentimientos y creencias, en forma frecuentemente deshonesto, usualmente inapropiada y violentando o manipulando a los demás” (Lange y Jalubowski, 1976; citado en Flores y Díaz-Loving, 2002; Williams y Cahamove, 1990).

La conducta agresiva puede involucrar la comunicación de forma demandante hacia los otros. Los sujetos agresivos son insensibles ante los sentimientos y derechos de los demás, obteniendo lo que desean a través de la coerción o la intimidación. La agresividad puede tener éxito por medio de la fuerza, haciéndose de enemigos y conflictos. Algunos ejemplos de los comportamientos agresivos son la pelea, la acusación, y la amenaza sin tener en cuenta los sentimientos ajenos. El comportamiento agresivo aparece como consecuencia de la cólera o la ira y de la incapacidad para autocontrolarse (Bourne, 1995).

Según Aguilar Kubli (1987) (citada en Flores y Díaz-Loving, 2002) el individuo agresivo manifiesta las siguientes conductas:

- Rigidez e inflexibilidad.
- Abuso de otros.
- Insensible a las necesidades de los demás.
- Expresión de sentimientos de manera hiriente.
- Comportamiento defensivo.
- Enojo e irritabilidad.
- Emisión de constantes críticas.
- Interés de tener la razón aunque inadecuadamente.
- Necesidad de sentirse superior a los demás.
- Necesidad de tener control de los eventos.
- No reconoce ni acepta los derechos de los demás.
- No reconoce ni acepta errores.

- Se siente constantemente amenazado.
- Ridiculiza mediante bromas.

Desde esta perspectiva, Flores y Díaz-Loving (2002) describen que las conductas agresivas son causadas por falta de control emocional, inseguridad e irritación del individuo cuya manifestación se caracteriza por presentar errores en la forma de expresión, intolerancia a la frustración y falta de reconocimiento de los derechos de los demás teniendo como consecuencia una experiencia de insatisfacción y tensión, aislamiento, soledad, culpa, violencia y deterioro de la salud física.

Se distingue un estilo asertivo producto de la agresividad y la pasividad, el cual se caracteriza por comportamientos externos reservados pero resentimiento respecto a sus pensamientos y creencias.

Los sujetos con este estilo asertivo no expresan abiertamente sentimientos de enojo o agresión, sino de manera encubierta mediante resistencia pasiva. Con ello, se deja a los demás con sentimientos de enojo, confusión y resentimiento, además de no conseguir los resultados que espera, revirtiéndose los conflictos no resueltos.

Al interactuar, las personas pasivo-agresivas utilizan métodos de expresión sutiles e indirectos tales como la ironía, el sarcasmo, manipulación, engaño y suspicacia lo que lleva a una pérdida de identidad, confianza y respeto, desempeñando un papel de víctimas frente a ello.

Finalmente, de acuerdo con Aguilar Kubli (1987) (citada en Flores y Díaz-Loving, 2002) y Wolpe (1993) el individuo asertivo es capaz de expresar, escuchar y decidir aquello que desea, muestra de manera adecuada sus sentimientos, opiniones y necesidades, una clara y directa comunicación lo que favorece las

relaciones interpersonales, la seguridad y respeto personal. Por ello se dice que la asertividad es un punto intermedio e ideal entre la pasividad y la agresividad.

Aguilar Kubli y Ferran SImurri (1991) (citados en Flores y Díaz-Loving, 2002) describen que la asertividad tiene los siguientes componentes: respetarse a uno mismo y a los demás, ser directo, honesto y oportuno, saber comunicarse y escuchar, ser positivo y tener control emocional. Se considera que el manejo equilibrado de estos elementos es lo que promueve una comunicación asertiva y eficaz, sin descartar que también influyan aspectos no verbales además del lenguaje. Lo anterior promueve la satisfacción, confianza y seguridad en el individuo y mejora la posición social, la aceptación y el respeto de los demás.

Dentro de la conducta asertiva, Jakubowski y Lange (1978) (citados en Flores y Díaz-Loving, 2002) plantean cuatro tipos: la asertividad básica, empática, escalar y confrontativa.

Asertividad Básica: se refiere a la expresión simple de los derechos, creencia, opiniones y sentimientos personales.

Asertividad Empática: se presenta cuando una situación requiere más que la expresión de sentimientos y necesidades dado que requiere el reconocimiento de la situación o de terceras personas.

Asertividad Escalar: implica imposición inicial en la conducta asertiva y la valoración de su impacto para entonces reafirmar la conducta sin llegar a la agresión.

Asertividad Confrontativa: consiste en describir objetivamente y de manera frontal un hecho determinado sin realizar una evaluación calificadora.

Los estudios sobre asertividad se han realizado para enfatizar la comprensión de los logros de los individuos respecto de sus necesidades. Sin embargo se han evidenciado dificultades en su evaluación debidas a la multidimensionalidad e influencia social, cultural, situacional e individuales en el constructo.

Se documenta que la edad y la escolaridad se asocian de manera directa con asertividad. Así mismo, se asocia a la asertividad con una cualidad masculina, no obstante se observa un sesgo respecto de la actitud hacia el papel de género culturalmente determinado más que por la asertividad en sí misma (Flores y Díaz-Loving, 2002).

Respecto a variables de personalidad, se ha asociado a las personas asertivas con alta autoestima y autorrespeto (Aguilar Kubli, 1987 citada en Flores y Díaz-Loving, 2002; y Williams y Cahamove, 1990). En este sentido, Fersnsterheim y Baer (1979) (citados Flores y Díaz-Loving, 2002) consideran que la asertividad es un referente del concepto de sí mismo y de la autoestima. Rotter (1966), Flores (1994) y Williams y Cahamove (1990) lo asocian con el locus de control interno debido a que se observa en personas que piensan las consecuencias de su conducta y dependen de sí mismos.

Finalmente, también se documenta que las personas altamente asertivas experimentan menos problemas de salud, menos síntomas psicológicos y fisiológicos del estrés, menos ansiedad y en población adolescente se ha visto que respuestas asertivas se asocian con el uso consistente de condón, además de favorecer la adherencia terapéutica (Baele, Dusseldorp, Maes, 2001; Troth y Peterson, 2000; Williams y Stout, 1985).

Un estudio determinó que las hay personas que pueden ser asertivas en un contexto determinado pero no en otro ofreciendo explicaciones culturales, situacionales y de interacción interpersonal (Díaz Guerrero, 1994; citado en Flores y Díaz-Loving, 2002).

No se encontraron estudios en pacientes con diabetes gestacional; sin embargo, en el manejo este tipo de pacientes se requiere la implementación consistente de conductas específicas de adherencia y control metabólico, donde la promoción de conductas asertivas como la expresión de ideas, identificación clara de dificultades, preocupaciones y expectativas del paciente contribuyan en el incremento de su satisfacción, la adherencia a sus tratamientos y el logro de metas a corto plazo, como lo han demostrado Smith, Schreiner, Jackson y Travis (1993) y Vundule, Maforah, Jewkes, Jordaan, (2001).

Integración

Como hemos descrito en el presente capítulo, la diabetes gestacional junto con el embarazo exigen a la mujer una serie de ajustes para la adaptación a ambos eventos y que dichas demandas provienen tanto de las necesidades de cuidado a la salud física como del equilibrio emocional, haciendo de este proceso una circunstancia que se experimenta de manera crítica respecto del psiquismo.

Por ello, los recursos psicológicos cobran importancia debido a que nos refieren a los atributos individuales de la personalidad que le permiten a la mujer enfrentar y resolver de manera adaptativa las demandas antes mencionadas en interacción con todo lo que en ello influye.

En investigación se han evaluado recursos psicológicos de manera aislada y en búsqueda de asociaciones lineales con múltiples variables; sin embargo, en la complejidad del ser humano dichos recursos no los observamos de manera aislada y la influencia que ejercen no es única en el resultado final. Es por ello que en el presente trabajo pretendemos integrar tres recursos psicológicos que por sus cualidades, han demostrado ser útiles para la adaptación a diferentes eventos vinculados a la salud y a la diabetes mellitus en lo particular, como lo es la adherencia terapéutica, el estado metabólico, manifestaciones sintomáticas físicas

y emocionales y aspectos vinculados al estilo de vida como hábitos alimenticios, control de peso y ejercicio. Se tiene la intención expresa de comprender su funcionamiento respecto de la diabetes gestacional y al ajuste necesario en el corto plazo además de la posibilidad de establecer cambios de vida que se mantengan en el largo plazo para la prevención del diagnóstico durante el puerperio y los riesgos de la posible diabetes mellitus tipo 2.

La elección de dichos recursos fue propuesta de la siguiente manera: el locus de control fue contemplado como un recurso que nos permitirá evaluar la percepción respecto de la capacidad que la mujer reconoce en sí misma para manejar los eventos de su vida, los estilos de afrontamiento como las respuestas operativas que se llevan a cabo para la solución de las demandas del evento y finalmente, la asertividad como la habilidad para llevar a cabo acciones de manera oportuna. Funcionamiento sumamente importante para las mujeres que enfrentan una enfermedad o un proceso que requiere atención médica como el embarazo.

Consideramos que los recursos psicológicos son atributos que no pueden ser determinantes únicos de una respuesta, sino que se trata de la manera en que las personas han funcionado de manera relativamente estable ante la vida y que por ende, un atributo no puede ser considerado como disfuncional *per se*. Entendido de esta manera, pensamos que el contar con recursos funcionales y efectivos además de un mayor repertorio de opciones de respuesta, promoverá en la mujer el ajuste a la enfermedad y sus demandas de manera efectiva y con ello cumplir con dos objetivos de interés para la intervención psicológica:

1. Distinguir la manera en que cada recurso psicológico funciona en lo individual y en combinación con los otros respecto de la posibilidad de promover el control glucémico en mujeres con diabetes gestacional.
2. Generar un modelo que nos permita predecir, a partir de tales características (locus de control, estilos de afrontamiento y asertividad) a

aquellas mujeres que se encuentran en riesgo de descontrol glucémico para implementar acciones oportunas y con ello, prevenir complicaciones gineco-obstétricas y emocionales.

Finalmente, no es el objetivo del presente trabajo, pero sí de esta línea de investigación, evaluar el modelo pronóstico obtenido de manera prospectiva con la finalidad de corroborar su eficacia predictiva con la utilidad clínica respecto de la implementación de acciones preventivas de salud.

Capítulo IV.

Método.

Planteamiento del Problema

La diabetes mellitus es una prioridad de atención en México, como lo es para el INPer la atención de la salud reproductiva con alto riesgo, encontrándose entre otras la atención de embarazos que se cursan con diabetes gestacional. Una de las principales dificultades que se confrontan en la atención de este grupo de pacientes es el descontrol glucémico, mismo que repercute en la salud gineco-obstétrica de la paciente.

Por ello, la presente investigación pretende detectar la proporción de mujeres que presentan descontrol glucémico y evaluar un conjunto de características psicológicas que han sido caracterizadas como factores de riesgo tales como el estilo de afrontamiento, el locus de control, la asertividad y el malestar psicológico para determinar su influencia en el descontrol glucémico de la paciente con diabetes gestacional.

El estudio de recursos psicológicos motiva la presente investigación. Observar e ilustrar la relevancia y beneficios de éstos como factores de riesgo o como recursos psicosociales para el descontrol glucémico de pacientes que cursan su embarazo con diabetes gestacional favorecerá la incorporación de este material en planes de intervención institucional que promuevan la salud, la adaptación psicológica y el funcionamiento durante el embarazo y posterior a su término, mediante la prevención de riesgos futuros, mejorando así la calidad de vida y cuidados de la paciente.

Pregunta de Investigación

De los factores de riesgo descritos en la literatura como el estilo de afrontamiento, el locus de control, la asertividad y el malestar psicológico ¿Cuáles nos permiten hacer mejores predicciones respecto del descontrol glucémico de mujeres que cursan su embarazo con diabetes gestacional?

¿Cuál es la incidencia de descontrol glucémico en mujeres con diabetes gestacional que se atienden en el Instituto Nacional de Perinatología?

Objetivos General

Determinar los mejores predictores psicológicos e indicadores de riesgo que contribuyen al descontrol glucémico en el tratamiento de pacientes con diabetes gestacional.

Determinar la incidencia de descontrol glucémico en mujeres con diabetes gestacional.

Hipótesis Conceptual

Las pacientes con descontrol glucémico presentarán un menor o diferente repertorio de recursos psicológicos respecto a los estilos de afrontamiento, el locus de control y la asertividad en comparación con las mujeres que tienen niveles de glucosa normal.

Además, el descontrol glucémico estará asociado a recursos psicológicos con características menos adaptativas en comparación de aquellas mujeres que logran mantener un control glucémico en mujeres con diabetes gestacional.

Hipótesis de Trabajo

- Las pacientes con descontrol glucémico presentan diferencias significativas en el nivel de malestar psicológico respecto de aquellas que controlan sus niveles de glucemia.
- Se observan diferentes estilos de afrontamiento, siendo de carácter evitativo entre las pacientes con descontrol glucémico y de tipo aproximativo en aquellas que se controlan.
- El locus de control interno es significativamente mayor en las mujeres que controlan sus niveles de glucosa con relación de quienes no los controlan.
- El locus de control externo es significativamente mayor en mujeres con descontrol metabólico que en mujeres con un buen control glucémico.
- Las pacientes que se controlan presentan diferencias significativas en el tipo de asertividad, siendo la asertividad en situaciones cotidianas la que les caracteriza y de tipo no asertivo o asertividad indirecta en aquellas que no se controlan.

Diseño de investigación

La presente investigación es un estudio de población, de tipo observacional y analítico en un diseño de cohorte (Hulley y Cummings, 1997; y, Martínez-Navarro, Antó, 1997) con las siguientes características:

- Por el número de mediciones en el tiempo: Longitudinal, debido a que se realizan más de dos mediciones en el tiempo.
- Por ocurrencia o temporalidad del evento: Se trata de una cohorte prospectiva o concurrente, por su dirección al futuro.
- Por tipo de población: Se define como dinámica, ya que un mismo paciente puede encontrarse en control o descontrol de una cita a otra.
- Por tipo de evento: Múltiple o recurrente.
- Por tipo de seguimiento: Activo

Hay una fase del estudio que es descriptivo para la determinación de la incidencia del descontrol glucémico en la población de estudio, así como de las características de las variables evaluadas. Y una segunda fase analítica, que muestra las asociaciones entre las variables predictoras o de riesgo y la variable resultado o de desenlace.

Descripción de la cohorte

De acuerdo con curso de la cohorte, es posible describir tres momentos importantes para el registro de variables y tres momentos de aplicación de instrumentos (Figura 5).

- **Determinación diagnóstica:** una vez que la mujer se embaraza, se encuentra en riesgo de desarrollar diabetes gestacional con base en múltiples factores determinantes en ello. A partir de la detección y diagnóstico de la diabetes gestacional realizado por médicos endocrinólogos, la paciente se vuelve un caso factible de participación en el estudio, momento en el que se le hace la invitación formal a participar en la investigación y se le otorga la información pertinente así como las formas de consentimiento informado previamente aprobadas por el comité de investigación y ética institucionales.
- **Primera aplicación:** entre dos y cuatro semanas posteriores al diagnóstico de diabetes gestacional la paciente responde en una primer aplicación los siguientes instrumentos: la Encuesta de Datos Sociodemográficos y Ginecoobstétricos, el Cuestionario General de Salud, la Escala de Respuestas de Afrontamiento, la Escala de Locus de Control y la Escala Multidimensional de Asertividad (Apéndices A, D, E, F y G).
- **Registro del control glucémico:** a partir de entonces y durante el curso del embarazo la paciente acude a consultas de seguimiento con su médico endocrinólogo, en las cuales se lleva a cabo el registro del control glucémico.

- Segunda aplicación: Posterior a la semana 35 de la gestación, se realizó una segunda aplicación del Cuestionario General de Salud y la Encuesta de Control Percibido (Apéndices B y D).
- Resolución del embarazo: Una vez que el embarazo concluye se realiza un registro del Periodo Neonatal Inmediato (Apéndice C).
- Puerperio: En el puerperio, entre 6 y 8 semanas posteriores al parto, se otorga una cita a la paciente en la que se realiza una tercera aplicación del Cuestionario General de Salud (Apéndice D).

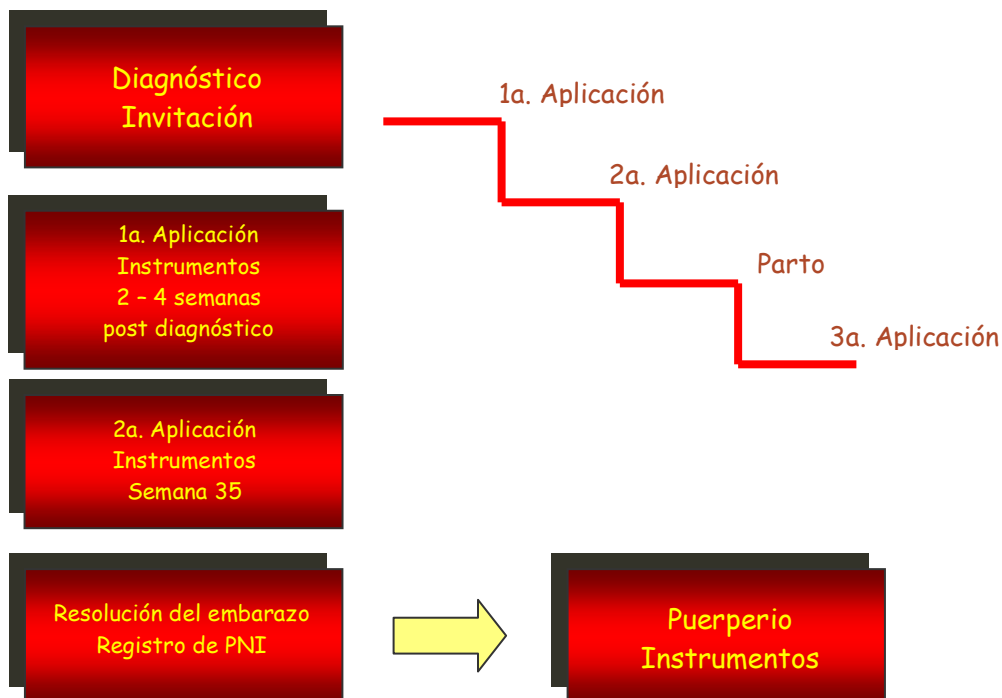


Figura 5. Descripción de la Cohorte de Estudio.

Variables de estudio

Variable de Calsificación.

- **Diabetes gestacional.**

La diabetes mellitus gestacional se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa de severidad variable e inicio o primer reconocimiento durante el embarazo. (American Diabetes Association, 2002). El diagnóstico será determinado por médicos endocrinólogos del Departamento de Endocrinología mediante los criterios de O'Sullivan y Mahan referidos en el Manual de Normas y Procedimientos del INPer (1998) y aceptados por el Grupo Nacional de Datos de Diabetes (NDDG) de Estados Unidos.

La prueba de detección o tamiz de glucosa que reporta un valor mayor o igual a 180 mg/dl. diagnostica a la paciente con diabetes gestacional. Si el tamiz a la glucosa es positivo sin alcanzar la cifra anterior, es decir un valor mayor o igual a 130 mg/dl y menor a 180 mg/dl, se practica una curva de tolerancia oral a la glucosa como prueba de confirmación, en la que para establecer su diagnóstico se empleará el criterio de O'Sullivan y Mahan aceptado por el NDDG.

Variables a Intervinientes.

- **Malestar Psicológico.**

Definición conceptual: respuesta emocional reactiva a un evento o circunstancia, que no cumple con los criterios nosológicos para un trastorno mental, no obstante la incomodidad subjetiva y la desorganización psíquica. Dicha respuesta emocional corresponde generalmente a una condición de carácter inhibitorio, es decir, transitoria y adaptativa. Implica cambios emocionales y conductuales de intensidad variable, curso breve, rápida evolución y buen pronóstico a expensas de la solución al problema disparador (Espíndola-Hernández et al. 2006; Morales-Carmona et al. 2005).

Definición operacional: se evaluará mediante el Cuestionario General de Salud de Golberg, instrumento de tamiz que ha sido empleado para evaluar malestar psicológico,

utilizando un punto de corte de 7/8 para distinguir a los casos de los no casos de malestar psicológico (Espíndola-Hernández et al. 2006; y Gómez et al. 1990).

- **Respuestas de afrontamiento.**

Definición conceptual: respuestas cognitivas y conductuales realistas y flexibles que las personas emplean en la interpretación y el manejo de eventos críticos para su adaptación. El énfasis está en los procesos utilizados por el individuo para dominar las situaciones conflictivas en la relación con el entorno, distinguiendo si las respuestas suponen esfuerzos primordialmente cognitivos, conductuales o evitativos (Moos y Schaefer, 1982).

Definición operacional: respuestas obtenidas en la Escala de Respuestas para Enfrentar Sucesos Importantes, la cual es una sección del Cuestionario sobre Salud y Hábitos de Vida de Moss (Moos y Schaefer, 1982).

- **Locus de Control.**

Definición conceptual: Rotter (citado en Lefcourt, 1982) lo define como aquella parte de la personalidad conformado por la capacidad interna y dinámica de una persona. Es un componente cognitivo y estable que permite al individuo evaluar el grado que considera que su vida y los eventos que la rodean e influyen están bajo su propio control (De Moja, 1997; Dimitrovsky et al. 1993; Gregg, 1996; Lefcourt, 1982).

Definición operacional: respuestas evaluadas mediante la Escala de Locus de Control de Rotter. A partir de un punto de corte de 11/12 se distingue al locus de control interno del locus de control externo (Lefcourt, 1982).

- **Asertividad.**

Definición conceptual: habilidad verbal para la expresión de deseos, creencias, necesidades y opiniones tanto positivos como negativos, así como el establecimiento de límites de manera honesta y oportuna respetándose a sí mismo como individuo y a los demás durante la interacción social. (Flores, 1994).

Definición operacional: respuestas obtenidas en la Escala Multidimensional de Asertividad distinguiendo tres tipos: Asertividad indirecta, Asertividad en situaciones cotidianas y No asertividad (Flores, 1994).

Variable de resultado o desenlace.

- **Control glucémico:**

Se define mediante los niveles de glucosa sérica o capilar en ayuno y postprandial bajo los criterios de la Tabla 5:

Glucosa Post Prandial		
	Ayuno	2 horas
Muestra capilar	< 95	<120
Muestra Plasmática	<105	<130

Tabla 5: Valores de Referencia para Glucosa Post Prandial.

Variables intercurrentes:

- Registro de datos sociodemográficos: edad, escolaridad, nivel socioeconómico, estado civil, ocupación.

- Registro de variables gineco-obstétricas: número de gestaciones, antecedentes de diabetes gestacional.
- Registro del Control Percibido de las pacientes hacia el tratamiento, el embarazo y la asistencia a consultas.
- Registro del peso de la paciente, el número de internamientos y el tipo de tratamiento.
- Registro de variables respecto a la resolución del embarazo y período neonatal inmediato: clasificación del recién nacido, peso del producto, presencia de malformaciones y presencia de complicaciones en el producto.

Muestra

Sujetos: Mujeres embarazadas que contaran con el diagnóstico de diabetes gestacional asignado por médicos endocrinólogos del Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”.

Muestra: Mediante un muestreo de casos consecutivos y con base en los porcentajes informados por Spirito, et al. (1989) de descontrol glucémico en mujeres con diabetes gestacional se definió el tamaño de muestra de la siguiente manera:

Dicho autor documenta un porcentaje de descontrol glucémico en mujeres con diabetes gestacional a las que se les prescribe únicamente dieta como parte de su tratamiento del 34%, mientras que en aquellas que requieren insulina se documenta un porcentaje de 29% de descontrol glucémico.

Con base en dicha información y con un método probabilístico para el cálculo de tamaño de muestra para proporciones de una variable dicotómica se aplicó la siguiente fórmula, con base en la proporción esperada del 29%, la magnitud de la diferencia del

15% y un intervalo de confianza del 99%, obteniendo un tamaño de muestra de 249 casos necesarios.

$$N = \frac{4z_{\alpha}^2 P(1-P)}{W^2}$$

Donde:

N	Tamaño de la muestra	249
P	Proporción esperada del fenómeno de estudio	.29
W	Precisión o magnitud de error que estamos dispuestos a aceptar	.15
Z_{α}	Distancia de la media del valor de significación propuesto. Se obtiene de tablas de distribución normal	2.58

El tiempo de captura tuvo una duración de 24 meses consecutivos concluyendo la investigación con una muestra total de 266 casos.

Criterios de inclusión

- Escolaridad mínima de primaria.

Criterios de exclusión

- Diabetes gestacional con otra patología de base.
- Presencia de retardo mental mediante juicio clínico.
- Presencia de trastorno psiquiátrico mediante juicio clínico.
- Pacientes que no resuelvan el embarazo en el INPer.

Escenario

El estudio se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Perinatología, en la consulta externa del Departamento de Endocrinología. Las pacientes respondieron los instrumentos en un consultorio y/o en la sala de espera a su consulta.

Instrumentos

- Cuestionario General de Salud. Versión de 30 reactivos. (CGS-30)

Instrumento autoaplicable desarrollado por Goldberg, el cual se encuentra orientado a la detección de trastornos mentales, no psicóticos, en población general y que ha sido empleado para detectar malestar psicológico mediante el registro de la presencia o ausencia de síntomas que abarcan desde sentimientos generales de malestar hasta sensaciones y pensamientos que indican depresión severa y deseos suicidas. El cuestionario está integrado por 60 reactivos con cuatro opciones de respuesta, que proporcionan información del estado actual del entrevistado, por lo que no puede ser una medida de atributos duraderos ni evalúan la probabilidad de recaer en el futuro.

La calificación del cuestionario se lleva a cabo sumando los síntomas presentes en las últimas dos semanas que difieren del estado habitual (columnas 3 y 4) y a través de un punto de corte (7-8) se establece un tamizaje entre sujetos probable caso (es decir, sujetos que presentan los síntomas suficientes como para requerir atención psicoterapéutica) y sujetos no caso. El CGS ha sido utilizado en varias investigaciones, demostrando índices satisfactorios de confiabilidad y validez (73% en ambos puntajes) en diferentes niveles de atención médica en nuestro país.

- Escala de Respuestas para Enfrentar Sucesos Importantes.

Esta escala es una sección del Cuestionario sobre Salud y Hábitos de Vida de Moos (1983). Está compuesta por una serie de opciones de respuestas con las cuales

una persona puede enfrentarse a los problemas o sucesos que considera de importancia, para indicar la frecuencia en una escala tipo Likert de 3 puntos (1=No, nunca; 2=Sí, a veces; y, 3=Sí, con frecuencia). La clasificación de estas respuestas de enfrentamiento se puede hacer de dos formas: la primera corresponde al Método utilizado para enfrentarse al problema: 1) Cognitivo activo, 2) Conductual activo y 3) Evitativo. La segunda clasificación se basa en el Enfoque que se le dé al enfrentamiento, pudiendo ser: 1) Análisis lógico, 2) Búsqueda de información, 3) Solución del problema, 4) Regulación afectiva y 5) Descarga emocional. Se realizará una clasificación del tipo de afrontamiento de acuerdo con la factorización que arroje el análisis de los reactivos.

- Escala de Locus de Control Interno – Externo de Rotter.

La escala de locus de control de Rotter fue diseñada para medir de manera unidimensional la expectativa personal de control respecto de una amplia variedad de dominios de la vida. Consiste en 29 reactivos de los cuales 23 son reactivos válidos y 6 reactivos distractores en un formato de elección forzada. Los reactivos se califican otorgando un punto de acuerdo a la opción elegida con un punto de corte de 11 puntos o menos para locus de control interno y de 12 puntos o más para locus de control externo. Tiene un coeficiente alfa de 0.70 (Craig et al. 1984).

- Escala Multidimensional de Asertividad.

Escala elaborada por Flores (1994) para medir la asertividad en población mexicana. Consta de 92 reactivos con opción de respuesta tipo Likert de 5 puntos que tras la calificación permite distinguir tres tipos de asertividad: 1) Asertividad indirecta; 2) Asertividad en situaciones cotidianas; y 3) No asertividad.

- Encuesta de datos sociodemográficos y gineco-obstétricos.

- Encuesta de control percibido, cuyo contenido indaga los tratamientos requeridos para el control glucémico y la evaluación por parte de la paciente del grado de cumplimiento de los mismos. Así mismo, también registra hospitalizaciones requeridas y motivos de suspensión de tratamientos en caso de que hubiera ocurrido.
- Encuesta de la resolución del embarazo, el cual incluye preguntas del resultado fetal y complicaciones vinculadas al embarazo y su resolución.

Procedimiento

Cuando los médicos endocrinólogos detectaban mediante un análisis de laboratorio, que las pacientes tenían diabetes gestacional se les llamaba telefónicamente y otorgaba cita para informar el diagnóstico e iniciar el tratamiento y seguimiento necesario. Posterior a ello, se les dio una cita a las pacientes dos semanas después en la que se inició el registro de control glucémico mediante cifras de glucosa en ayuno y postprandial y se respondió a los cuestionarios correspondientes a la primera aplicación (Encuesta de datos sociodemográficos y ginecoobstétricos, Cuestionario General de Salud, Escala de Afrontamiento, Escala de Locus de Control y la Escala Multidimensional de Asertividad). Se continuó el registro de control glucémico mediante evaluaciones mensuales antes de la semana 28 de gestación y cada quince días posterior a la semana 28 hasta el término del embarazo. Posterior a la semana 35 de gestación, se realizó la segunda aplicación del Cuestionario General de Salud. Al momento de la resolución del embarazo, se registraron los datos del período neonatal inmediato. Finalmente se evaluó a la paciente a las 6 - 8 semanas de puerperio mediante una curva de tolerancia oral a la glucosa para su reclasificación en la que se aplicó el Cuestionario General de Salud (Apéndices A – G).

Aspectos Éticos

Por tratarse de un diseño observacional, la investigación se considera éticamente sin riesgos para la mujer embarazada, debido a que serán registradas variables que por sí mismas son necesarias como parte del protocolo asistencial para la atención del embarazo y de la diabetes gestacional. Así mismo, se señala que desde la evaluación psicométrica no existe riesgo debido a que las preguntas incluidas no exponen a la paciente a situaciones de alteración física y/o emocional. Se puso a disposición de quien lo solicitara la posibilidad de recibir los resultados individuales de los instrumentos aplicados y la alternativa de incorporación a tratamiento psicológico.

El proyecto cumplió con los procedimientos de revisión y registro por parte del Comité de Investigación y del Comité de Ética del INPer IER, contemplando la inclusión de una Carta de Consentimiento Informado de Participación explicitando el objetivo, procedimiento de participación, aclaración de riesgos, beneficios y derechos, tales como el uso de información para fines de investigación, el respeto a la confidencialidad de los datos, la libertad de participación y de abandono voluntario, y la no afectación en la calidad de atención por parte del Instituto ante cualquier negativa de colaboración.

La paciente contó con los datos de la investigadora y teléfonos disponibles de contacto y con una copia de la información previamente descrita.

Capítulo V.

Resultados.

La muestra final estuvo conformada por 266 pacientes, todas ellas mujeres embarazadas con diagnóstico de diabetes gestacional y que acudieron para su atención al Instituto Nacional de Perinatología.

De los 266 casos, el 57.1% cumplió todo el proceso de las fases de la cohorte, el 39.1% se mantuvo hasta el momento del parto, sumando en ambos casos al 96.2% de la muestra total. Un 1.1% y un 2.7% de los casos cubrieron hasta la segunda y primera aplicación respectivamente de acuerdo a la definición de la cohorte. Un total de 7 casos (2.56%) fueron cancelados debido a que en el seguimiento hubo faltantes suficientes para su adecuada clasificación en la variable de resultado (Figura 6 y 7).

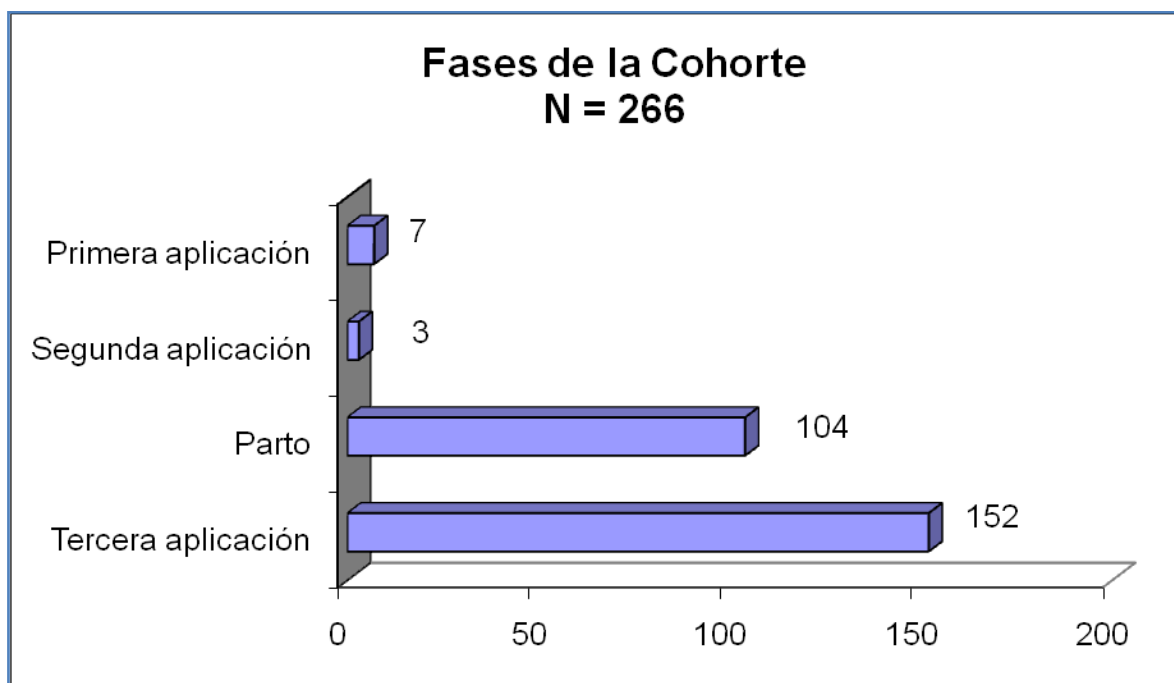


Figura 6. Fases de la Cohorte de Estudio.

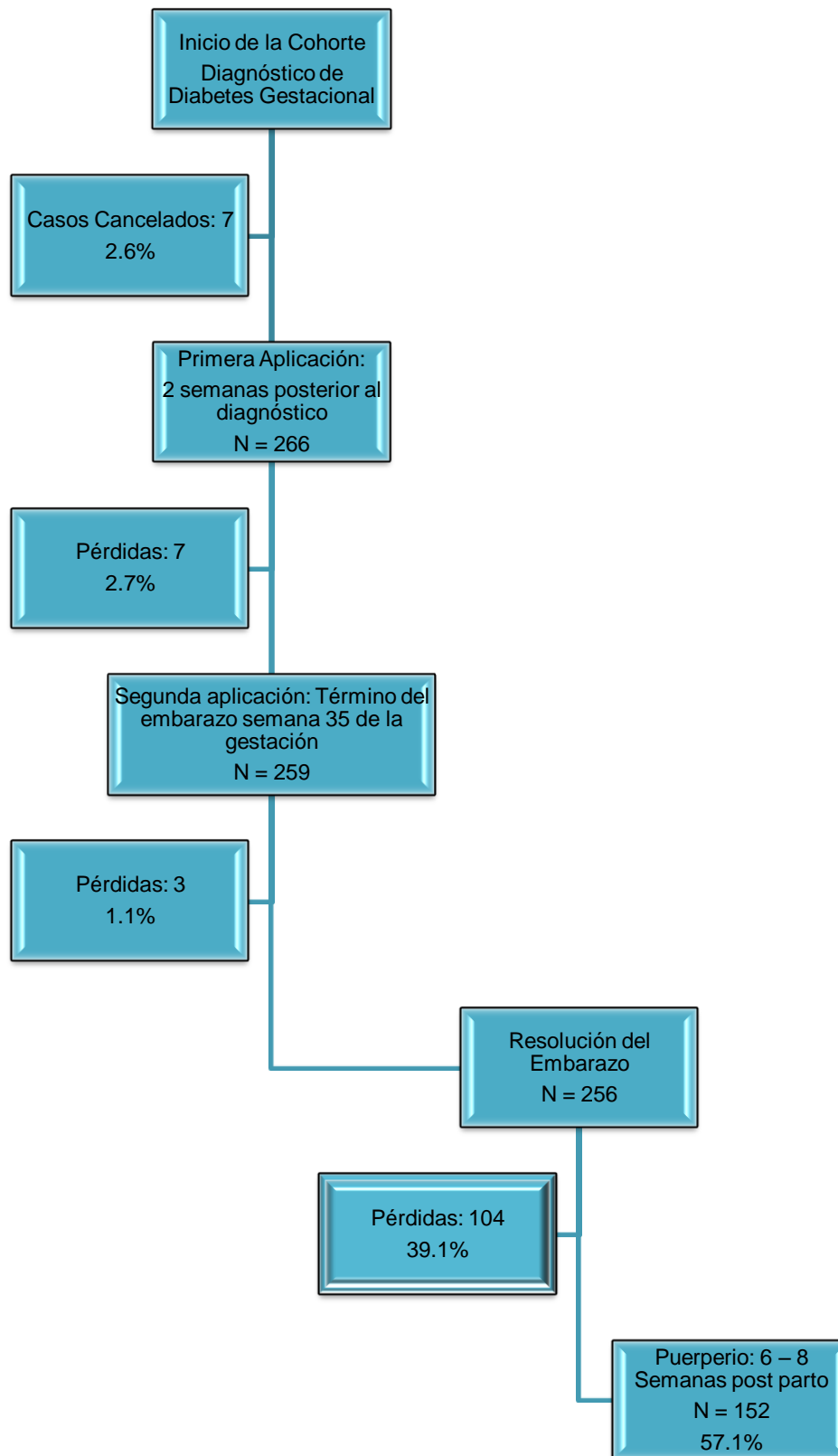


Figura 7. Proceso de casos perdidos de la Cohorte de Estudio.

Análisis Descriptivos.

- **Características Sociodemográficas.**

El promedio de edad de las pacientes fue de 32.99 +/- 5.75 años en un intervalo de entre los 14 y 45 años. La escolaridad mostró un promedio de 10.47 años de estudio +/- 3.24 años, con una moda de 12 años de escolaridad, lo que corresponde a contar con estudios entre secundaria y preparatoria concluidas (Figura 8 y 9).

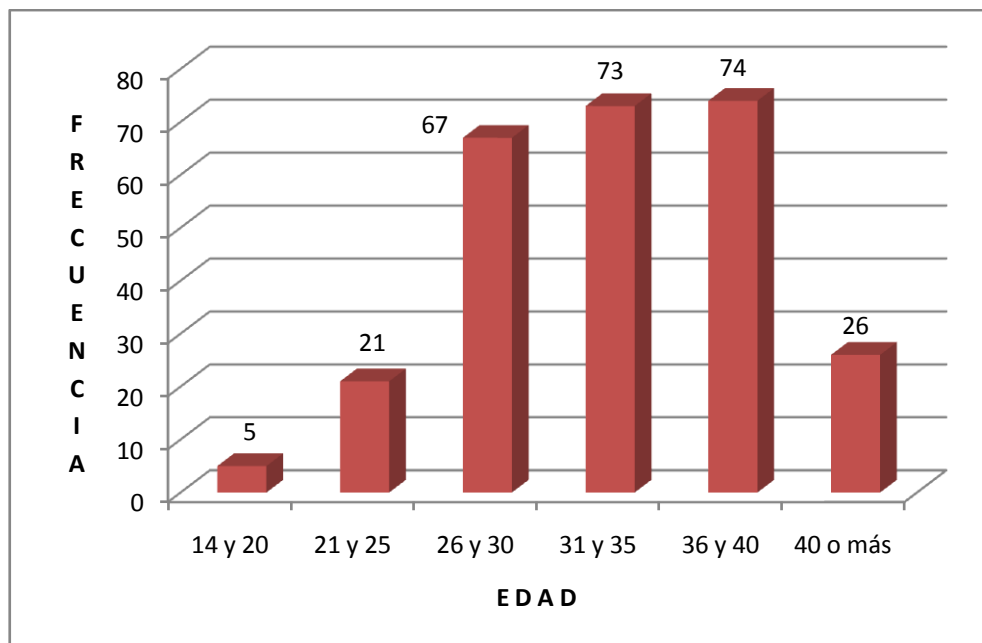


Figura 8. Edad

Respecto del estado civil, el 67.7% de las mujeres estaban casadas y 18.4% vivían en unión libre con sus parejas. El 9.8% eran solteras, mientras que 3.4% y 0.4% eran separadas y divorciadas respectivamente. Un 0.4% de la muestra constituía a mujeres viudas (Figura 10).

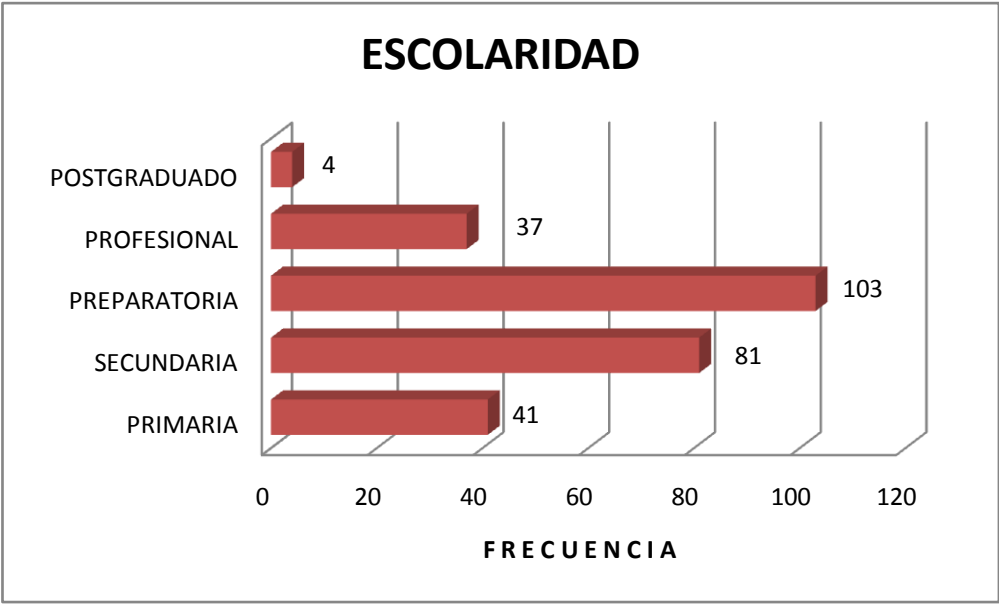


Figura 9. Escolaridad

La distribución del nivel socioeconómico fue de la siguiente manera: 30.8% se encontraban dentro de una clasificación baja; 64.3% dentro de un nivel medio y el 4.9% correspondió a un nivel socioeconómico alto (Figura 11).

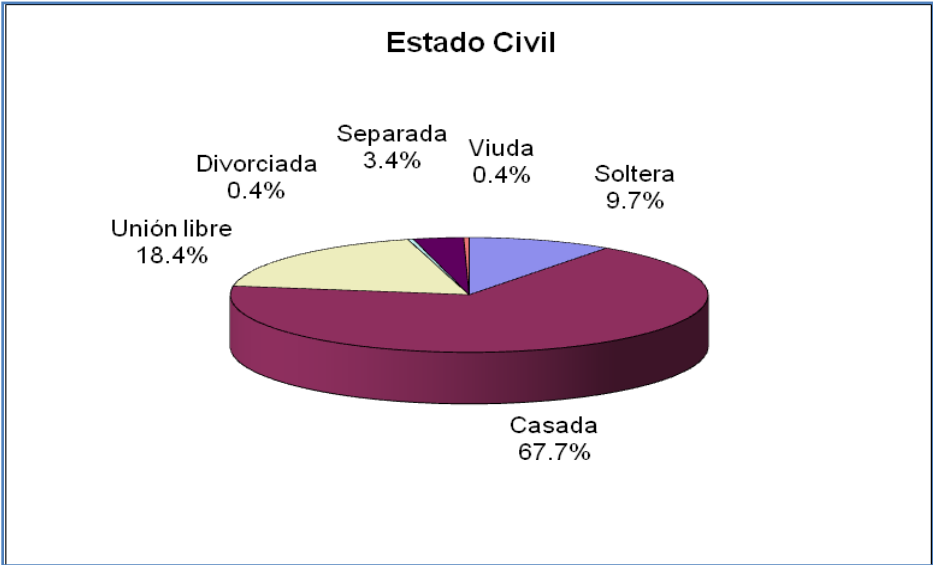


Figura 10. Estado Civil.

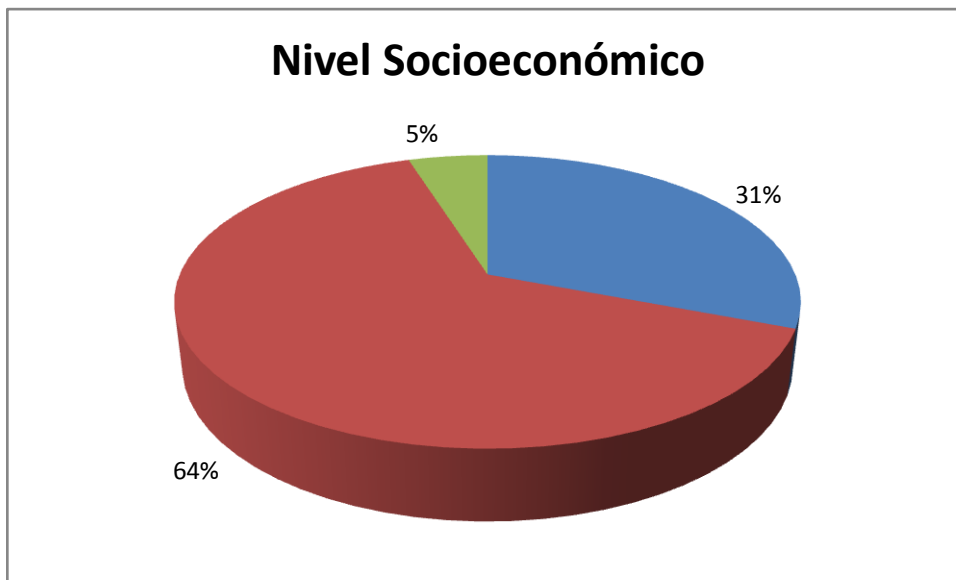


Figura 11. Nivel Socioeconómico.

El 79.7% de las mujeres se dedicaban al hogar, un 0.8% eran estudiantes, 0.4% eran desempleadas y el 19.1% restante tenía alguna ocupación laboral remunerada (Figura 12).



Figura 12. Ocupación.

Finalmente, el 89.1% de las mujeres profesan la religión católica, 7.5% otras religiones y un 3.4% ninguna religión (Figura 13).

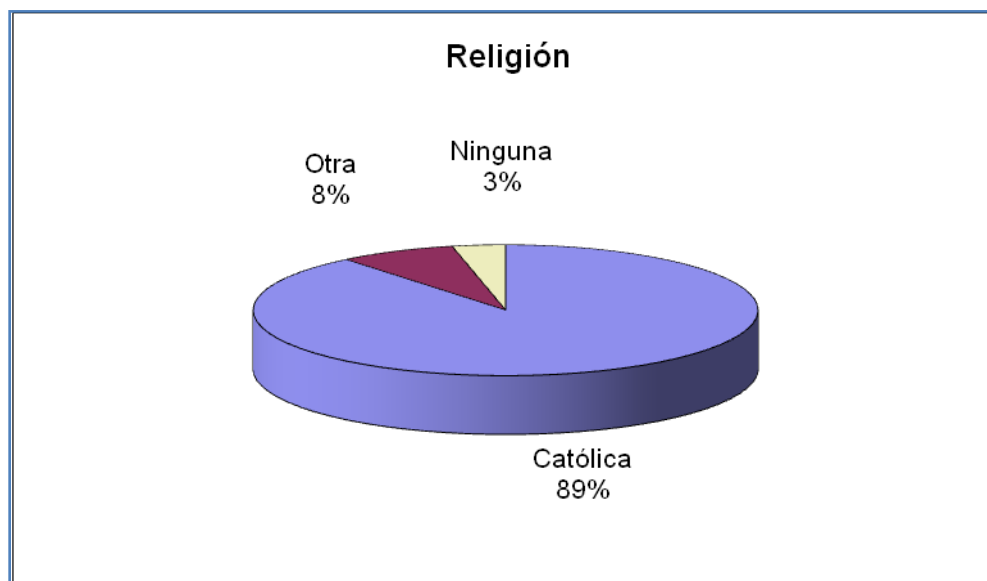


Figura 13. Religión.

- **Variables Gineco-obstétricas.**

La historia gineco-obstétrica de las pacientes fue como a continuación se describe: Respecto al número de gestaciones se observa que tanto el promedio como la moda es de tres gestaciones por mujer ± 1.45 con un intervalo que va de 1 a 9 embarazos (Figura 14). La Tabla 6 muestra el porcentaje del tipo de resolución que dichos embarazos presentaron pudiendo haber sido clasificados como parto, cesárea, aborto, óbito o muerte neonatal temprana.

Así mismo, se observa un promedio de 1 ± 1 hijos vivos por mujer y un promedio de 1 ± 1 pérdidas gestacionales por mujer. El 57.5% de la muestra ha presentado al menos una pérdida gestacional en un intervalo de uno a cinco pérdidas (Figura 15 y 16).

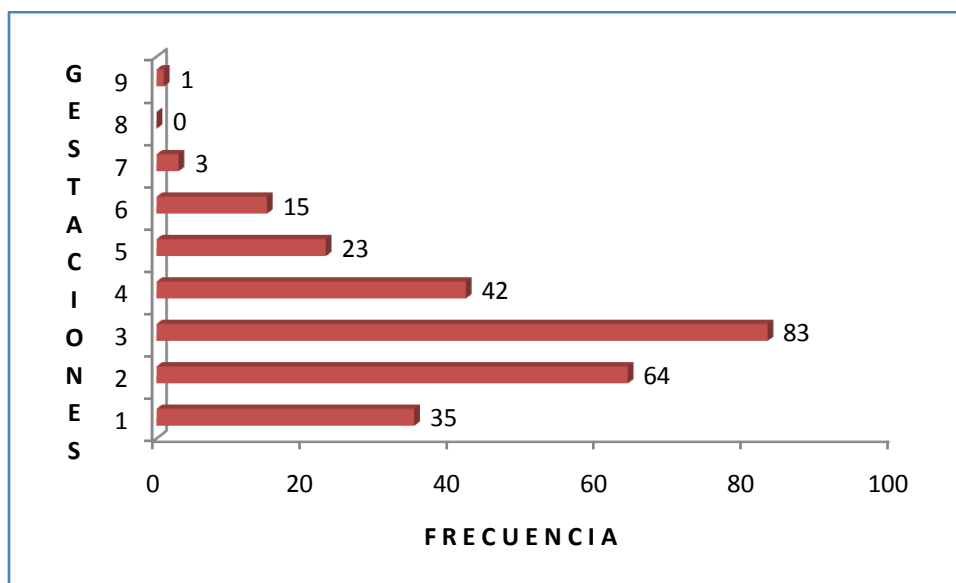


Figura 14. Número de Gestaciones.

La edad promedio de menarca fue de 12 años con una desviación estándar de 1 años y el promedio de inicio de vida sexual activa fue de 21 años \pm 4.5 años y moda de 17 años (Figura 17 y 18).

FRECUENCIA	PARTOS %	CESÁREAS %	ABORTOS %	OBITOS %	MNT %
0	65.0	62.4	56.4	90.2	88.3
1	21.8	25.6	23.3	7.9	9.8
2	8.3	9.4	12.8	1.9	1.9
3	3.4	2.6	5.6		
4	.4		1.1		
5	.8		.8		
6	.4				

Tabla 6. Historia gineco – obstétrica.

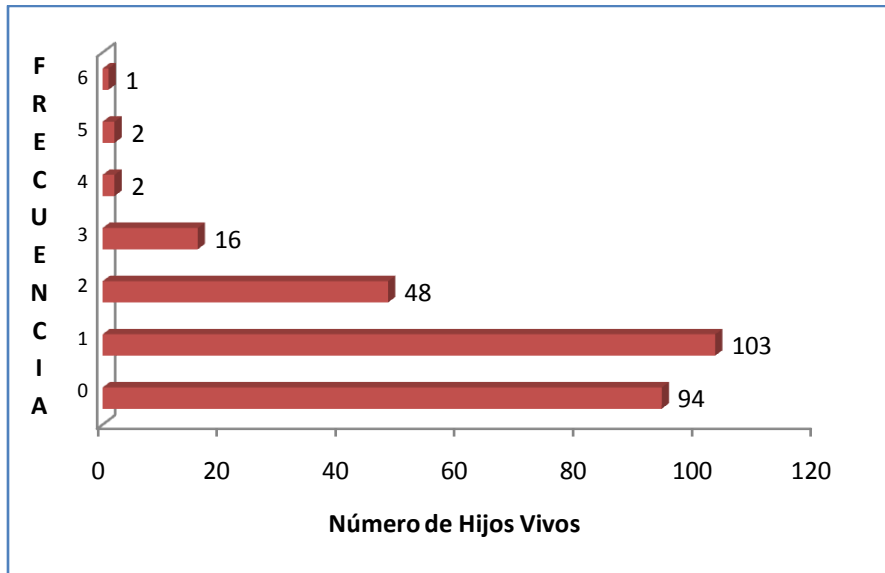


Figura 15. Número de hijos vivos.

El 58.6% de las mujeres refieren no haber planeado el embarazo, mientras que el 41.4% restante si lo hizo (Figura 19).



Figura 16. Pérdidas gestacionales.

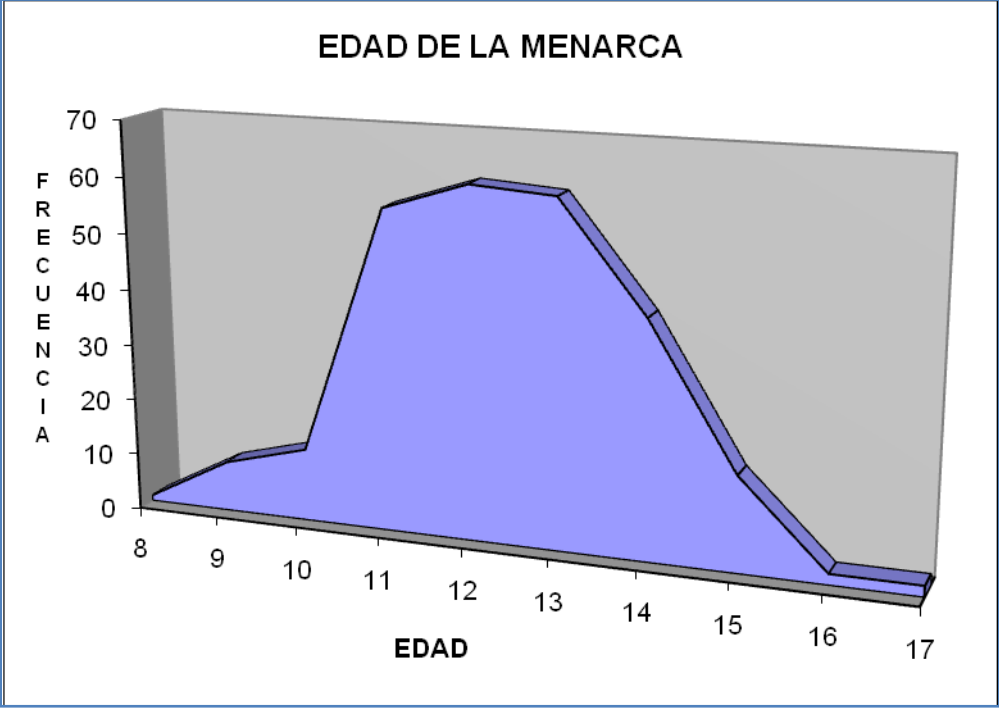


Figura 17. Edad de la menarca.

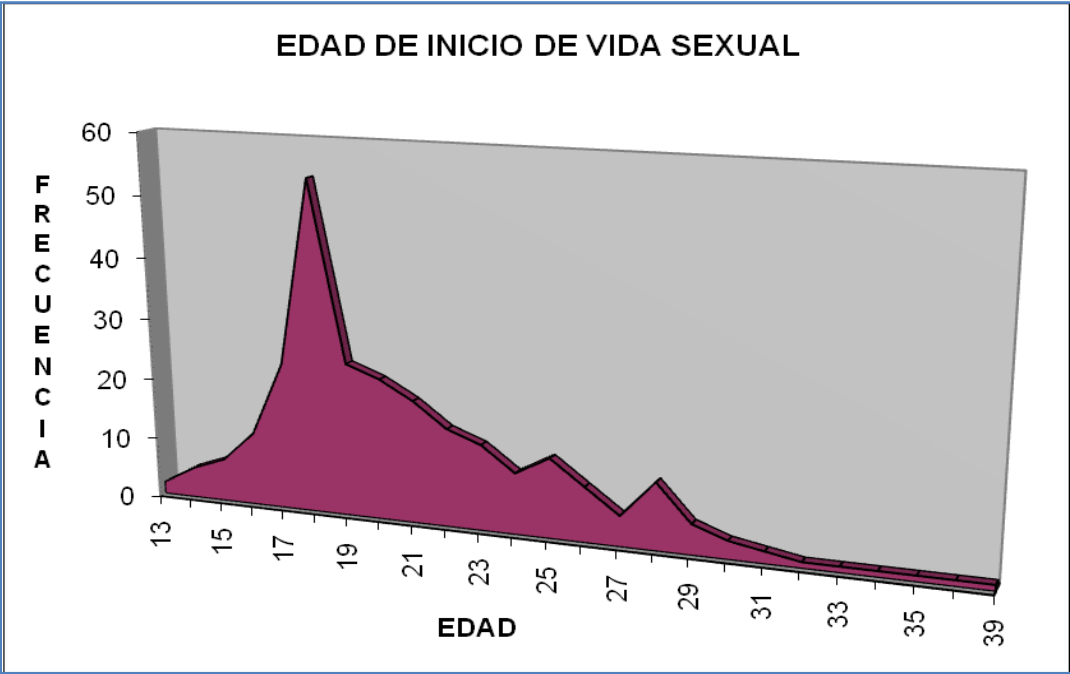


Figura 18. Edad de inicio de vida sexual.



Figura 19. Planeación del embarazo.

Finalmente, el promedio de semanas de gestación para la primera aplicación fue de 27.5 semanas con una desviación estándar de 5.21 semanas, con un valor mínimo de 10 semanas y un valor máximo de 36 semanas de gestación. Podemos decir que solo el 1% de la muestra respondió los instrumentos en el primer trimestre de la gestación, mientras que el 46% lo hizo cuando se encontraba cursando el segundo trimestre y el 54% restante se encontraba en el tercer trimestre de la gestación (Tabla 7 y Figura 20).

	SEMANAS DE GESTACIÓN CUANDO RECIBIÓ EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES GESTACIONAL	SEMANAS DE GESTACIÓN EN LA PRIMERA APLICACIÓN
MEDIA	23.71	27.50
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	5.55	5.21

Tabla 7. Promedio y desviación estándar del diagnóstico y de la primera aplicación de instrumentos.

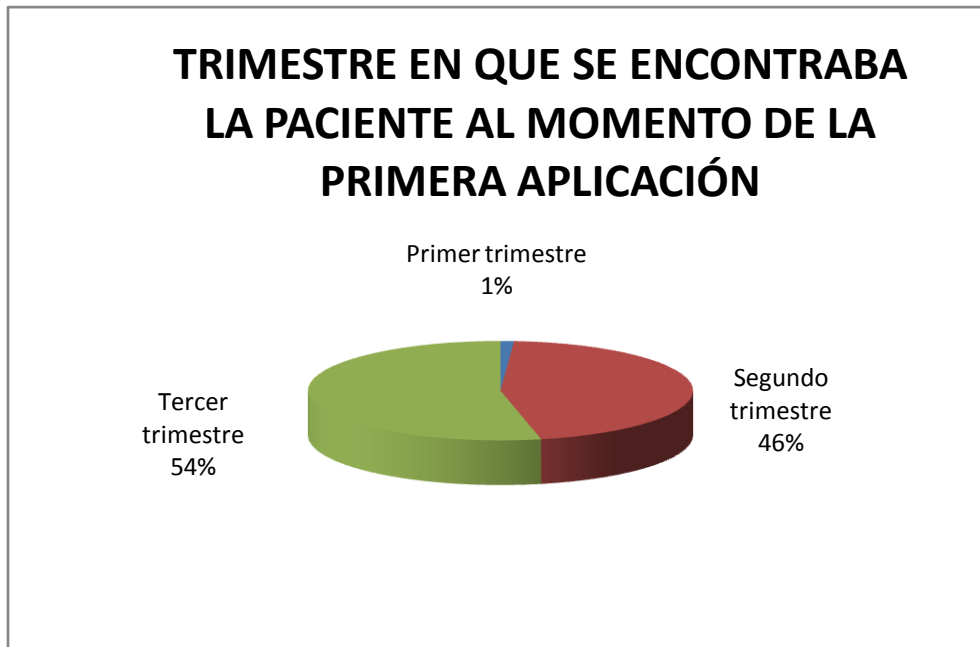


Figura 20. Trimestre de la paciente al responder a la Primera aplicación de instrumentos.

- **Características de la Diabetes Gestacional.**

De acuerdo con la clasificación de Freinkel de la diabetes gestacional, se observa que el 59.4% de las mujeres cumplieron con criterios para el diagnóstico de diabetes gestacional A1, el 21.4% contaron con el diagnóstico de diabetes gestacional A2 y el 19.2% restante con diagnóstico de diabetes gestacional B1 (Figura 21).

El promedio de semanas de gestación cuando se asignó el diagnóstico de diabetes gestacional fue de 23.7 semanas \pm 5.5 semanas de gestación. Un total de 45 mujeres (17%) tenían antecedentes de diabetes gestacional en embarazos previos, 15% en un embarazo y 2% en dos embarazos previos (Figura 22).

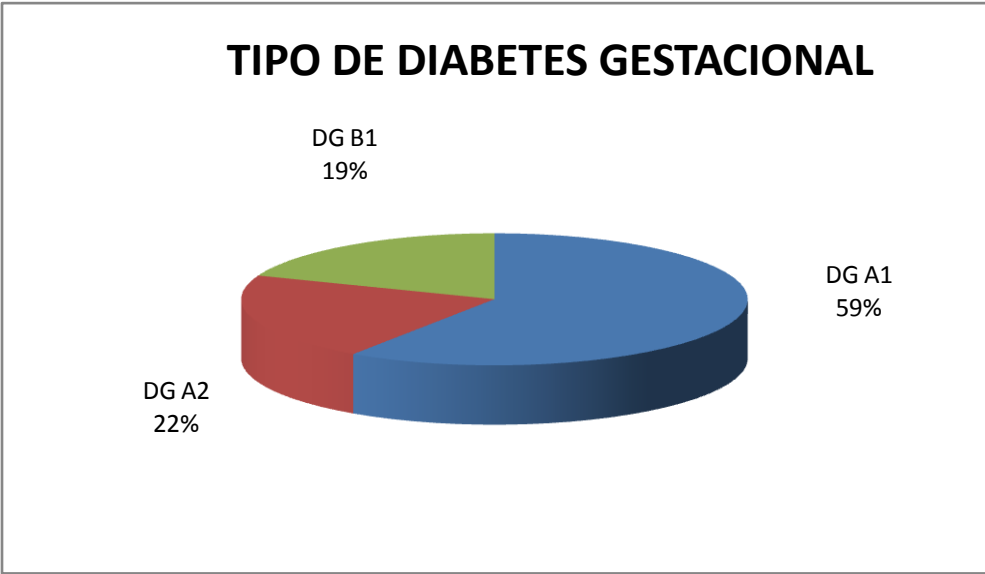


Figura 21. Tipo de diabetes gestacional de acuerdo a la clasificación de Freinkel.

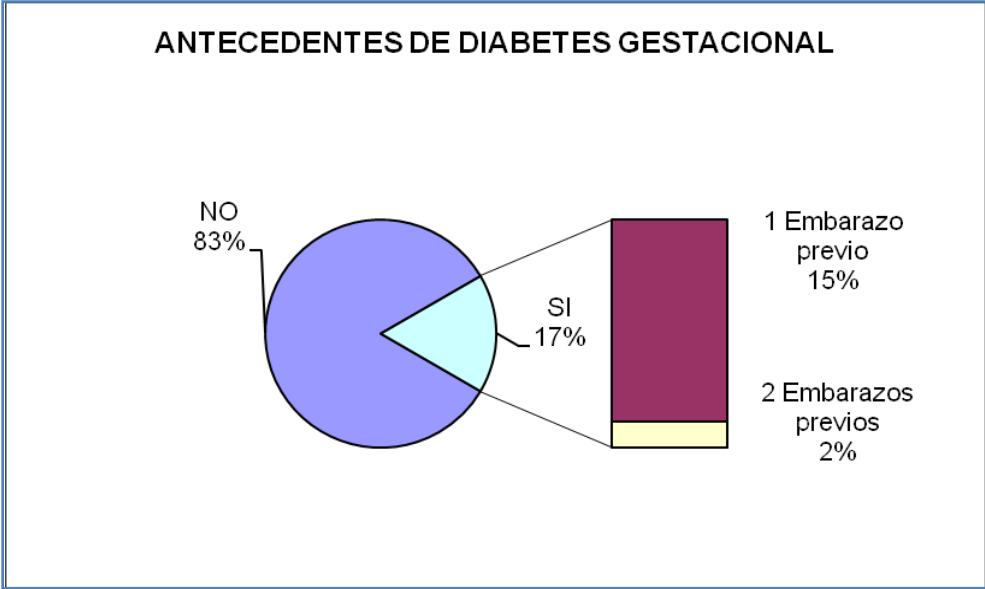


Figura 22. Antecedentes de diabetes gestacional.

De acuerdo con el peso al inicio del embarazo y la estatura referida por las mujeres se documenta un índice de masa corporal promedio de $28.87 \text{ kg/est}^2 \pm$

4.64 kg/est², en un intervalo que va de 19.74 a 46.88 kg/est². De manera estratificada, lo anterior corresponde a un 19.2% de mujeres que inician el embarazo con un peso normal, 36.1% lo inician con sobrepeso y un 32.3% con obesidad (Figura 23).

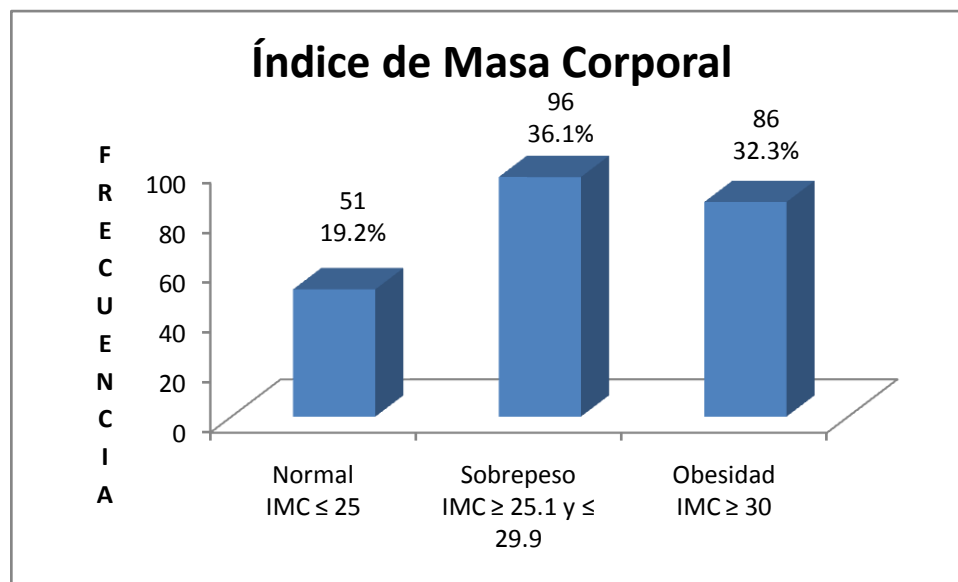


Figura 23. Índice de masa corporal.

Respecto de los tratamientos requeridos para el control de la diabetes gestacional se observa que el 100% de la muestra requirió de una dieta específica para su cuidado. Respecto al uso de insulina fue necesaria en el 34.2% de las mujeres, mientras que al 51.1% se les prescribió ejercicio (Figura 24).

La cantidad de insulina prescrita se presentó de entre 2 y 32 unidades de insulina rápida y entre 4 y 58 unidades de insulina intermedia. Las dosis combinaban ambos tipos de insulina en el curso del día siendo de una sola inyección horaria en el 6.4% de la muestra y de dos inyecciones horarias en el 27.8%. El 65.8% restante no requería de insulina como parte de su tratamiento para la diabetes gestacional.

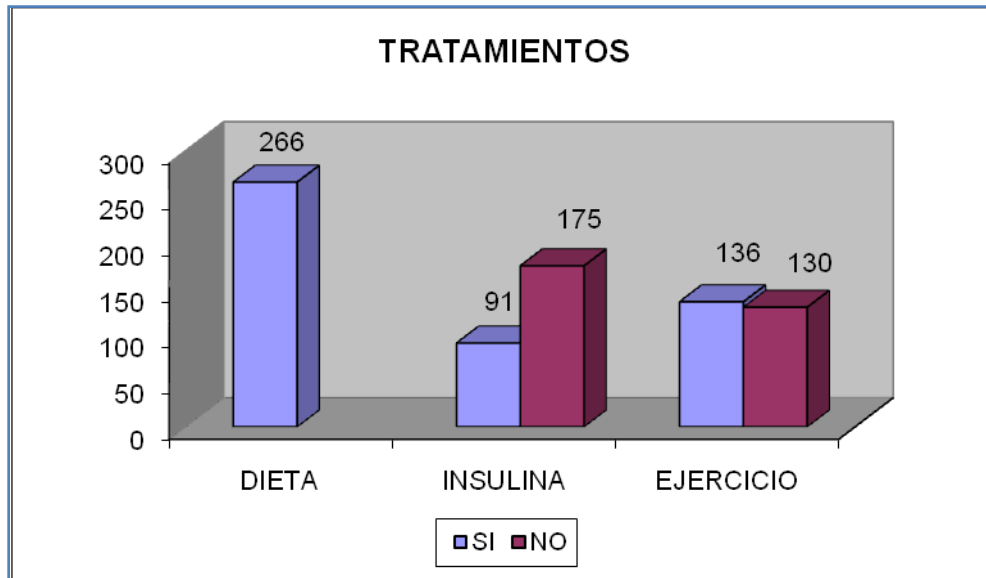


Figura 24. Frecuencia de tratamientos requeridos por paciente.

En cuanto al impacto emocional a raíz del diagnóstico de diabetes gestacional, las mujeres refirieron que el haber recibido el diagnóstico les había afectado extremadamente en un 11.3%, 49.4% y 26.8% refirieron que el diagnóstico de diabetes gestacional les había afectado mucho y regular respectivamente, mientras que el 8.7% refirió que el diagnóstico le afectó poco y en el 3.8% restante informó que nada (Figura 25).

- **Control Glucémico.**

El control glucémico es la variable resultado de interés del presente estudio, el cual, es deseable en el curso del embarazo, no obstante dinámico en la cohorte e influido por diversos factores. Además, dado que el diagnóstico de diabetes gestacional es variable respecto de las semanas de gestación de la mujer, fue necesario transformar los datos con base en el tiempo de exposición al evento y su resultado, con la finalidad de equiparar la muestra y concluir si se logró un control o un descontrol glucémico en el embarazo a partir de los valores previamente descritos.

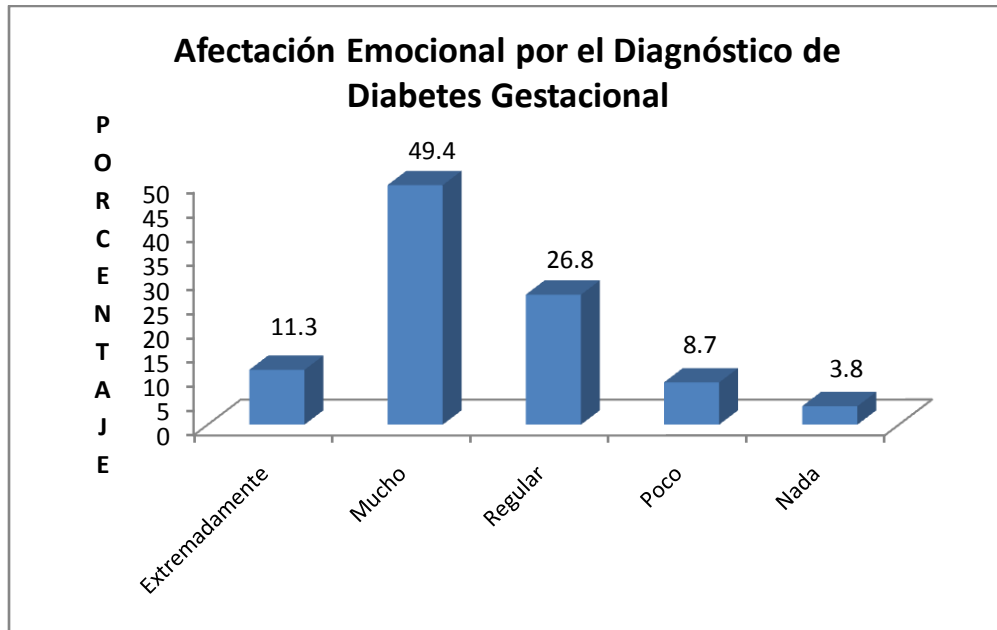


Figura 25. Afectación emocional por el diagnóstico de diabetes gestacional.

Como se había descrito en el capítulo primero, a partir del diagnóstico de diabetes gestacional, la mujer requiere de un control glucémico mediante una dieta regulada en el consumo de carbohidratos, en algunos casos el uso de insulina y ejercicio. Dicho tratamiento puede variar conforme el embarazo evoluciona y en función del monitoreo de los niveles de glucosa denominados Glucosa Posprandial y que bajo los criterios informado en el capítulo de método, confirman si la mujer se encuentra bajo control o en descontrol glucémico. Tales análisis se llevaron a cabo en cada consulta que la mujer asistió y fueron sistemáticamente registrados.

Se calculó una tasa de descontrol glucémico a partir del número total de análisis con un resultado considerado en descontrol entre el número de resultados totales durante el embarazo por 100. De esta manera, se llega a una conclusión homogénea muestral.

$$\text{Tasa de descontrol glucémico} = \frac{\text{Número de análisis en descontrol}}{\text{Número Total de Análisis}} \times 100$$

A partir de lo anterior y de manera estratificada, se encontró que el 50.8% de la muestra obtuvo un control glucémico absoluto. Con una tasa de descontrol glucémico entre 1 y 25 se observó a un 13.9%, el 18% mostró una tasa entre 26 y 50, el estrato de tasa entre 51 y 75 fue de 9% y finalmente una tasa entre 76 y 100 obtuvo un porcentaje de 8.3% (Tabla 8).

	Frecuencia	Porcentaje
Tasa entre 76 y 100	22	8.3
Tasa entre 51 y 75	24	9.0
Tasa entre 26 y 50	48	18.0
Tasa entre 1 y 25	37	13.9
Tasa 0 = Control	135	50.8
Total	266	100.0

Tabla 8. Tasa y Porcentaje de control glucémico estratificado.

Una segunda categorización del control glucémico se evaluó mediante el promedio de los valores obtenidos en los análisis de glucosa posprandial, los cuales se categorizaron de acuerdo a los criterios de punto de corte establecidos de la siguiente manera: Ambos resultados controlados, descontrol en el valor del ayuno y posprandial, descontrol en el valor del ayuno y control en el valor posprandial y control en el valor del ayuno y descontrol en el valor posprandial.

Se llevó a cabo una prueba ji cuadrada (χ^2) mediante tablas de contingencia de las categorías de la tasa de descontrol glucémico y las cuatro categorías

establecidas mediante los resultados del promedio de los valores de glucosa de ayuno y posprandial. Con un valor $\chi^2 = 183.73$ significativo estadísticamente con un valor $p = 0.001$ se probó una asociación entre ambas variables, siendo a partir de una tasa de 26 puntos hasta 100 los estratos asociados a valores de descontrol glucémico ya sea en el ayuno, en el posprandio o en ambos. Mientras que el control de ambos valores se asoció significativamente con una tasa de hasta 25 puntos o menos.

De esta manera, se generó la variable dicotómica que determinó un porcentaje de descontrol glucémico de 35.3% y de control glucémico de 64.7% (Figura 26).

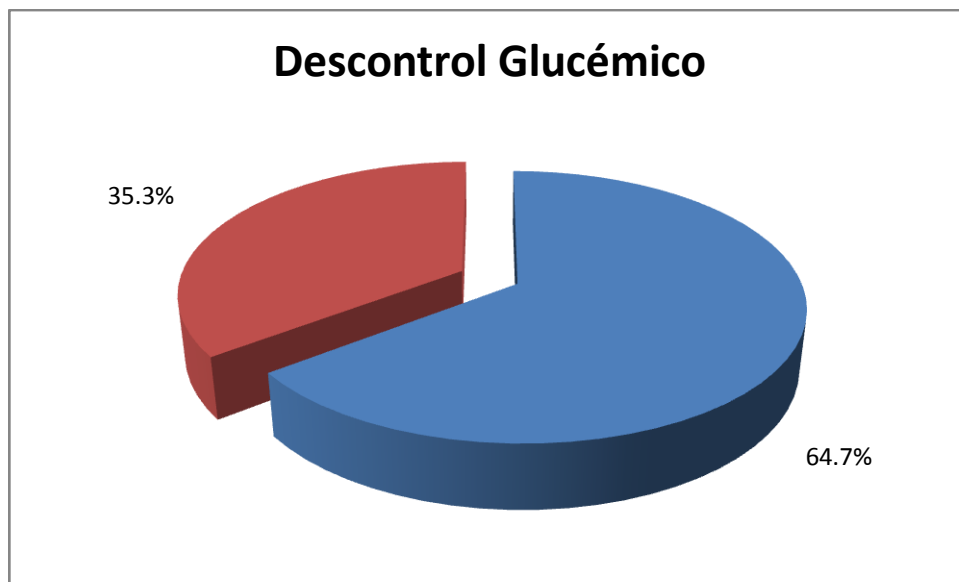


Figura 26. Porcentaje de descontrol glucémico.

Vale la pena destacar que al distinguir los casos que requieren para su tratamiento únicamente dieta de aquellas que requieren llevar a cabo dieta más insulina los resultados de control glucémico son significativamente diferentes. El descontrol glucémico se presenta en el 19.4% de aquellas mujeres que requieren

únicamente dieta, mientras que un 65.9% de las mujeres que requieren dieta e insulina como parte de su tratamiento presentan descontrol glucémico (Figura 27).

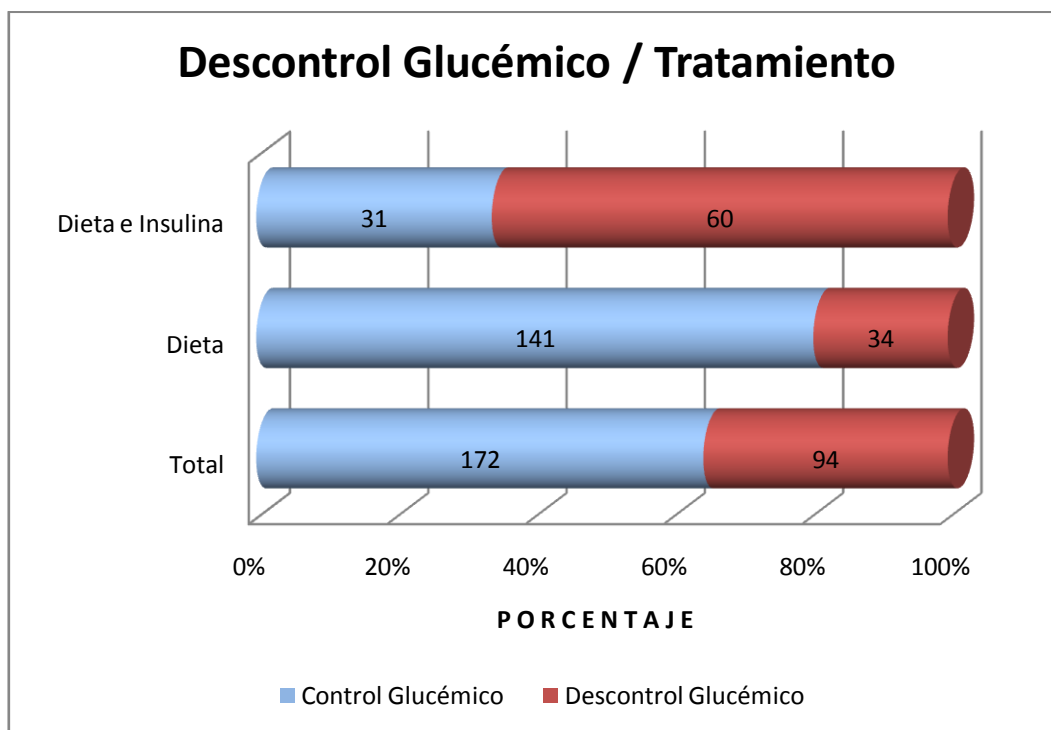


Figura 27. Frecuencia de descontrol glucémico por tratamiento requerido.

- **Variables de Control Percibido.**

La Tabla 9 resume el porcentaje referido por la mujer respecto del grado de cumplimiento de sus tratamientos cuando estos le fueron prescritos y la tabla 10 informa el porcentaje hacia los cuidados generales hacia el embarazo y el grado de cumplimiento a consultas médicas, ambos referido por la mujer de acuerdo con su evaluación subjetiva.

	TOTALMENTE	CASI TOTALMENTE	REGULAR	CASI NUNCA	NUNCA
DIETA	27.9	45.3	25.6	1.2	0.0
INSULINA	86.4	9.1	3.4	1.1	0.0
EJERCICIO	33.6	32.8	31.3	2.3	0.0

Tabla 9. Porcentaje de Cumplimiento de tratamientos referido por la paciente.

	TOTALMENTE	CASI TOTALMENTE	REGULAR	CASI NUNCA	NUNCA
CUIDADOS HACIA EL EMBARAZO	40.1	45.1	14.4	0.4	0.0
ASISTENCIA CONSULTAS MÉDICAS	84.1	13.6	2.3	0.0	0.0

Tabla 10. Porcentaje de Cumplimiento de cuidados hacia el embarazo y asistencia a consultas referido por la paciente.

Respecto al grado de dificultad en el control del embarazo y la diabetes gestacional el 3% informó que le había resultado muy difícil, el 20.7 % refiere que le fue difícil, un 35.3% dijo que había sido regular la dificultad, mientras que un 30.1% y un 7.9% respondieron que había sido fácil y muy fácil respectivamente.

El 12.4% de las mujeres señalan haber suspendido su tratamiento en el curso del embarazo por motivos diversos.

- **Consultas endocrinológicas y hospitalización.**

En promedio, la muestra obtuvo un total de 3.61 consultas programadas a \pm 1.85 consultas. La mediana y la moda fueron de 3 con un intervalo entre 0 y 10 consultas programadas con su médico endocrinólogo.

Por su parte, el promedio de asistencia fue muy semejante al anterior, observándose un promedio de asistencia a consultas de endocrinología de 3.41 ± 1.85 consultas. La mediana, la moda y el intervalo se comportaron de la misma forma que en sus consultas programadas, es decir, de 3 consultas el valor de mediana y moda y entre 0 y 10 los valores mínimo y máximo de asistencia a consultas con su médico endocrinólogo (Figura 28).

En total, se presentaron en promedio 0.70 ± 0.92 hospitalizaciones. El 53.8% de la muestra no requirió ninguna hospitalización en el curso del embarazo, el 29.3% fueron hospitalizadas en una ocasión y el 16.9% restante tuvieron entre 2 y 4 hospitalizaciones en el curso del embarazo (Figura 29).

El promedio de días de hospitalización fue de 2.18 ± 3.21 días en un intervalo de entre 0 y 17 días de hospitalización y moda de 0 días. El 12.4% de la muestra mostró haber sido hospitalizado 6 o más días (Figura 30).

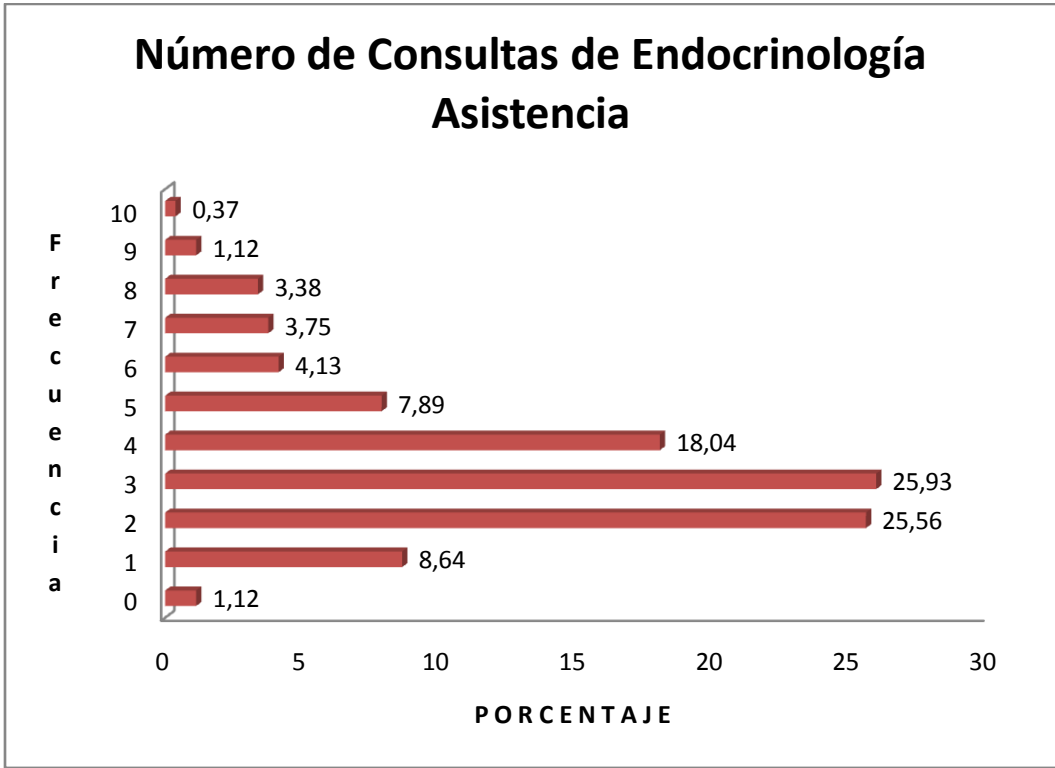


Figura 28. Asistencia a consultas de endocrinología.

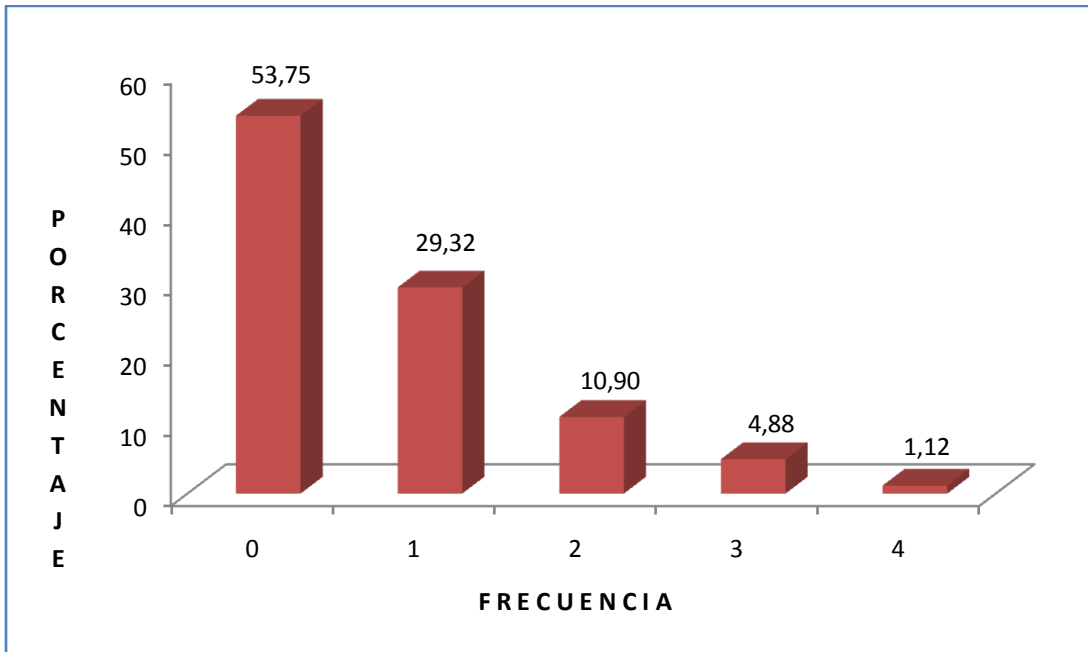


Figura 29. Número de hospitalizaciones durante el embarazo.

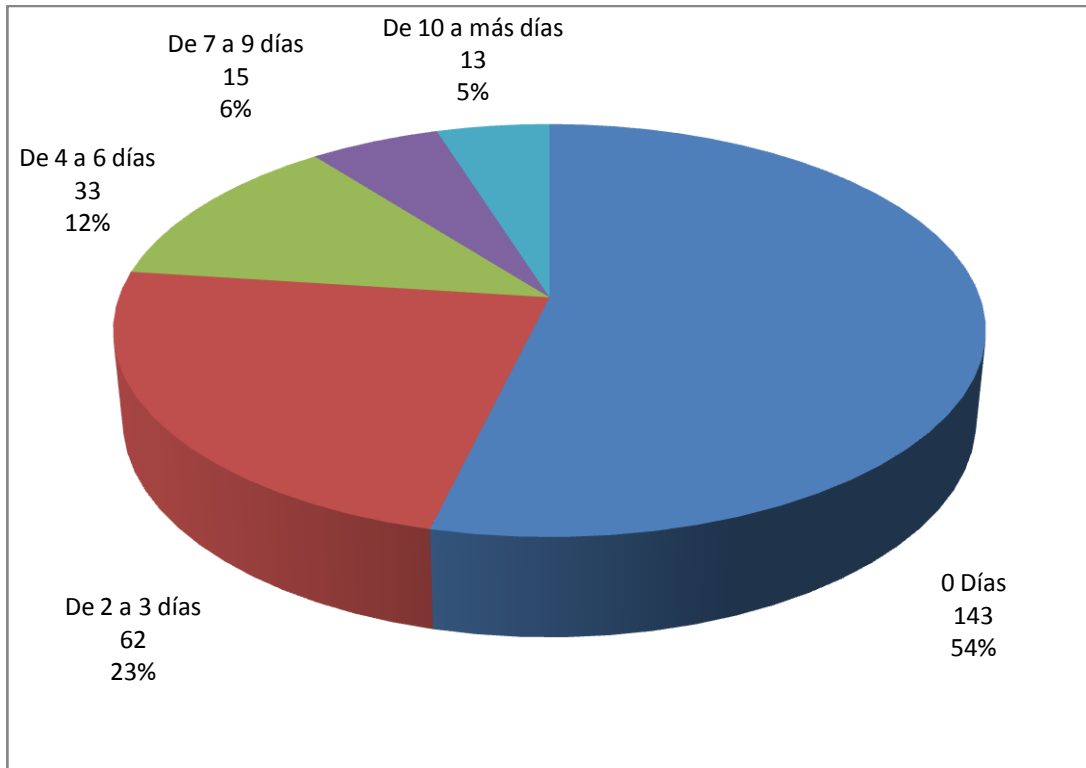


Figura 30. Número de días por estancia hospitalaria.

- **Variables Psicológicas.**

Malestar Psicológico.

El malestar psicológico fue evaluado en tres diferentes momentos dentro de la cohorte. La primera aplicación corresponde a un periodo de dos a cuatro semanas posteriores al diagnóstico de diabetes gestacional observando que el 32.1% de la muestra cumplió con un puntaje suficiente para ser considerado “caso” de malestar psicológico. De este porcentaje, el 24.9% corresponde a un malestar psicológico leve, el 4.9% a malestar psicológico moderado y el 2.3% alcanza puntaje suficiente para ser considerado malestar psicológico grave.

La segunda aplicación del Cuestionario General de Salud se llevó a cabo al término del embarazo posterior a la semana 35 de la gestación. En dicho momento, se detectó que el 28.6% de la muestra cumplía con puntaje suficiente para ser considerado “caso” de malestar psicológico. Los estratos de dicho resultado fueron del 23.8%, 4.4% y 0.4% para malestar psicológico leve, moderado y grave respectivamente.

Finalmente, en el seguimiento de la cohorte, en el puerperio se llevó a cabo la tercera aplicación del cuestionario que evaluaba malestar psicológico donde se detectó que el 9.5% de los casos cumplía con los criterios de malestar psicológico, siendo en un 6.3% casos de categoría leve, 1.9% de casos moderados y un 1.3% de casos de malestar psicológico grave.

La siguiente tabla, resume los resultados anteriormente descritos. (Tabla 11).

	DIABETES GESTACIONAL POST – DX 1ª Aplicación	DIABETES GESTACIONAL TÉRMINO DEL EMBARAZO 2ª Aplicación	DIABETES GESTACIONAL PUERPERIO 3ª Aplicación
No caso	67.9 %	71.4 %	90.5 %
Caso	32.1 %	28.6 %	9.5 %
Caso Leve	24.9 %	23.8 %	6.3 %
Caso Moderado	4.9%	4.4 %	1.9 %
Caso Grave	2.3%	0.4 %	1.3 %

Tabla 11. Malestar Psicológico.

Estilos de Afrontamiento.

De acuerdo con el Modelo Integral de los Estilos de Afrontamiento y con base en los puntajes obtenidos para cada uno de los estilos, se estratificó la variable con base en la media y la desviación estándar estableciendo para cada estilo un puntaje bajo, medio o alto, porcentajes que se presentan en la Tabla 12 y gráficamente en las Figura 31.

Puntaje	Aproximación Cognitiva	Aproximación Conductual	Evitación Cognitiva	Evitación Conductual	Total
Bajo	17.3 %	15.8 %	18.0 %	11.3 %	16.5 %
Medio	71.8 %	63.9 %	73.7 %	80.5 %	70.3 %
Alto	10.9 %	20.3 %	8.3 %	8.2 %	13.2 %

Tabla 12. Estilos de Afrontamiento.

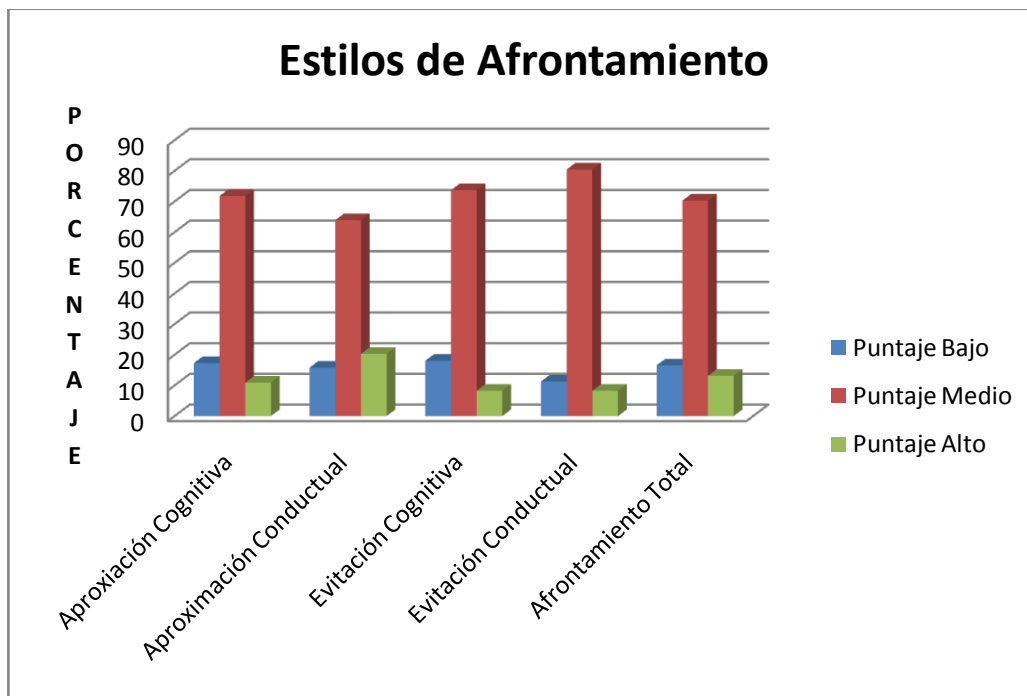


Figura 31. Estilos de afrontamiento.

Locus de Control.

La escala de locus de control mostró un promedio de 9.9 ± 2.9 puntos. De acuerdo con el punto de corte de la escala de 12 puntos, el 67.3% de la muestra corresponde a locus de control interno y el 32.7% restante a locus de control externo (Figura 32).

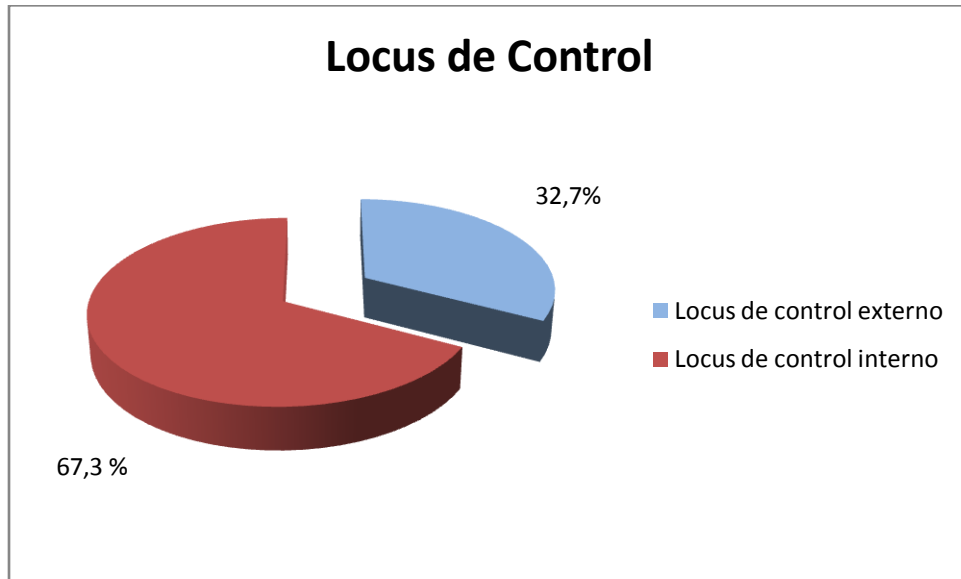


Figura 32. Locus de Control.

Asertividad.

De acuerdo con los puntos de corte del instrumento, la asertividad en situaciones cotidianas se observó por arriba del promedio en el 48.7% de la muestra. Respecto de la asertividad indirecta, ésta se presenta en el 64.2% y la no asertividad en el 55.8% (Figura 33).

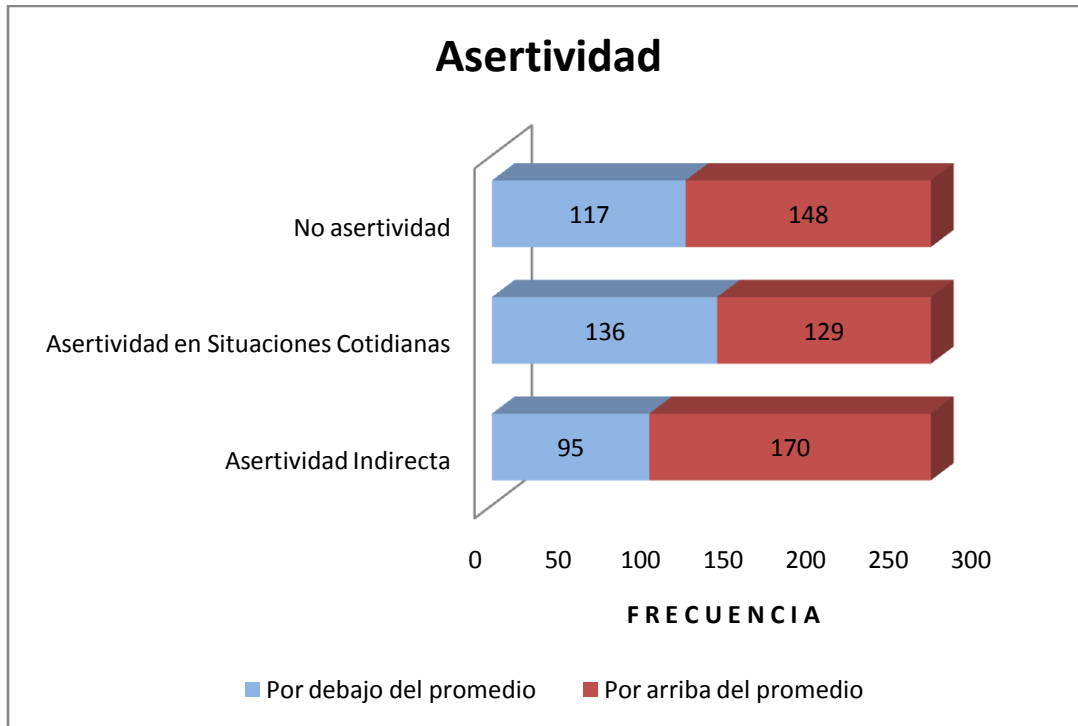


Figura 33. Frecuencia del tipo de Asertividad.

- **Resultado Obstétrico: Periodo Neonatal Inmediato.**

El promedio de semanas de gestación para la resolución del parto fue de 37.4 ± 2.5 semanas de gestación. De acuerdo con las semanas de gestación el 12.1% de los partos fueron clasificados como resolución pretérmino, el 87.1% fueron de resolución a término y un 0.8% en postérmino. Mientras que por Capurro el embarazo fue clasificado con un promedio de 39.4 semanas y una desviación estándar de 6.7 semanas. En cuanto al valor Silverman, el 73.8% de la población fue clasificado como un valor de 2 (normal), mientras que el 11.8% obtuvo valores por debajo de 2 (0 y 1) y un 13.0% obtuvo valores por arriba de 2 (3 y 4). En el 1.5% de los bebés, el valor Silverman no pudo valorarse.

El trabajo de parto fue espontáneo en el 36.7% de las mujeres, mientras que en el 46.2% de la muestra no hubo trabajo de parto. En el 4.5% y el 9.8% hubo un

trabajo de parto inducido y conducido respectivamente y en el 2.7% el trabajo de parto fue inhibido.

La resolución del embarazo fue eutócica en el 18.6% y en el 81.4% se catalogó como distócico, de los cuales el 90.7% fue por cesárea y el 9.3% por uso de fórceps. En el 25.4% la vía de nacimiento fue vaginal y en el 74.6% abdominal.

Con una proporción semejante, el sexo de los productos nacidos fue de 51.1% para bebés del sexo masculino y un 48.9% para recién nacidos de sexo femenino (Figura 34).

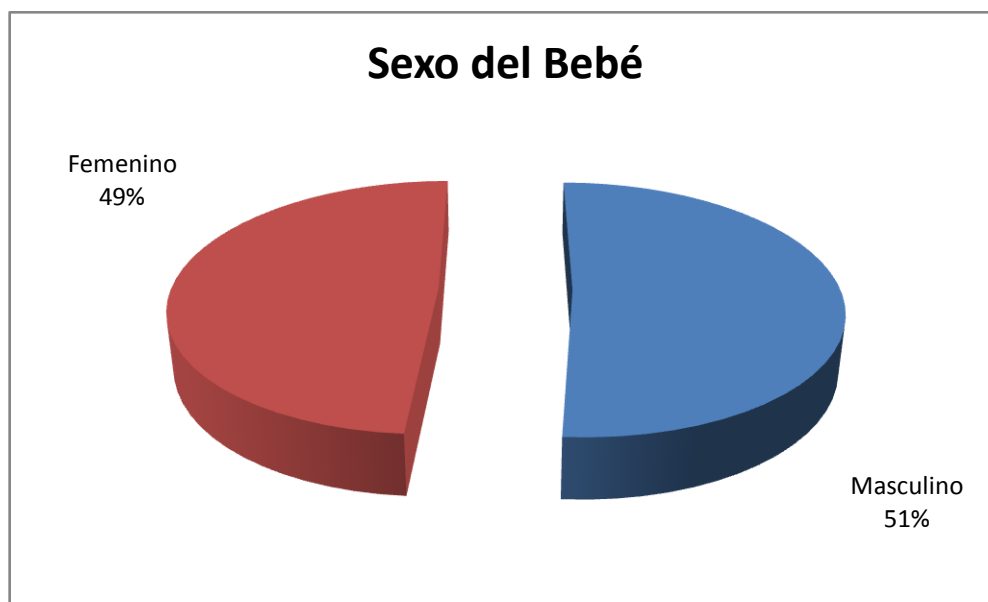


Figura 34. Sexo del bebé.

El promedio de peso al nacimiento de los bebés fue de 3044.13 ± 580.49 gramos con una estatura promedio de 49.1 ± 2.97 centímetros. Con base en estas medidas, el producto fue clasificado como hipotrófico en el 11.7% de la muestra, 77.3% como eutrófico y el 11.0% restante como hipertrófico (Figura 35 y 36).

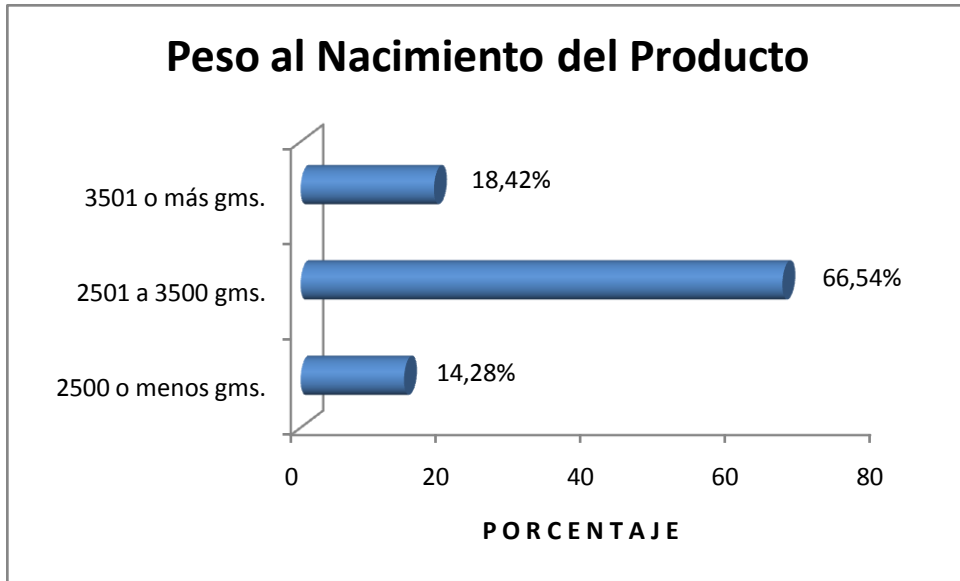


Figura 35. Peso del bebé al nacimiento.

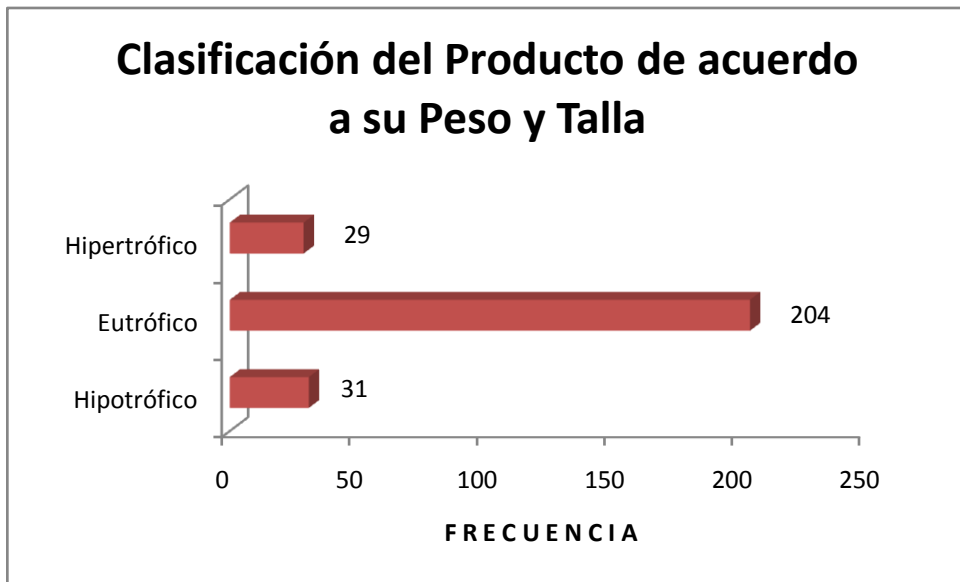


Figura 36. Clasificación del producto de acuerdo a su peso y talla.

En un 89.7%, el Apgar al minuto fue de 8 o 9 puntos y a los cinco minutos el 99.2% habían obtenido esos mismo puntajes.

El 35% de los neonatos tuvieron como destino el alojamiento conjunto y 35.4%, el cunero. El 27% y 1.9% tuvieron las unidades de cuidados intermedios neonatales y cuidados intensivos como destino respectivamente. Un 0.4% ameritó ser trasladado a otra institución pediátrica y un 0.4% tuvo como destino a patología, resultados no necesariamente atribuibles a la diabetes gestacional (Figura 37).

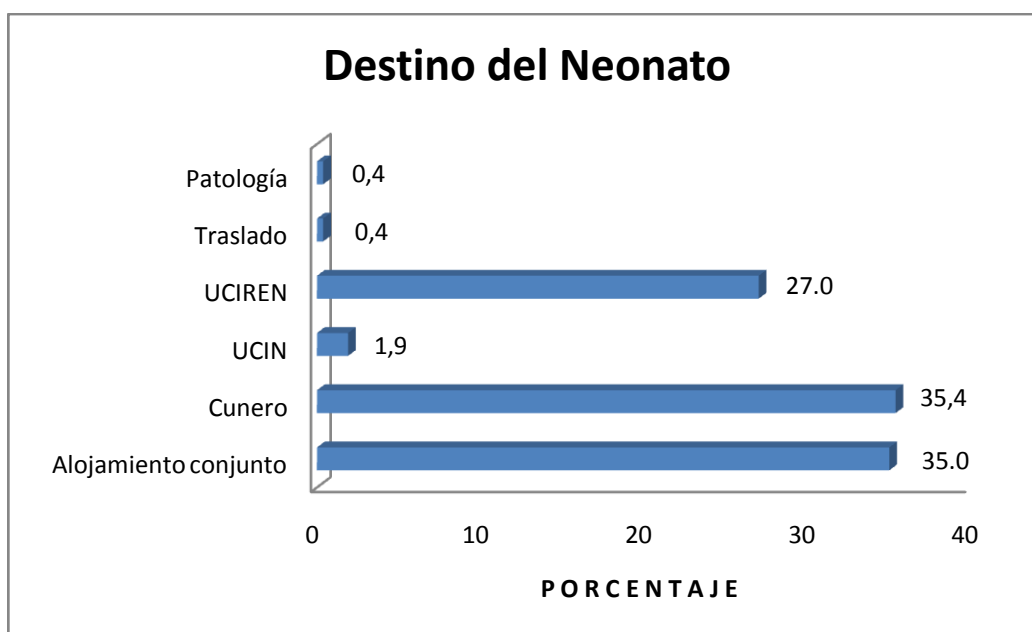


Figura 37. Destino del neonato.

De los neonatos que fueron referidos a las unidades de cuidados intensivos neonatales y/o cuidados intermedios, un total de 68% requirieron entre 1 y 3 días de estancia. El 20% de los recién nacidos ameritaron una estancia de entre 4 y 10 días, el 5.3% requirieron entre 11 y 20 días de estancia y finalmente, el 6.7% de los bebés requirió una estancia mayor a los 21 días, siendo 55 días la estancia máxima.

El 28.2% de los neonatos presentó complicaciones al nacimiento, de las cuales en el 50.7% se trataba de una complicación aislada, mientras que el 31.5% presentó entre 2 y 3 complicaciones al nacimiento y el 17.8% restante tuvo 4 o más complicaciones. El 3% de la muestra de neonatos presentó defectos congénitos al nacimiento.

Consulta en el Puerperio (Post parto).

Del total de la muestra, sólo el 57.5% de las pacientes acudieron a su cita de seguimiento endocrinológico en el periodo puerperal o en el post parto. Vale la pena señalar que quienes no asistieron, el 4% de las pacientes programó sus análisis de laboratorio pero no acudió a la consulta para obtener sus resultados e indicaciones clínicas (Figura 38).



Figura 38. Porcentaje de asistencia a la cita del puerperio.

Por su parte, el diagnóstico final respecto de la diabetes gestacional, se observó que el 72.1% presentó resultados de CTOG 120'' normales. El 17.6% tuvo como diagnóstico intolerancia en el ayuno o a la glucosa (intolerancia a los

carbohidratos) y un 10.3% de la muestra obtuvo el diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 (Figura 39).

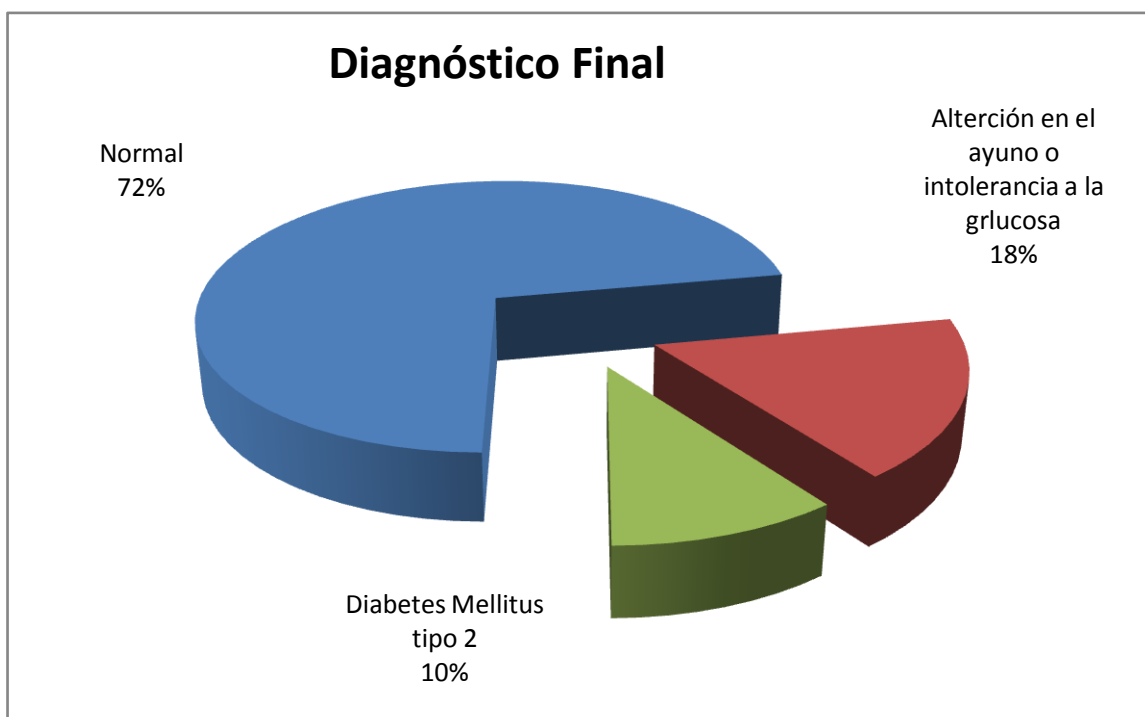


Figura 39. Diagnóstico final.

Análisis Estadístico Bivariado.

Se llevaron a cabo pruebas ji cuadrada de asociación con la finalidad de detectar aquellas variables que se asociaran con el descontrol glucémico. Se presentan tablas que reportan el valor del estadístico ji cuadrada (χ^2), la probabilidad estadística (p) que permitió tomar decisiones significativas y el coeficiente de contingencia (CC) de relación entre las variables. Y en el caso de variables dicotómicas, se informa el riesgo relativo (RR) y los intervalos de confianza (IC) correspondientes que fueron significativos tanto para el descontrol como el control glucémico. En el caso de las variables del periodo neonatal

inmediato se informan los valores de *odds ratio* (OR's) (razón de oportunidad, en español) y su intervalo de confianza (IC). Vale la pena señalar que el riesgo relativo informa la proporción de descontrol glucémico entre los sujetos con el factor desencadenante entendido como el número de veces más de posibilidad de dicho desenlace con relación a los sujetos bajo control glucémico. Es decir, la proporción de descontrol glucémico es “X” veces más en las personas que tienen el factor de riesgo señalado.

Las variables sociodemográficas que se asociaron de manera significativa fueron la edad y la ocupación. Donde, tener una edad menor o igual a los 33 años se asocia significativamente con el control glucémico, mientras que mujeres con una edad de 34 años o más presentan una asociación con el descontrol glucémico. Por lo que respecta a la ocupación se observa que contar con un trabajo remunerado, se asoció significativamente con descontrol glucémico, mientras que ser ama de casa o estudiante (actividades no remuneradas) se asociaron significativamente con el control glucémico (Tabla 13).

VARIABLES	χ^2	CC	P	DEPENDENCIA
Edad	11.980	0.208	0.018	Descontrol / ≥ 34 años Control / ≤ 33 años
Ocupación	11.266	0.202	0.024	Descontrol / Trabajo remunerado Control / Actividad No remunerada

Tabla 13. Variables Sociodemográficas

Por su parte, las variables de antecedentes ginecoobstétricos que resultaron estadísticamente significativas fueron las siguientes: número de gestaciones, número de partos, antecedente de cesáreas y de abortos, número de pérdidas

gestacionales, número de hijos vivos y semanas de gestación. De estas variables, se asociaron con descontrol glucémico el tener tres o más gestaciones, tres o más partos, tres o más cesáreas, así como 2 o más hijos vivos y, el contar con 20 semanas de gestación o menos. La tabla 14 informa los riesgos relativos de contribución de cada una de estas variables y sus respectivos intervalos de confianza. Por el contrario, tener antecedentes gineco obstétricos de 2 abortos y/o 2 pérdidas gestacionales (que además de abortos contempla la presencia de óbitos y muertes neonatales tempranas), son variables que tienen un efecto protector respecto al control glucémico.

Respecto de las variables relacionadas con la diabetes gestacional, se encontró que el tipo de diabetes gestacional, las semanas de gestación cuando se realizó el diagnóstico de diabetes gestacional, los antecedentes de diabetes gestacional en embarazos previos y requerir insulina y ejercicio como parte del tratamiento fueron variables estadísticamente significativas para la presencia de descontrol glucémico. De esta manera, contribuyeron al descontrol glucémico el tener un diagnóstico de diabetes gestacional B1 y A2, que el diagnóstico se realice antes de la semana 20 de la gestación, que exista un antecedente de haber cursado con diabetes gestacional en embarazos previos y que se requiera insulina y ejercicio como parte del tratamiento para el control glucémico (Tabla 15).

El antecedente de diabetes gestacional en embarazos previos mostró una asociación significativa con la evaluación del impacto diagnóstico con una prueba $\chi^2 = 6.048$, $p = 0.014$, donde el antecedente de diabetes gestacional se asoció con la no afectación respecto de la noticia diagnóstica, mientras que aquellas mujeres que no tenían un antecedente de diabetes gestacional refieren que la noticia diagnóstica les afectó mucho o extremadamente.

De las variables que evalúan el control que las mujeres llevaron a cabo respecto de sus tratamientos y del embarazo, se encontraron asociaciones significativas en tres de ellas. La adherencia a la dieta y al ejercicio, así como los

cuidados generales hacia el embarazo fueron variables con significancia estadística. Para estas tres variables, el descontrol glucémico se asoció en aquellas mujeres que reportan adherencia total y casi totalmente a sus tratamientos y cuidados (Tabla 16).

Los resultados relacionados con el hecho de que las pacientes requirieran ser hospitalizadas, aunque de alguna manera son resultados esperados, se informan porque además de mostrar significancia estadística permitieron tomar decisiones respecto de procesos institucionales para la derivación a consulta psicológica. El haber requerido ser hospitalizada durante el curso del embarazo, el número de hospitalizaciones y el número de días de estancia hospitalaria se asociaron de manera significativa con el descontrol glucémico. Si bien el hecho de contar con al menos una hospitalización y un día de internamiento hospitalario son suficientes para encontrar asociación con el descontrol glucémico, en la tabla 17 se informa que a partir de dos hospitalizaciones y de cuatro días de estancia hospitalaria son resultados significativos para la toma de decisiones de referencia a interconsulta psicológica.

De las variables psicológicas evaluadas, la Tabla 18 informa aquellas que resultaron significativas. Respecto de los estilos de afrontamiento, la aproximación conductual, la aproximación cognitiva, la evitación cognitiva y el puntaje total de afrontamiento estratificado todas ellas en sus puntajes altos (por arriba del promedio) o lo que es igual, el emplear el estilo correspondiente se asoció de manera significativa con el descontrol glucémico, mientras que los puntajes de las mismas variables por debajo del promedio o bajo empleo del estilo se asoció con el control glucémico.

El locus de control mostró igualmente una asociación estadísticamente significativa siendo el locus de control interno asociado a descontrol glucémico y el locus de control externo asociado a control glucémico.

Ninguna de las variables de asertividad mostró pruebas de χ^2 significativas.

En el periodo neonatal inmediato hubo variables que mostraron asociación estadísticamente significativa con el descontrol glucémico: el peso al nacimiento del bebé, la clasificación del producto de acuerdo a su peso, talla y semanas de gestación y la presencia de malformaciones al nacimiento. De estas variables, el peso mayor o igual a los 3800 gramos, la clasificación de producto hipertrófico y la presencia de malformaciones son características que se asociaron con descontrol glucémico (Tabla 19).

Finalmente, el resultado final diagnóstico respecto de la diabetes gestacional también se asoció de manera significativa con el descontrol glucémico, demostrando que un diagnóstico final de diabetes mellitus tipo 2 se asocia con antecedente de descontrol glucémico durante el embarazo y que un diagnóstico final con resultados normales se asocia de manera significativa con haber mantenido un control glucémico durante el embarazo (Tabla 20).

Así mismo, se detectó una asociación significativa entre las semanas de gestación en que se detectó la diabetes gestacional y el diagnóstico final obtenido en el puerperio, donde, mujeres las que se les detectó la diabetes gestacional antes de la semana 15 del embarazo se asoció de manera significativa con los diagnósticos finales de alteración en el ayuno, intolerancia a la glucosa y con diabetes mellitus 2; mientras que aquellas que fueron diagnosticadas en la semana 16 de la gestación o posteriormente, se asociaba con un resultado normal en el puerperio.

En lo que al tipo de diabetes gestacional se refiere, también se encontró una asociación significativa entre el diagnóstico de DMG Tipo A1 con un resultado Normal en el puerperio y en el caso de DMG Tipo B1 con los diagnósticos finales de intolerancia en el ayuno, intolerancia a la glucosa y diabetes mellitus tipo 2. El

caso de la DMG Tipo A2 presenta resultados variables al término del embarazo (Tabla 21).

VARIABLES	χ^2	CC	P	RR	IC	DEPENDENCIA
Número de gestaciones	11.207	0.201	0.024			Descontrol / ≥ 3 gestaciones Control / ≤ 2 gestaciones
Número de partos	4.106	0.123	0.043	1.810	(1.140 – 2.876) ^a	Descontrol / ≥ 3 partos Control / ≤ 2 partos
Abortos	3.762	0.118	0.050	0.814	(0.677 – 0.978) ^b	Descontrol / ≤ 1 aborto Control / ≥ 2 abortos
Cesáreas	8.310	0.174	0.040			Descontrol / 3 cesáreas Control / Ninguna cesárea
Número de hijos vivos	7.920	0.170	0.005	1.618	(1.176 – 2.226) ^a	Descontrol / ≥ 2 hijos Control / ≤ 1 hijo
Pérdidas Gestacionales	3.747	0.118	0.050	0.833	(0.700 – 0.992) ^b	Descontrol / ≤ 1 pérdida Control / ≥ 2 pérdidas
Semanas de gestación	4.315	0.126	0.038	1.559	(1.068 – 2.275) ^a	Descontrol / ≤ 20 SDG Control / ≥ 21 SDG

^a Para Descontrol Glucémico

^b Para Control Glucémico

Tabla 14. Variables Gineco-obstétricas

VARIABLES	χ^2	CC	P	RR	IC	DEPENDENCIA
Tipo de diabetes gestacional	35.571	0.343	0.001	2.704 0.550	(1.914 – 3.821) ^a (0.437 – 0.692) ^b	Descontrol / DG B1 y A2 Control / DG A1
Semanas de Gestación al Diagnóstico de DG	4.200	0.125	0.040	1.433	(1.030 – 1.993) ^a	Descontrol / ≤ 20 SDG Control / ≥ 21 SDG
Antecedente de DG en embarazos previos	4.352	0.127	0.037	1.501	(1.053 – 2.138) ^a	Descontrol / Si Control / No
Tratamiento: Insulina	56.665	0.419	0.001	3.394	(2.425 – 4.749) ^a	Descontrol / Si requiere Control / No requiere
Tratamiento: Ejercicio	5.262	0.139	0.022	1.473	(1.052 – 2.062) ^a	Descontrol / Si requiere Control / No requiere

^a Para Descontrol Glucémico

Tabla 15. Variables relacionadas con la Diabetes Gestacional

VARIABLES	χ^2	CC	P	RR	IC	DEPENDENCIA
Adherencia a la dieta	3.761	0.120	0.050	0.823	(0.687 – 0.986) ^b	Descontrol / Totalmente y Casi Totalmente Control / Regular a Nunca
Adherencia al ejercicio	9.220	0.259	0.027			Descontrol / Totalmente Control / Regular y Casi nunca
Cumplimiento de los cuidados generales hacia el embarazo	4.219	0.127	0.040	0.781	(0.643 – 0.949) ^b	Descontrol / Totalmente y Casi Totalmente Control / Regular a Nunca

^b Para Control Glucémico

Tabla 16. Variables relacionadas con el Control Percibido

VARIABLES	χ^2	CC	P	RR	IC	DEPENDENCIA
Hospitalizaciones durante el embarazo producto de descontrol glucémico	61.704	0.434	0.001	4.302 0.463	(2.795 – 6.620) ^a (0.369 – 0.581) ^b	Descontrol / Si Control / No
Número de hospitalizaciones por descontrol glucémico	57.158	0.421	0.001	3.333 0.208	(2.573 – 4.317) ^a (0.105 – 0.413) ^b	Descontrol / ≥ 2 hospitalizaciones Control / ≤ 1 hospitalizaciones
Número de días de estancia hospitalaria por descontrol glucémico	55.621	0.416	0.001	3.221 0.321	(2.419 – 4.287) ^a (0.206 – 0.502) ^b	Descontrol / ≥ 4 días Control / ≤ 3 días

^a Para Descontrol Glucémico

^b Para Control Glucémico

Tabla 17. Variables relacionadas con las Consultas Endocrinológicas y de Hospitalización

VARIABLES	χ^2	CC	P	RR	IC	DEPENDENCIA
Aproximación Conductual	4.212	0.121	0.040	1.410 0.830	(1.011 – 1.967) ^a (0.693 – 0.993) ^b	Descontrol / Puntaje Alto Control / Puntaje Bajo
Aproximación Cognitiva	4.212	0.125	0.040	1.410 0.830	(1.011 – 1.967) ^a (0.693 – 0.993) ^b	Descontrol / Puntaje Alto Control / Puntaje Bajo
Evitación Cognitiva	3.756	0.118	0.050			Descontrol / Puntaje Alto Control / Puntaje Bajo
Afrontamiento Total Estratificado (Bajo, medio, alto)	7.028	0.160	0.030			Descontrol / Puntaje Alto Control / Puntaje Bajo
Locus de Control	5.716	0.145	0.017	1.591 0.800	(1.063 – 2.380) ^a (0.674 – 0.950) ^b	Descontrol / Locus de Control Interno Control / Locus de Control Externo

^a Para Descontrol Glucémico

^b Para Control Glucémico

Tabla 18. Variables Psicológicas

VARIABLES	χ^2	CC	P	OR	IC	DEPENDENCIA
Peso al Nacimiento	3.708	0.118	0.050			Descontrol / ≥ 3800 Control / ≤ 3799
Producto	5.680	0.145	0.017	2.525	(1.157 – 5.514) ^c	Descontrol / Hipertrófico Control / Hipotrófico o Eutrófico
Malformaciones	5.719	0.146	0.017	5.828	(1.152 – 29.479) ^c	Descontrol / Si Control / No

^c Para Descontrol Glucémico/Control Glucémico

Tabla 19. Variables del Periodo Neonatal Inmediato

VARIABLES	χ^2	CC	P	DEPENDENCIA
Diagnóstico Final	22.532	0.347	0.001	Descontrol / Dx. DM2 Control / Dx. Normal

Tabla 20. Variables de la Consulta en el Puerperio

VARIABLES	χ^2	CC	P	DEPENDENCIA
Diagnóstico Final – SDG al Dx. DMG	6.884	0.200	0.032	Dx. ≤ 15 SDG – Alteración en el ayuno o intolerancia a la glucosa Dx. ≤ 15 SDG – Diabetes Mellitus 2 Dx. ≥ 16 SDG – Normal
Diagnóstico Final – Tipo de DMG	49.214	0.479	0.001	DMG A1 – Normal DMG B1 – Diabetes Mellitus 2

Tabla 21. Diagnóstico final.

Análisis Estadístico Multivariado.

Con la intención de generar un modelo predictivo de descontrol glucémico mediante la detección de factores de riesgo, se llevó a cabo un análisis de regresión logística con el método condicional por pasos hacia delante.

A continuación se presenta el modelo matemático logístico, donde el valor e es una constante matemática y z es la combinación lineal de x_i variables y sus respectivos estimadores b incluidos en el modelo.

$$p = \frac{1}{1 + e^{-z}}$$

$$e = 2.71820$$

$$z = b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n$$

La variable de resultado es el descontrol glucémico cuyos valores asignados para el modelo logístico fueron:

0 para Control Glucémico

1 para Descontrol Glucémico

Se proponen dos modelos predictivos de descontrol glucémico, elegidos por su capacidad predictiva y por la instancia de aplicación. Un modelo cumple el objetivo de poder ser aplicado por personal de salud en general, cuya finalidad es realizar una oportuna detección y derivación de pacientes al Departamento de Psicología mediante variables evaluadas en su práctica cotidiana. El segundo, se propone para ser aplicado por personal experto en salud mental, incluyendo variables de índole biopsicosocial.

Modelo de detección y derivación de pacientes.

Este modelo explica en el bloque 0 un 35.8% global y un 75.4% de casos correctamente clasificados al final, lo que representa un 39.6% de mejora de casos correctamente clasificados de manera global.

La Prueba ómnibus de ajuste sobre los coeficientes del modelo muestra una $\chi^2_4 = 75.298$ ($p=0.001$) lo que nos indica que el modelo es estadísticamente significativo y que mejora la varianza explicada con la inclusión de las variables. Así mismo, la prueba de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow nos indica que el modelo se ajusta a los datos mediante una prueba de $\chi^2_6 = 2.428$ ($p = 0.876$).

Se detectaron 4 variables predictoras que pronostican significativamente el descontrol glucémico: tener antecedente de abortos, necesidad de utilizar insulina como parte del tratamiento, requerir ser hospitalizada y número de días de la estancia hospitalaria. La tabla 22 presenta los coeficientes b de regresión y la probabilidad significativa de las variables. El modelo se construye con las siguientes variables: probabilidad de $(x) = 1/1 + e^{-z}$, donde x es la probabilidad de presencia de diabetes gestacional, e es una constante matemática igual a 2.71828 y $z = -1.654 + (-1.004)$ Antecedente de 2 o más abortos + (0.899) empleo de insulina + (1.183) requerir ser hospitalizada + (1.071) estancia hospitalaria ≥ 4 días.

La tabla 23 presenta los *Odds Ratio* y los intervalos de confianza de cada una de las variables integradas en el modelo. Tal y como se observa, la presencia de dos o más abortos tiene un efecto protector respecto del descontrol glucémico (OR = 0.366; IC 95% (0.149 – 0.901). El resto de variables contribuyen como riesgo para el descontrol glucémico. El empleo de insulina contribuye 2.457 veces más al descontrol glucémico con respecto a quienes no la emplean con un intervalo de confianza de 1.046 – 5.768; el requerir ser hospitalizada contribuye con un OR = 3.263 con un IC

entre 1.470 y 7.245; y finalmente, si la estancia hospitalaria es mayor o igual a 4 días, el riesgo de descontrol glucémico incrementa 2.919 veces más respecto de quien tiene menos de 4 días de estancia hospitalaria con un intervalo de confianza entre 1.138 y 7.482.

	Variable	β	P
<i>b0</i>	Constante	-1.654	.001
<i>b1</i>	Antecedente de Abortos		
	≤ 1 aborto		
	≥ 2 abortos	-1.004	.029
<i>b2</i>	Insulina		
	No requiere		
	Si requiere	0.899	.039
<i>b3</i>	Hospitalización		
	No		
	Si	1.183	.004
<i>b4</i>	Número de días de estancia hospitalaria		
	≤ 3		
	≥ 4	1.071	.026

Tabla 22. Modelo de Regresión Logística para predecir descontrol glucémico.

Con un punto de corte de 0.30, este modelo tiene una capacidad global predictiva del 75.4% de los casos. Siendo de 81.9% el porcentaje de casos descontrol glucémico y del 71.8% de casos de control glucémico correctamente predichos.

Oportunidad Relativa para la presencia de Diabetes Gestacional		
Variable	OR	IC 95%
Antecedente de Abortos		
≤ 1 aborto		
≥ 2 abortos	0.366	0.149 – 0.901
Insulina		
No requiere		
Si requiere	2.457	1.046 – 5.768
Hospitalización		
No		
Si	3.263	1.470 – 7.245
Número de días de estancia hospitalaria		
≤ 3		
≥ 4	2.919	1.138 – 7.482

Tabla 23. Odds Ratio e intervalos de confianza del modelo de regresión logística para predecir el descontrol glucémico.

Modelo General Biopsicosocial.

Este modelo explica en el bloque 0 un 38% global y un 75.2% de casos correctamente clasificados al final, lo que representa un 37.2% de mejora de casos correctamente clasificados de manera global.

La Prueba ómnibus de ajuste sobre los coeficientes del modelo muestra una $\chi^2_5 = 52.921$ ($p=0.001$) lo que nos indica que el modelo es estadísticamente significativo y

que mejora la varianza explicada con la inclusión de las variables. Así mismo, la prueba de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow nos indica que el modelo se ajusta a los datos mediante una prueba de $\chi^2_6 = 1.915$ ($p = 0.927$).

Se detectaron 3 variables predictoras y 2 variables indicadoras que pronostican significativamente el descontrol glucémico: La clasificación socioeconómica, la ocupación, necesidad de utilizar insulina como parte del tratamiento, los cuidados generales respecto del embarazo y requerir ser hospitalizada son variables que predicen de manera significativa el descontrol glucémico. La tabla 24 presenta los coeficientes b de regresión y la probabilidad significativa de las variables. El modelo se construye con las siguientes variables: probabilidad de $(x) = 1/1 + e^{-z}$, donde x es la probabilidad de presencia de diabetes gestacional, e es una constante matemática igual a 2.71828 y $z = -1.461 + (1.704)$ clasificación socioeconómica + (-2.016) ocupación + (1.308) empleo de insulina + (-2.545) cuidados del embarazo + (1.604) requerir ser hospitalizada.

La tabla 25 presenta los *Odds Ratio* y los intervalos de confianza de cada una de las variables integradas en el modelo. Tal y como se observa, la ocupación y los cuidados generales respecto del embarazo tienen un efecto protector respecto del descontrol glucémico con los siguientes OR's e intervalos de confianza al 95% respectivamente: 0.133 (0.033 – 0.540) para ocupación y 0.078 (0.009 – 0.697) para los cuidados generales del embarazo. Por su parte, la clasificación socioeconómica (nivel de 1 a 3) tiene 5.495 (1.319 – 22.882) veces más riesgo para el descontrol glucémico, mientras que utilizar insulina como parte del tratamiento y requerir ser hospitalizada presentan los siguientes OR's: 3.697 (1.263 – 10.820) y 4.971 (1.671 – 14.786) respectivamente.

	Variable	β	P
<i>b0</i>	Constante	-1.461	.061
<i>b1</i>	Clasificación		
	Nivel 4 a 6		
	Nivel 1 a 3	1.704	.019
<i>b2</i>	Ocupación		
	Actividad remunerada		
	Actividad no remunerada	-2.016	.005
<i>b3</i>	Cuidados del embarazo		
	Regular		
	Totalmente	-2.545	.022
<i>b4</i>	Insulina		
	No requiere		
	Si requiere	1.308	.017
<i>b5</i>	Hospitalización		
	No		
	Si	1.604	.004

Tabla 24. Modelo General Biopsicosocial de Regresión Logística para predecir descontrol glucémico.

Con un punto de corte de 0.35, este modelo tiene una capacidad global predictiva del 75.2% de los casos. Siendo de 82.6% el porcentaje de casos descontrol glucémico y del 70.7% de casos de control glucémico correctamente predichos.

Oportunidad Relativa para la presencia de Diabetes Gestacional

Variable	OR	IC 95%
Clasificación		
Nivel 4 a 6		
Nivel 1 a 3	5.495	(1.319 – 22.882)
Ocupación		
Actividad remunerada		
Actividad no remunerada	0.133	(0.033 – 0.540)
Cuidados del embarazo		
Regular		
Totalmente	0.078	(0.009 – 0.697)
Insulina		
No requiere		
Si requiere	3.697	(1.263 – 10.820)
Hospitalización		
No		
Si	4.971	(1.671 – 14.786)

Tabla 25. Odds Ratio e intervalos del confianza del modelo general biopsicosocial de regresión logística para predecir el descontrol glucémico.

Capítulo VI.

Discusión.

La diabetes mellitus es un grave problema de salud en México, con una alta prevalencia e impacto en la calidad de vida de los individuos que la padecen. Por su parte, la diabetes mellitus gestacional se ha considerado la antesala de la diabetes mellitus tipo 2, lo que da la oportunidad al establecimiento de acciones preventivas que incidan en postergar su aparición y diagnóstico, mientras que en el corto plazo reduce la morbimortalidad materna y fetal.

La presente investigación se planteó como objetivo la observación de la incidencia de descontrol glucémico así como identificar las variables psicosociales que nos permitan predecirlo. Contar con el diagnóstico de diabetes gestacional daba la oportunidad a la mujer para ser incluida en la investigación.

Al respecto, hay que señalar que una vez que la mujer era diagnosticada con diabetes gestacional y aceptaba participar en la investigación, la duración en el estudio podía ser variable de acuerdo con las semanas de gestación en que la enfermedad era detectada y hasta el término del embarazo, para finalmente concluir con el proceso de 6 a 8 semanas posteriores al parto. Es pertinente esta aclaración para reconocer que en los estudios de cohorte se espera tener un cierto número de pérdida de casos dado el seguimiento a lo largo del tiempo, de ahí que la muestra total del presente estudio hace referencia a un total de 266 casos, donde 152, que representan al 57.1% concluyeron el proceso en su totalidad. El 39.1% (N=104) de los casos, cumplieron con el seguimiento hasta el momento del parto y el 3.8% restante (N=10) fueron casos que respondieron a la cohorte hasta lo que se definió como término del embarazo (Semana 35 de la gestación) y primera aplicación respectivamente (2 semanas posterior al diagnóstico de DMG).

Lo anterior tiene varias implicaciones: dicho registro es importante debido a que los datos fueron selectivamente considerados para los análisis estadísticos de acuerdo con la etapa de la cohorte que hubiesen cumplido. Destaca el hecho de tener solamente 7 casos cancelados, lo que representa al 2.56% del total de pacientes recaudadas, cifra que puede considerarse baja en relación a la duración del seguimiento.

Respecto del resto de los casos, es importante señalar que considerando aquellos que resuelven su embarazo y acuden a su cita en el puerperio se cuenta con el 96.2% de la muestra, es decir, hubo pocos casos con pérdidas en el proceso de investigación.

La normativa institucional establece que la atención de la paciente concluye con la resolución del embarazo; sin embargo, por sus características, la diabetes gestacional amerita una consulta durante el puerperio posterior a 6 u 8 semanas postparto. En este sentido, hay que destacar que de acuerdo con las estadísticas institucionales del Departamento de Endocrinología, al momento de la presente investigación se documentaba un 30% de mujeres que acudían a la cita del puerperio, cifra que se incrementa un 27.1% alcanzando un total de 57.1% de casos. Este resultado trasciende por el hecho de haber casi duplicado la asistencia a la cita de puerperio, hecho que puede ser atribuido al seguimiento de los casos, habiendo hecho hincapié en la importancia de dicha consulta mediante la concientización de la paciente en la determinación y posible reconocimiento del diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, como de las indicaciones de orientación y prevención dada la situación particular de cada mujer.

De la muestra, vale la pena señalar que los datos reportados de edad, escolaridad, estado civil, ocupación, nivel socioeconómico y religión son coherentes con investigaciones institucionales varias, lo cual nos habla de características propias

de esta población (Morales-Carmona, Pimentel-Nieto, Sánchez, Henales, 2008; Morales-Carmona, et al., 2002).

En la muestra total se detectó que la incidencia de descontrol glucémico es de 35.3%; sin embargo, al diferenciar los casos por el tipo de tratamiento requerido, encontramos diferencias significativas en esta incidencia, debido a que las mujeres que requirieron para su tratamiento únicamente de regulación dietética presentaron descontrol glucémico en el 19.4%, mientras que aquellas mujeres que requirieron dieta e insulina como tratamiento, tuvieron una incidencia del 65.9% de descontrol glucémico.

Estos resultados contrastan con los informados por Ruggiero et al. (1990) con cifras del 44% para pacientes que requieren dieta y del 29% para quienes requieren de insulina; evidenciando respecto de este estudio mayor éxito en las primeras y un grave problema en aquellas mujeres que requieren de insulina. ¿Por qué requerir insulina se asocia con el descontrol glucémico?: ésta es una pregunta que requiere de varios análisis, desde el requisito y susceptibilidad de cambio metabólico en este tipo de pacientes, el grado de apego y cumplimiento al tratamiento, los mitos asociados a la insulina que llevan a evitar su empleo aun y cuando se requiera, como de los errores en la administración adecuada en las dosis necesarias por parte de la paciente. En este último sentido, nuestro resultado se aproxima más al referido por Fisher et al. (1982), quienes documentan que existe entre el 40% y 80% de proporción de errores en la administración de la insulina.

Con base en lo anteriormente descrito, Langer (1994), Ruggiero et al. (1990) y Spirito et al. (1989) consideran que las mujeres con diabetes gestacional pueden adaptarse a la enfermedad y ser altamente adherentes al tratamiento independientemente de si este incluye dieta o insulina y dieta.

En este sentido, nuestros datos nos evidencian que el embarazo que se cursa con diabetes gestacional exige un riguroso control glucémico, y que éste es un resultado complejo que puede verse afectado por variables múltiples en el curso del embarazo, mismas que analizaremos a continuación, y que, específicamente, el empleo de insulina lo complica sustantivamente, resultado sugerido en 1998 por Aguilar, Morales-Carmona y Barranco.

A continuación, serán discutidos los resultados significativos vinculados a la presencia de descontrol glucémico. Se presentarán grupos de variables sociodemográficas, gineco-obtétricas, variables que caracterizan a la diabetes gestacional, aquellas que son referidas de la percepción del control y cuidados generales logrados por la paciente, hospitalizaciones y días de estancia hospitalaria en el curso del embarazo, variables de tipo psicológico, del periodo neonatal inmediato y del puerperio. Se enfatizan aquellas posibles explicaciones a los resultados obtenidos y se presenta un esquema final para su integración.

De acuerdo con las características sociodemográficas y gineco-obstétricas, nuestras pacientes se caracterizan por tener factores de riesgo para la presencia de diabetes gestacional. Discernir sobre el papel que dichas variables tienen en la etiología de la diabetes gestacional corresponde al ámbito de la medicina; sin embargo, esto nos indica que el INPer, como instituto de referencia de casos con embarazos de alto riesgo hace altamente factible la presencia de esta enfermedad y por ende, la demanda de atención. Algunas de estas variables observadas en nuestra muestra son el promedio de edad (33 +/- 5.75 años), el promedio de gestaciones (3 +/- 1.4 gestaciones) y que el 57.5% haya presentado al menos una pérdida gestacional.

El presente trabajo mostró que una edad de 34 años o más se asocia significativamente con descontrol glucémico, lo cual puede ser entendido desde una perspectiva endocrinológica en términos de su influencia en la resistencia a la insulina.

Desde la perspectiva psicológica, la edad en sí misma no es un componente que debiera tener un efecto sobre el descontrol glucémico y no debe ser una variable entendida de manera aislada sino de acuerdo con una valoración integral de la mujer. Quizá, de manera indirecta lo que haya que reconocer es que una mujer que se embaraza en una edad tardía enfrenta un embarazo que puede implicar riesgos de presentar diabetes gestacional y que ésta sea de difícil manejo por la resistencia a la insulina, riesgos materno – fetales, etc., lo que puede demandarle acciones para su cuidado y malestar psicológico.

La escolaridad reportada nos muestra que las mujeres cuentan con al menos la secundaria o la preparatoria concluidas resultado característico de la población institucional.

El bajo nivel socioeconómico corresponde a los criterios asignados por la evaluación de trabajo social, que por sus características particulares pueden explicar sesgos. No obstante, sabemos que el bajo nivel socioeconómico expone a las pacientes a diferentes desventajas siendo en este caso de suma importancia el contar con apoyos institucionales y voluntariado, aunado a la optimización formativa y educativa para el mejor aprovechamiento de los recursos con los que se cuentan.

El 86.1% de mujeres cuentan con una pareja (mujeres casadas y en unión libre) y el resto tiene un estado civil que muestra la ausencia de una pareja estable. Así mismo, en su mayoría se trata de mujeres dedicadas al hogar (79.7%).

Vale la pena destacar que del 19.1% que tiene una actividad remunerada, dicha variable presenta una proporción con riesgo significativo para el descontrol glucémico, probablemente debido a las dificultades para apegarse a horarios específicos y alternativas alimentarias relacionadas con las demandas de sus tratamientos como la dieta y el uso de insulina, de manera particular las mujeres que se dedican al comercio,

labor que demanda y compromete los cuidados necesarios en los hábitos que la diabetes requiere implementar.

La tasa de natalidad nacional se informa en 2 hijos por mujer. Al respecto, nuestra muestra presenta más gestaciones, ya que el 62.8% de la muestra tiene 3 embarazos o más; sin embargo, el promedio de hijos vivos es de 1, resultado menor a la estadística nacional. Ambas variables, se asociaron significativamente con descontrol glucémico, encontrando que tener tres gestaciones o más y 2 hijos vivos o más expone a la mujer a una mayor posibilidad de presentar descontrol glucémico, y en este mismo sentido se encuentra el número de partos y cesáreas. Quizá la vulnerabilidad puede entenderse al conjugar e incrementar eventos que demandan respuestas adaptativas en la mujer, es decir, estar embarazada y tener hijos se conjuga con riesgos de enfermedad y la necesidad de cuidados específicos, aunado a las demandas de vida cotidiana previamente establecidas. Este hallazgo, Morales–Carmona et al. (1990) lo documentaron en asociación a malestar emocional e insatisfacción conyugal.

Por su parte, las mujeres con diabetes gestacional informan una mayor dificultad para el control glucémico conforme la edad de los hijos es menor; sin embargo, aunque la edad de los hijos vivos fue documentada, no se encontró asociación alguna con la presencia de descontrol glucémico durante el embarazo en curso.

Como previamente se había descrito, encontramos que el 57.5% de las mujeres tiene antecedentes de algún tipo pérdida gestacional (aborto, óbito, muerte neonatal temprana) pudiendo haber hasta 5 gestaciones perdidas. Es importante destacar que el antecedente de pérdidas gestacionales, opera como un factor de protección, es decir, dichas mujeres controlan bien sus niveles de glucosa, quizá como una forma de evitar otra pérdida gestacional. De acuerdo con la experiencia personal, este tipo de pacientes conjuga una alta motivación para llevar el embarazo a término, no obstante una experiencia emocional de ansiedad en el curso del mismo.

Aunado a lo anterior, se encuentra que el 58.6% de las mujeres refieren no haber planeado su embarazo; dato significativo porque se ha documentado que las mujeres que planean su embarazo presentan menos estrés, depresión y ansiedad en comparación con aquellas que no lo hicieron; mientras que no haberlo planeado se ha asociado con alteraciones emocionales durante el embarazo y ambivalencia. Este hallazgo sugiere que la planeación del embarazo compromete la aceptación del mismo, al matiz de la experiencia emocional, así como de la evaluación e interpretación por parte de la mujer de las condiciones de salud pregestacional y los riesgos para el bebé (Pimentel-Nieto, 2007).

Un dato significativo fue la detección temprana de diabetes gestacional, ya que al 18.4% de la muestra se le diagnosticó antes de la semana 24 de la gestación, situación que cobra significado debido a que mientras más tempranamente se detecta la diabetes gestacional, implica un mayor tiempo de cuidado en el curso del evento obstétrico. También es necesario reconocer, que estos casos pudieran tratarse de mujeres con diabetes mellitus tipo 2 previamente establecida, pero diagnosticada durante el embarazo.

Esta observación corrobora la recomendación de la Asociación Americana de Diabetes (ADA, por sus siglas en inglés) para el rastreo temprano en mujeres con factores de riesgo y su reevaluación a la semana 24 de la gestación, y ante una detección temprana (semana de gestación menor a la 21) considerar junto con otros riesgos, una valoración psicológica que colabore en la prevención de aquellos factores psicosociales contribuyentes en el descontrol metabólico mediante una intervención oportuna (American Diabetes Association, 2002 y Ramírez-Torres, 2005).

Ante la detección e información diagnóstica de la diabetes gestacional, el 60.7% de las mujeres refirieron que la noticia les afectó mucho y extremadamente, cifra mayor

a la reportada por Sjögren y Hansson en 1994, quienes informan un 46% de mujeres con diabetes gestacional que experimentaron el diagnóstico como un problema serio y difícil de aceptar. Por otra parte, la evaluación realizada dos semanas posteriores al diagnóstico de diabetes gestacional señala que el 32.1% de las mujeres presenta malestar psicológico, de las cuales, únicamente el 7.2% lo manifiesta de manera moderada a grave.

Lo anterior denota que hay una primera respuesta emocional intensa ante el diagnóstico para posteriormente, en un corto plazo (2 semanas), evidenciar la presencia de malestar emocional en menor proporción a la respuesta reactiva inmediata. De acuerdo con Morales-Carmona et al. (2005), esta respuesta puede considerarse esperada, transitoria, adaptativa y reactiva dado el evento que lo propicia, en este caso, la diabetes gestacional. No obstante, la incomodidad diagnóstica, consideramos no es justificación suficiente para evitar proporcionar la información a la mujer como lo sugieren Daniells et al. (2003) ante el beneficio diagnóstico y respuesta consciente por parte de la mujer para asumir la responsabilidad de su salud; y, finalmente, reconocer que en una proporción de 7.2% puede el malestar tratarse de una problemática emocional mayor, asociada a la personalidad premórbida o a eventos estresantes simultáneos que requieren una valoración específica para su diagnóstico.

Ahora bien, un total de 45 mujeres (17%) tenían antecedentes de diabetes gestacional en embarazos anteriores. Los datos informaron que dicha experiencia es un factor de riesgo significativo para el descontrol glucémico lo que implica reflexionar sobre el porqué este antecedente no ha contribuido a un aprendizaje de cuidado hacia la salud.

Este hallazgo nos compromete a llevar a cabo análisis específicos para su comprensión. En primer lugar, identificar si el resultado obstétrico del embarazo previo fue favorable, lo que pudiera inducir una minimización de los riesgos, mientras que la

presencia de complicaciones y/o pérdidas perinatales conducirían a su reconocimiento por haber experimentado consecuencias en la realidad. De esta forma, se resuelve la aparente inconsistencia y preserva el valor pronóstico de esta variable que en todos los análisis ha demostrado tener un efecto protector hacia el descontrol glucémico.

Aunado a lo anterior, sería muy valioso realizar una evaluación clínica que explore la vivencia subjetiva y dinámica de la manera como la mujer integró la experiencia de enfermedad, teniendo en cuenta la pertinencia y circunstancia en que ésta se presentó, junto con factores de tipo económico, personal y de hábitos establecidos, por mencionar algunas de las múltiples variables que pudieran tener una influencia en este resultado.

Finalmente, al vincular este hallazgo con el impacto afectivo que el diagnóstico genera, se detecta que este grupo de mujeres refieren que la noticia les afecta entre regular, poco o nada, lo que sugiere un estilo de afrontamiento evitativo y/o aislamiento afectivo que da por resultado el no aprovechamiento de la experiencia. Billings y Moos (1981) señalan que el afrontamiento evitativo funciona ante un evento crítico mediante la negación o minimización de su seriedad y de la ansiedad que produce, lo que implica una respuesta de autoprotección emocional pero sin solución real, explicación que soporta nuestro hallazgo. Y, por el contrario, nos lleva a diferir de la observación de Sjögren (1994), quien señala que una vez que el embarazo concluye, la mujer se encuentra altamente motivada para llevar a cabo cambios en su estilo de vida, cuando en realidad se requiere una evaluación dinámica de las condiciones descritas.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, en nuestro país, 71.9% de las mujeres adultas tienen sobrepeso u obesidad. Así mismo, sabemos que esto contribuye al desarrollo de múltiples enfermedades crónicas degenerativas, entre las cuales figura la diabetes mellitus. El presente estudio encuestó a las mujeres sobre el peso al inicio del embarazo, informando que el 80% contaban con algún grado de sobrepeso u obesidad, factor de riesgo importante para el desarrollo de diabetes

gestacional. Este resultado es un indicador de que las mujeres reconocen su sobrepeso, lo que pudiera facilitar acciones hacia el cuidado de este problema de salud.

En cuanto a las variables relacionadas con las características de la diabetes gestacional y sus tratamientos encontramos lo siguiente:

A diferencia de la diabetes gestacional tipo A1 que es altamente probable su control mediante una dieta adecuada, la diabetes gestacional A2 y B1 pueden necesitar aunado a un régimen dietético, el uso de insulina y ejercicio para el adecuado control glucémico. Es decir, las demandas de la enfermedad pueden considerarse mayores cuando este diagnóstico se presenta, quizá por ello se encontró que tanto el diagnóstico, como el requerir estos tratamientos contribuyen al descontrol glucémico.

Por su parte, el control dietético es necesario en toda paciente con diabetes gestacional y pilar de un adecuado control glucémico, no obstante, es el tratamiento que mayor dificultad de adherencia presenta en las pacientes, ya que menos del 30% de las mujeres refieren haber cumplido totalmente con la prescripción, más un 45% que considera haberlo hecho “casi” totalmente. Muy probablemente este resultado se debe a que una dieta específica compromete un cambio de hábitos arraigados en la mujer, mitos vinculados con el periodo gestacional y la frustración de la satisfacción misma que el alimento y su representación produce.

El empleo de insulina también muestra dificultades de adherencia. Si bien, sólo el 35% de las mujeres requirieron dicho tratamiento, cerca del 15% manifestaron algún grado de incumplimiento. Y aunque algunos estudios documentan que la cantidad de insulina y el número de inyecciones al día influye en el control glucémico de la mujer y en su disposición al tratamiento, no se demostró esta asociación en nuestro estudio. Finalmente, un hecho no evaluado pero observado en las pacientes, es que el inicio de

tratamiento con insulina y el cambio de dosis en el curso del embarazo lleva a la mujer a experimentar sentimientos de frustración y fracaso en sus esfuerzos por cuidarse, los cuales no necesariamente corresponden a problemas de adherencia terapéutica, sino que dependen de la evolución, curso y demandas metabólicas del organismo en este periodo.

Mientras que del 51.1% de mujeres a quienes se les sugirió realizar ejercicio como parte de su tratamiento, solo el 33% refiere haber cumplido en la totalidad con la prescripción sugerida.

Ahora bien, llama la atención haber encontrado que aquellas mujeres que refieren haber cumplido totalmente o casi totalmente con su prescripción dietética, de ejercicio y cuidados generales del embarazo, mostraran una asociación con descontrol glucémico, lo cual, puede deberse a que la mujer ofrece una respuesta socialmente deseable y una incapacidad para asumir la responsabilidad frente a su tratamiento.

Cierto es que el diagnóstico de diabetes y la necesidad de su tratamiento puede resultar incómodo, inesperado y novedoso para la mujer; no obstante, necesario para establecer una respuesta adaptativa y acorde con las demandas. Esto implica acercarse a un tratamiento médico adecuado, a información fidedigna y al establecimiento de ajustes en hábitos de salud, mientras que por otra parte, el embarazo y el hijo por nacer hacen que la mujer se encuentre altamente motivada para ello, situación que en caso de no ser así conlleva una experiencia de culpabilidad ante las complicaciones del embarazo.

Por último, en este grupo de variables es necesario analizar los mitos, ansiedades y temores que llevar a cabo una dieta, administrarse insulina y/o el ejercicio producen. Tal aproximación es una línea de investigación a desarrollar para una mejor

aproximación a la comprensión de dichas dificultades en la mujer que presenta diabetes gestacional.

Un resultado importante fue el haber encontrado que el 46.2% de las pacientes requirió ser hospitalizada en el curso del embarazo en al menos una ocasión por descontrol glucémico, lo que representó un total de 187 hospitalizaciones totales y 579 días. Gómez-Pérez (1999) concluye que pacientes diabéticos son más frecuentemente hospitalizados que pacientes no diabéticos, observación que no podemos nosotros corroborar debido a que nuestra población corresponde a mujeres embarazadas y con diabetes gestacional, además de no contar con los grupos comparativos adecuados a dicha situación; sin embargo, coincidimos en que la hospitalización durante el embarazo implica una incomodidad emocional y un alto costo tanto para la mujer como para la institución misma.

Una aplicación significativa de este resultado impactó los procesos institucionales respecto de la decisión del personal de salud para solicitar una interconsulta al Departamento de Psicología del Instituto. Ser hospitalizado por primera ocasión en un proceso de diabetes gestacional puede ser comprendido desde varias perspectivas: primera, se trata de mujeres que requieren iniciar tratamiento con insulina y la hospitalización es promovida para disponer del tiempo, espacio y personal para ello; o bien, mujeres que se encuentran recién diagnosticadas con niveles de glucosa muy alterados y requieren tratamiento de control glucémico urgente, y finalmente, mujeres en curso de tratamiento que por razones de diferente índole se descontrolan en sus niveles de glucosa. Todos estos casos son críticos e implican una primera experiencia respecto del riesgo que la diabetes gestacional representa, donde la intervención psicológica apoya la promoción de acciones informativas, la canalización de los afectos asociados a la experiencia, así como la concientización y promoción de respuestas hacia el cuidado necesario del embarazo y el control glucémico.

Por su parte, una segunda hospitalización requiere de mayor apoyo por parte del personal de salud en aquellos aspectos que requieren ser reforzados ante las posibles causas de descontrol glucémico. En la segunda hospitalización, es frecuente que las pacientes no se muestren inquietas como en la experiencia previa debido a que reconocen la importancia de su internamiento y procesos para los cuales se hospitalizan. La recomendación institucional es que a partir de una tercera hospitalización, se solicite interconsulta al Departamento de Psicología debido a que se trata de pacientes reincidentes en el fallo de sus cuidados, lo que amerita una intervención de análisis reflexivo con la paciente para el reconocimiento del porqué el descontrol glucémico persistente y el tratamiento de aquellas características de la mujer que inhiben el cuidado y responsabilidad hacia la salud.

Así mismo, se recomienda solicitar interconsulta al psicólogo cuando la estancia hospitalaria se prolonga por más de cuatro días de internamiento. Generalmente, este tipo de casos corresponde a mujeres con complicaciones a la salud de índole variable que presentan malestar psicológico reactivo a dicha experiencia.

Referente a los aspectos psicológicos evaluados, se obtuvieron resultados que nos permiten hacer inferencias importantes para su reflexión. Tal como se había descrito, dos semanas posteriores al diagnóstico de diabetes gestacional, el 32.1% de las mujeres mostraron datos suficientes para ser consideradas “caso” de malestar psicológico; mientras que en un segundo momento, al término del embarazo dicho porcentaje fue de 28.6%, disminución no significativa estadísticamente respecto de la primera evaluación. Así mismo, vale la pena destacar que solamente el 7.2% y el 4.8% corresponden a casos entre moderados y graves.

Una primera observación, es que el 32.1% de malestar psicológico detectado corresponde a un porcentaje menor al informado por Morales-Carmona et al., en el 2002, del 62.2% en mujeres obstétricas. Esto nos señala que dentro de lo que se

denomina “embarazo de alto riesgo” como población general del INPer, donde se espera un alto porcentaje de malestar psicológico, la diabetes gestacional lo presenta en menor proporción comparado con otras patologías médicas, posiblemente por tratarse de un padecimiento agudo con amplias alternativas para su manejo. Además, se evidenció que se trata de una población con múltiples consultas de seguimiento y bajo supervisión constante por diferentes profesionales, lo que tiene un efecto de contención y apoyo ante cualquier eventualidad que se presenta en el curso del embarazo. Esto nos lleva a reflexionar en la importancia de la interdisciplinariedad y su efecto cuando el trabajo es adecuadamente coordinado dentro de las instituciones de salud.

Por su parte, si bien no hay diferencias significativas en el curso del embarazo, entre las dos semanas posteriores al diagnóstico y hacia el término del mismo, sí se observa una disminución de la proporción respecto de los casos graves. El curso del embarazo varía de mujer a mujer de manera compleja y multivariable. Hacia el término del embarazo, el número de consultas de las pacientes se incrementa, de manera específica el monitoreo fetal, estudio que permite a la mujer escuchar la frecuencia cardíaca fetal, y los constantes análisis de glucosa que ofrecen una retroalimentación inmediata del control glucémico, estudios que han sido referidos en la clínica como “experiencias tranquilizadoras”. Además, al término del embarazo, la mujer orienta sus recursos psicológicos hacia la resolución de un evento trascendente como lo es el parto, lo que le exige toda orientación del psiquismo para su resolución y la lleva a postergar problemas de otra índole.

Lo anterior puede verse apoyado por las ideas de Mentzger (1991) respecto a que el monitoreo del embarazo, el número de determinaciones de glucosa y la retroalimentación inmediata de resultados dan seguridad y confianza a la mujer y promueven la participación en el manejo de su enfermedad.

Los autores han dado múltiples explicaciones a los motivos de malestar psicológico que no fue el motivo del presente trabajo investigar y que pudiera generar un proyecto a futuro (Espíndola et al. 2006; Morales-Carmona et al. 2005).

La valoración en el puerperio, informó que sólo el 9.5% de las mujeres manifestaba malestar psicológico, y que el 3.2% lo presentan de manera moderada a grave. Pareciera que estos datos nos permiten distinguir la problemática de base en la mujer, de aquella que opera en función del embarazo y las condiciones críticas que lo circundan. De esta manera, la evaluación realizada en este periodo sugiere que el embarazo exige múltiples cambios psicológicos y adaptativos que se resuelven en un corto plazo y que sólo en una menor proporción persiste el malestar de manera leve (6.3%), y de moderada a grave en el 3.2%, pudiendo tratarse de aquellos casos que presentan una patología de base independiente al embarazo, resultados congruentes con lo informado por Espíndola et al. (2006) con la población psiquiátrica del Instituto y con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) (2003) que refiere a población abierta.

En el descontrol glucémico, no se encontró una asociación significativa con la presencia de malestar psicológico, lo cual pensamos puede deberse a diferentes factores. El malestar psicológico no tiene un comportamiento lineal, sino que se trata de una reacción emocional asociada a múltiples variables y de influencia compleja que requiere ser analizada ampliamente y a detalle. Aunado a la influencia de la atención multidisciplinaria, el seguimiento y atención continua del personal de salud, los cuales parecieran tener un efecto protector en esta población específica. Ello explica la diferencia con la prevalencia informada en el resto de la población institucional, así como de redes de apoyo adicional a la paciente.

Por su parte, Anderson (2001), Miles (1996), St. James (1993) señalan que un buen control glucémico se asocia con la percepción individual hacia los cambios en el

estilo de vida, la percepción de restricción, los tratamientos necesarios, la satisfacción de vida global, experiencia de placer, motivación hacia el cuidado, historia personal, actitudes, información, personalidad, etc. variables todas ellas de evaluación subjetiva y compleja pero que requieren ser consideradas como parte del éxito o fracaso ante el control glucémico en lo específico.

En cuanto al locus de control, los estudios no son concluyentes en sus hallazgos a pesar de que la propuesta lineal señala que el locus de control interno se asocia con aspectos adaptativos de diferentes aspectos en el ser humano y el locus de control externo con la respuesta opuesta. Nuestros resultados coinciden con los hallazgos anteriores debido a que detectamos una asociación significativa entre el locus de control interno y el descontrol glucémico y el locus de control externo asociado a control glucémico.

De la misma manera que sucedió con el malestar psicológico, esto nos llevó a reconocer que el constructo de locus de control no puede ser comprendido de manera lineal y que puede verse afectado en el resultado final por diferentes variables. Ciertamente es que el locus de control es la capacidad interna de influir en el manejo de los eventos que se presentan en la vida; sin embargo, es necesario reconocer que la presencia de otros recursos psicológicos y sociales pueden influir en modificar el comportamiento final. Puede considerarse que a pesar de tener un locus de control externo, cuando se dispone de redes de apoyo efectivas, un resultado final óptimo en este estilo puede observarse. De igual forma, una persona con locus de control interno que se ve rebasada en demandas por una situación crítica, o que se percibe invadida en su capacidad de decisión ante indicaciones médicas que se perciban como “impuestas”, puede reaccionar adversamente ante ello.

Morales-Carmona ya había señalado que ante el manejo de un padecimiento, la importancia de prestar atención a diferentes características (personales y del equipo de

salud) ya que dependiendo de ello, el tipo de respuesta de una persona determinada puede ser diferente y modificar el pronóstico (Morales-Carmona, 2002).

Desde una perspectiva conceptual, los hallazgos apoyan el hecho de que el locus de control no es un constructo teórico unidimensional y que en el interior del concepto de locus de control interno y externo pueden reconocerse componentes que funcionan de manera diferente en el resultado del comportamiento final. Ideas como estas no fueron contempladas en el presente estudio pero pueden vincularse a las propuestas hechas por De Mojá (1997), Dimitrovsky et al. (1993), Hamilton y Waisbren en 1993, Holder y Levi (1988), Peyrot (1994); St. James et al. (1993).

En lo que a los Estilos de Afrontamiento se refiere, en la presente investigación identificamos que el puntaje total en su estrato alto, y los puntajes altos hacia el empleo de los estilos aproximación conductual y cognitiva, y la evitación cognitiva se asociaron significativamente con descontrol glucémico; en tanto que los puntajes de las mismas variables por debajo del promedio o bajo empleo del estilo se asoció con el control glucémico.

De acuerdo con estos resultados, no es posible distinguir un estilo característico de respuesta en la persona, lo que apoya la propuesta de los autores Moos y Schaefer (1986) acerca de que las diferentes respuestas de afrontamiento pueden ser empleadas en diferentes combinaciones y que ello no garantiza su efectividad adaptativa ante una situación determinada.

Por el contrario, pareciera que el uso exclusivo de uno o varios estilos nos muestra que las conductas o cogniciones pueden no ser necesariamente las adecuadas a pesar de reconocer que se están llevando a cabo un conjunto de respuestas que hacen que la persona se aproxime al problema, mas no de manera eficaz hacia la resolución específica de las demandas del problema, como pudiera ser

una enfermedad como la diabetes gestacional. Posiblemente esto explica que sean los puntajes altos los que se asociaran significativamente con el descontrol glucémico. Una segunda explicación, nos plantea que los estilos pueden estar siendo empleados rígidamente, siendo la característica que impide que la persona se ajuste de manera flexible ante el problema a resolver. Por ello, el uso mesurado del estilo promueve el control glucémico, aunado al carácter dinámico del ajuste a un proceso cambiante como lo son el embarazo y la diabetes gestacional. Finalmente, también nos lleva a la necesidad de que el estilo de afrontamiento sea entendido junto con otras variables mediadoras, tales como las características demográficas, de personalidad, sociales, ambientales, etc.

Por su parte, el estilo de afrontamiento de evitación cognitiva es el único resultado que se detectó en congruencia con la propuesta teórica de asociarse significativamente con descontrol glucémico. Quizá esto se deba a que el distanciamiento del problema, minimizar y/o negar la seriedad del mismo y de sus consecuencias y la evitación son características de respuesta que llevan de manera directa a la no atención del problema, de ahí que comprometa el resultado de salud, tal como lo demostraron Miles, Blount, Crowe y Singh (1996) y Littleton (2007).

De acuerdo con Lazarus (citado en Littleton, 2007 y Rowland, 1989) ante situaciones controlables, estrategias de afrontamiento centradas en el problema son más adaptativas; mientras que estrategias centradas en la emoción pueden ser útiles ante situaciones no controlables. Por su parte, Moos considera que la expresión afectiva evita tomar acciones ante el problema, llevan al descontrol de los sentimientos o someten a una resignación ante la imposibilidad de solución. Lo anterior difiere con el hecho de que cierto malestar psicológico es inevitable ante una situación crítica y que su expresión puede tener formas e intensidad variable, suele ser transitoria, de curso breve y adaptativa. Es decir, mientras que para los teóricos del afrontamiento la expresión emocional es una forma de evitar enfrentar el problema, una respuesta

innecesaria y no adaptativa, de acuerdo con Morales- Carmona (2005) y Espíndola Hernández (2006), la expresión emocional es una respuesta esperada que genera incomodidad subjetiva y que más que su expresión, es importante el reconocimiento del significado afectivo y representacional personal para lograr entonces su comprensión y resolución.

La asertividad no mostró resultados de asociación significativa con la presencia de descontrol glucémico. Evaluar la asertividad es importante porque el manejo de la diabetes gestacional requiere la implementación consistente de conductas específicas para la adherencia en un contexto de interacción con el médico, donde la expresión de ideas y la expresión de dudas, la identificación clara de dificultades, preocupaciones y expectativas de la paciente contribuyen en el apego y seguimiento de sus tratamientos y el logro de metas a corto plazo. Lo anterior exige de habilidades verbales, de expresiones adecuadas mediante el empleo de la capacidad de juicio para su expresión oportuna y habilidades en la interacción con otras personas, en particular con el personal médico. Quizá, lo anterior nos plantee que el control glucémico será consecuencia de múltiples habilidades como las previamente expuestas y que más que una asociación con el resultado inmediato, es necesario evaluar varios aspectos que lo intermedian.

A manera de integración, debemos comprender que el ser humano es complejo y pareciera que no es posible encontrar determinantes únicos para un resultado como el control glucémico. Además de contar con diferentes recursos psicológicos, debe contemplarse el funcionamiento dinámico de los mismos. Los recursos psicológicos que cada individuo posee no se comportan linealmente, sino que se trata de atributos que pueden ser multidimensionales en el funcionamiento adaptativo y dependientes de múltiples factores. Morales-Carmona (2006) describe que una respuesta adaptativa se verá influida por elementos de la realidad y las normas sociales y culturales de pertenencia de cada ser humano, en respuesta a una necesidad determinada, lo que

hace que múltiples aspectos intersubjetivos operen con los recursos psicológicos individuales, siendo necesario contemplarlo en investigaciones subsecuentes.

Diferentes variables del periodo neonatal inmediato fueron registradas mostrando resultados significativamente relevantes el peso del producto y la clasificación por peso y talla esperada, las cuales se asociaron con el descontrol glucémico cuando el neonato tuvo un peso de 3800 gramos o más y cuando su clasificación era de hipertrofia. Desde la perspectiva médica, este hallazgo es esperado debido a que se trata de consecuencias inmediatas cuando el control glucémico no se logra. La implicación de este hallazgo refleja la importancia de concientizar a la paciente de los riesgos de su neonato en el inmediato y corto plazo.

A continuación, se presentan algunos datos sobre morbilidad fetal. Se detectó la muerte de uno de los productos, 7.6% de productos con peso mayor a 3800 gramos, 28.2% de los neonatos presentaron al menos una complicación, destacando el síndrome de dificultad respiratoria y 28.9% requirieron cuidados intermedios e intensivos neonatales. El 32% de los de los bebés requirió mantenerse en las unidades de cuidado intensivo e intermedio por más de 4 días y hasta un total de 55 días de estancia máxima; de los cuales en la mitad de ellos se presentó una complicación aislada y en la otra mitad se presentaron más de dos complicaciones.

Lo anterior corrobora la importancia de detectar y atender a la diabetes gestacional para incidir en la disminución de dichas complicaciones perinatales, si bien, la acción médica es primordial en ello, el apoyo psicológico a la respuesta emocional que ante estas complicaciones se presenta es un compromiso para la atención integral de la mujer.

La presencia de defectos congénitos al nacimiento fue una variable significativamente asociada al descontrol glucémico. En 8 casos (3%) se detectó la

presencia de malformaciones fetales, donde llama la atención que sólo 2 de ellos fueron detectados con diabetes gestacional tempranamente (antes de la semana 16 de embarazo). Es nuestra responsabilidad la contribución comprensiva y la intervención psicológica respecto del impacto emocional, la aceptación y promoción de apego materno, paterno y de dinámica familiar para la atención e integración de estos bebés; y la comprensión médica de dicha observación es necesaria.

Autores como Holing et al. (1998) y Feig et al. (1998) han informado que reconocer variables de riesgo de la diabetes gestacional y problemas de salud en sus hijos no llevaron a las mujeres a planear embarazos subsecuentes y/o acciones preventivas hacia la salud. En nuestra población, sería interesante estudiar los efectos que la presencia de resultados perinatales adversos implica a futuro tanto en la salud reproductiva como en la salud materna y de los infantes.

Una situación particular es la intervención de la pérdida gestacional, su representación mental y el proceso de duelo que se desencadena, siendo importante contemplar, antecedentes de otras pérdidas que propician un duelo crónico y/o complicado, que como vimos en los resultados puede ser un antecedente significativo en el 57.5% de las mujeres.

Posterior al embarazo, en cuanto al diagnóstico final, es importante observar la alta proporción de mujeres que se mantiene con un diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y con intolerancia a la glucosa (10% y 18% respectivamente). Así mismo, el hallazgo de la asociación significativa entre aquellas mujeres que presentan descontrol glucémico y el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Lo anterior es una llamada de atención hacia la intervención psicológica desde varias perspectivas: la respuesta crítica ante el diagnóstico de una enfermedad crónica, la información necesaria sobre cómo incorporar cambios asociados a la enfermedad y su manejo subsecuente, hacia la respuesta emocional que la noticia diagnóstica provoca, a la manera de integrar la enfermedad con alternativas de tratamiento que promuevan el ajuste necesario y una

actitud que prevalezca en el largo plazo para promover la calidad de vida a futuro, teniendo responsabilidad hacia la salud, la reproducción y la crianza.

Con todo lo anteriormente discutido, podemos reconocer diferentes variables que se asocian con el descontrol glucémico, hallazgos que ameritan ser integrados y orientados de manera comprensiva, no como determinantes únicos del resultado adverso, sino como elementos que pueden influirlo. Además, se trata de variables múltiples de origen biológico, psicológico y social que están matizados por aspectos culturales, económicos y del estilo de vida particular de cada mujer, lo que amerita de una amplia comprensión para una adecuada intervención en promoción del control glucémico.

A partir de lo anterior, resulta trascendente reconocer que junto con el abordaje médico de atención a la diabetes gestacional, grupos interdisciplinarios deben integrarse, donde el psicólogo cumple con una importante función hacia la dimensión humana que problemas de este tipo plantean, el logro de cambios necesarios para el ajuste a la enfermedad, el apego al tratamiento y la adherencia terapéutica en general. Específicamente, influir en aquellos aspectos que se vinculan con recursos psicológicos y aspectos relacionados con el estilo de vida individual que permitan una aproximación de resolución y enfrentamiento óptimo a la enfermedad y el embarazo.

La última parte del trabajo propone dos modelos que tienen una finalidad operativa hacia el interior de la Institución. Ambos modelos predicen el descontrol glucémico, con una alta capacidad predictiva (81.9% y 82.6% respectivamente). Se trata de modelos sencillos, fáciles de aplicar que no requieren de personal especializado para su aplicación ni gran capacitación en su empleo, lo que los hace económicos. El segundo modelo se propone para ser empleado por personal especializado en salud mental, la funcionalidad de ellos es que operen como un primer tamiz en la detección de mujeres en riesgo de presentar descontrol glucémico.

Las variables detectadas predicen el descontrol glucémico, lo que nos llevó a reconocer que los principales determinantes del resultado son de índole médica y operativa, es decir, los procesos de hospitalización, los días de estancia hospitalaria y el requerir insulina como parte del tratamiento fueron factores de riesgo determinantes, mientras que la presencia de abortos previos fungió como un evento protector contra el descontrol glucémico.

La trascendencia de encontrar múltiples hospitalizaciones y estancias prolongadas en aquellas pacientes con descontrol glucémico nos permite identificar a las mujeres que persistentemente recaen y no se apegan a la atención necesaria, lo que resulta útil para la normatividad de solicitud de interconsulta al Departamento de Psicología como parte del tratamiento interdisciplinario en hospitalización para la evaluación de dificultades asociadas al incumplimiento.

Así mismo, el segundo modelo predice mediante variables biopsicosociales, el descontrol glucémico. La clasificación socioeconómica, la ocupación, la necesidad de utilizar insulina como parte del tratamiento, los cuidados generales respecto del embarazo y requerir ser hospitalizada son las variables predictoras en el segundo modelo. Sugerimos este segundo modelo para ser aplicado por personal de psicología debido a que, si bien requiere de una encuesta sencilla para el reconocimiento de variables que también a la paciente, vale la pena tener presente algunos aspectos de las variables evaluadas. Es decir, el que la mujer no trabaje, funciona como un factor protector ante el descontrol glucémico, al igual que los cuidados generales hacia el embarazo; sin embargo, además de la referencia personal de la mujer ante estas dos sencillas preguntas es necesario sean avaladas por una anamnesis clínica que de certidumbre al efecto protector, de igual manera debe ocurrir con los factores de riesgo descritos.

Como todo instrumento de tamiz, hay que tener presente que aunque se observe una alta sensibilidad, es necesario de un escrutinio posterior para garantizar el diagnóstico clínico adecuado del caso particular, aprovechando como primordial beneficio la detección oportuna de casos en riesgo y el beneficio a la optimización de los recursos humanos, hacia los procesos institucionales y el costo – beneficio ofrecido.

Como puede verse, el embarazo y la diabetes gestacional son dos eventos importantes que comprometen aspectos biológicos, psicológicos y sociales que de manera conjunta, evidencian la necesidad de ser abordados integralmente. Hacerlo así, permitirá además de una mejor y completa comprensión, la prevención de problemas en su curso y la ejecución de planes de intervención óptimos y oportunos para la adaptación psicológica global.

El control glucémico es importante, sin embargo, reconocemos la dificultad ante el cambio que implica lograrlo. Quizá ello se deba a que compromete hábitos que se manifiestan a partir de la historia personal y cultural de la mujer, lo que abre una línea de investigación de los hallazgos que este estudio ofrece.

Limitaciones y Sugerencias.

Una de las limitaciones de la presente investigación tiene que ver con el sesgo de la población de estudio, es decir, debido a las características de la muestra estudiada, los resultados restringen la generalización de las conclusiones obtenidas. Por un lado, se trata de una muestra con valores sociodemográficos específicos de la población institucional, además de tratarse de un sesgo hacia las personas que aceptan participar en el estudio voluntariamente y finalmente, ante los procesos de atención específicos que normativamente la institución aplica a su población, tratándose de pacientes medicamente cuidadas mediante un seguimiento estrecho.

Otra limitación es el sesgo transversal, el cual se presenta como parte del curso natural de la enfermedad, donde el diagnóstico y detección de la diabetes gestacional puede ser variable en el curso del embarazo lo que dificulta la homogeneidad de la muestra respecto al inicio del padecimiento modificando la duración de la exposición al evento. Esta situación fue controlada mediante el registro de las semanas de gestación al momento del diagnóstico, así como en la evaluación en momentos específicos en el curso de la cohorte, además de haber contemplado el tiempo de exposición en las estadísticas realizadas.

También es necesario reconocer que la incidencia reportada de descontrol glucémico debe entenderse como un registro válido en un periodo determinado y que puede variar conforme las pacientes y los procesos de atención médica se modifican, por lo que será necesario llevar a cabo estudios en diferentes cortes de tiempo para actualizar la incidencia que el presente estudio informa.

Otro sesgo del estudio es el sesgo de información, el cual se determina por dos aspectos fundamentalmente. Primero, el descontrol glucémico es una variable dinámica y recurrente, es decir, en el tiempo la mujer puede encontrarse bajo control o descontrol de un momento a otro en el curso del embarazo y el resultado final implica varias mediciones. Y, segundo, las pacientes que se descontrolan tienen normativamente un proceso de atención e intervención diferente con la intención de llevarlas al control glucémico mediante procesos como la hospitalización, vigilancia estrecha, monitoreos, etc. lo que a su vez impacta el estado emocional y la contención que el equipo de salud ofrece a tales pacientes. Situación que desde una posición ética no puede homogeneizarse tal y como la propuesta metodológica sugiere.

Finalmente, una dificultad del estudio fue haber requerido de 24 meses para la recolección de la muestra que junto con el tiempo necesario por cada caso hasta la tercera aplicación llevó a postergar hasta 36 meses el seguimiento de la muestra total, haciéndolo un estudio temporalmente costoso.

Ahora bien, más allá de las limitaciones, podemos señalar múltiples sugerencias a partir de la investigación.

Una primera sugerencia contempla la importancia de implementar los hallazgos de la investigación en la práctica clínica y en la resolución de problemas institucionales con recomendaciones específicas para la solución de problemas de las pacientes receptoras de un servicio.

Como parte del beneficio institucional, el modelo de detección y derivación de pacientes debiera incorporarse al proceso normativo que regula la solicitud de interconsultas al Departamento de Psicología. Así mismo, se sugiere evaluar el modelo pronóstico de manera prospectiva para corroborar su eficacia predictiva y la utilidad clínica para la implementación de acciones preventivas de salud y la disminución de factores de la morbilidad materno-fetal.

Se propone también continuar con la línea de investigación que aborde los aspectos psicológicos que inciden en la adherencia terapéutica y control glucémico en mujeres con diabetes gestacional, así como hacerlo extensivo a mujeres con diabetes mellitus previa a la gestación. Es importante reconocer junto con el trabajo interdisciplinario, las necesidades particulares de las pacientes para que sean canalizadas con el experto apropiado en el momento adecuado.

Así mismo, como parte del seguimiento a los hallazgos de la presente investigación, se sugieren las siguientes propuestas para el avance del conocimiento:

Detectamos que el descontrol glucémico es una variable compleja que puede verse afectada por múltiples aspectos, por lo que sería importante seguir investigando aquellas variables que lo influyen en interacción con los hallazgos ya demostrados.

Por otra parte, debido a que la presente investigación centró sus análisis en la comprensión del descontrol glucémico, no se informaron hallazgos interesantes que pueden ser abordados. Entre ellos se encuentra el malestar psicológico y su relación con los recursos psicológicos evaluados, los cuales, no fueron analizados en el presente estudio, pero disponemos de ellos para indagar la influencia y funcionamiento en la respuesta e intensidad emocional experimentada por las mujeres con diabetes gestacional.

Otra sugerencia de estudio tiene que ver con las representaciones mentales de la mujer hacia la enfermedad y los tratamientos que requiere llevar a cabo como la dieta, el uso de insulina y el ejercicio. Observamos que ante los tratamientos, las mujeres experimentan múltiples dificultades, ansiedades y creencias, las cuales requieren ser investigadas para desarrollar una mejor comprensión de las mismas en esta población.

Finalmente, los hallazgos empíricos nos llevaron a hacer replanteamientos a nivel conceptual de los recursos psicológicos evaluados, lo que puede generar una línea de investigación que contribuya al desarrollo de las ideas observadas al respecto y que fueron descritas en los capítulos previos.

Conclusiones.

Con base en los resultados generados por la presente investigación se presentan las siguientes conclusiones:

- La diabetes mellitus es un problema de salud pública en México. De acuerdo con los datos epidemiológicos, las mujeres mexicanas presentan un alto riesgo para padecer diabetes gestacional. El embarazo que se cursa con diabetes gestacional requiere de un riguroso control glucémico y es un motivador importante para el cumplimiento del tratamiento, no obstante no siempre se consigue. Por ello, se requiere de una comprensión integral y de un abordaje interdisciplinario.
- Un alto porcentaje de mujeres con diabetes gestacional permanecen con diabetes mellitus tipo 2 o intolerancia a los carbohidratos posterior a la resolución del embarazo (10% y 18% respectivamente). Este resultado es significativamente asociado a la detección temprana de la diabetes gestacional (antes de la semana 16 de la gestación) y diagnóstico de diabetes gestacional B1. En cuanto a los bebés, se detecta que el descontrol glucémico tiene como consecuencia significativa bebés con un peso mayor o igual a los 3800 gramos, lo que le coloca en una clasificación de producto hipertrófico además de la presencia frecuente de malformaciones.
- El descontrol glucémico es un problema multideterminado por variables de carácter sociodemográfico, características relacionadas con la enfermedad, aspectos gineco-obstétricos y características psicológicas, que en el presente estudio se detectó en un 35.3%. De las variables sociodemográficas, una edad mayor a 34 años y tener una actividad laboral remunerada contribuyen al descontrol glucémico. Por su parte, el número de gestaciones, número de

partos, antecedente de cesáreas y de abortos, número de pérdidas gestacionales, número de hijos vivos y semanas de gestación son variables dentro de los antecedentes gineco-obstétricos que se asocian con el descontrol glucémico, donde tener un antecedente de pérdida gestacional opera como factor protector. De las variables que caracterizan a la enfermedad, el tipo de diabetes gestacional, las semanas de gestación cuando se realizó el diagnóstico, el antecedente de este padecimiento en embarazos previos y requerir insulina y ejercicio como parte del tratamiento fueron variables estadísticamente significativas para la presencia de descontrol glucémico.

- En el curso del embarazo, en aquellas mujeres que refieren un seguimiento total de sus tratamientos es más probable el descontrol glucémico por dar una respuesta socialmente aceptada. Es factible que las mujeres informen algunos fallos en sus tratamientos lo cual indica que los están llevando a cabo. El 24% de las mujeres refieren que los cuidados para el control durante el embarazo que se cursa con diabetes gestacional son difíciles de llevar a cabo y que la dieta es el tratamiento que perciben con mayor dificultad.
- La presencia de diabetes gestacional está asociada con el malestar psicológico relacionado con diferentes eventos vinculados con la enfermedad y su curso durante el embarazo. La intervención interdisciplinaria, las consultas de seguimiento y las redes sociales tienen un efecto de contención y apoyo emocional. En nuestro estudio, detectamos que el impacto psicológico al diagnóstico de diabetes gestacional hace probable una reacción emocional adversa en al menos el 60% de las mujeres, el cual prevalece en la tercera parte de la muestra en el curso del embarazo, para posteriormente en el puerperio remitir en el 90% de las mujeres.

- Los recursos psicológicos deben considerarse atributos individuales que no son inherentemente adaptativos o desadaptativos, prevén el tipo de respuesta de la paciente y su funcionamiento puede ser cambiante por múltiples variables que los influyen. Por ello, deben ser evaluados en interacción con aquellos factores que participan, con el objeto de establecer su dinámica de funcionamiento y un pronóstico preciso. En cuanto a los diferentes estilos de afrontamiento, el locus de control y la asertividad podemos concluir que se trata de recursos psicológicos que no tienen un funcionamiento lineal y que no son excluyentes entre sí. Detectamos que el empleo rígido de los recursos es lo que manifiesta dificultades para la adaptación y que su uso flexible predice un buen control glucémico.

- El modelo para la detección de casos en riesgo de presentar descontrol glucémico es útil para derivar oportunamente a las pacientes, lo que optimiza los recursos humanos, facilita el proceso de detección y derivación, es sencillo para el personal de salud y de alto beneficio para las pacientes. Es frecuente que requieran ser hospitalizadas durante el embarazo, y a partir de dos hospitalizaciones y/o más de cuatro días de estancia hospitalaria, se sugiere solicitar una interconsulta al Departamento de Psicología.

- El evento obstétrico es un momento oportuno para promover medidas de cuidados hacia la salud familiar. La intervención psicológica permite la comprensión de aquellos aspectos que influyen en la manera de enfrentar la enfermedad y sus demandas, la respuesta crítica ante el diagnóstico de una enfermedad, la adherencia a los tratamientos y los cambios al estilo de vida necesarios, el ajuste emocional y la prevención de riesgos maternos fetales actuales y hacia el futuro reproductivo y crianza, así como hacia una salud responsable y con calidad de vida.

Los beneficios de una intervención oportuna deberán incidir en el resultado inmediato mediante la reducción de la morbimortalidad materna y fetal, y a largo plazo mediante cuidados que permitan postergar la presencia de diabetes mellitus tipo 2 y adoptar una actitud de salud comprometida. Así mismo, la concientización de la importancia de la consulta puerperal ante la necesidad de disponer de un diagnóstico claro post diabetes gestacional y asesoría médica mejora significativamente la asistencia de la mujer a dicha consulta.

Referencias.

- Aguilar, V. y Morales-Carmona, F. (1995). Ansiedad y autoconcepto en pacientes embarazadas diabéticas. *Perinatología y Reproducción Humana*. 9 (2): 99 – 105.
- Aguilar, V. Morales-Carmona, F., Barranco, A. (1998). Depresión y pérdidas perinatales en pacientes diabéticas del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatología y Reproducción Humana*. 12 (4): 210 – 217.
- Ahued, J.R., Fernández del Castillo, S. C. (2000). *Ginecología y Obstetricia Aplicadas*. JGH Editores. 1ª Edición. México D.F.
- Aiken, PA., Baucom, DH. (1982). Locus of control and depression: that confounded relationship. *J Pers Assess* 46 (4):391-5.
- Alberti, E. y Emmons, L. (1980). *Your perfect right*. San Luis Obispo California. Impact.
- American Diabetes Association. (1998). Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 21 Suppl.1 Jan.
- American Diabetes Association. (2002). Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. Vol. 25, Supplement 1, S94 – S96.
- Amir, S., Rabin, C., Galatzer, A. (1990). Cognitive and behavioral determinants of compliance in diabetics. *Health Soc Work* 15 (2):144-51.
- Anderson, R., Freedland, K., Clouse, R., Lustman, P. (2001). The Prevalence of Comorbid Depression in Adults with Diabetes. *Diabetes Care* 24:1069-1078.

- Andersson, S.I. y Ekdahl, C. (1992). Self-appraisal and coping in out-patients with chronic disease. *Scandinavian Journal of Psychology*. 33:289-300.
- Árcega-Domínguez, A., Lara-Muñoz, C., Ponce-de-León-Rosales, S. (2005). Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes. *Revista de Investigación Clínica*. 57 (5):676-684.
- Baele, J., Dusseldorp, E., Maes, S. (2001). Condom use self-efficacy: effect on intended and actual condom use in adolescents. *J Adolesc Health* 28 (5):421-31.
- Barglow, P., Hatcher, R., Wolston, J., Phelps, R., Burns, W., y Depp, R. (1981). Psychiatric risk factors in the pregnant diabetic patient. *American Journal of Obstetric and Gynecology*. 140:46-52.
- Billings, A. y Moos, R. (1981). The Role of Coping Responses and Social Resources in Attenuating the Stress of Life Events. *Journal of Behavioral Medicine*. 4 (2) 139-157.
- Bourne, J. (1995). *The anxiety and phobia workbook*. 2da. Edición. New Harbinger Publications, Inc. USA.
- Brown, B.R., Granick, S. (1983). Cognitive and psychosocial differences between I and E locus of control aged persons. *Exp Aging Res* 9 (2):107-10.
- Buchanan, T. A. y Coustan, D.R. (1996). Diabetes Mellitus. En Burrow & Ferris. *Complicaciones médicas durante el embarazo*. Ed. Médica Panamericana. 4ta. Edición. Argentina.

- Carbonell, MC., Hernández-Moreno, L. (1995). A study of the locus of control in patients with renal transplants. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiat Cienc Afines*. 23 (2):48-51.
- Carpenter, M. W. & Coustan, D. R. (1982). Criteria for Screening test for gestational diabetes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 144: 768 – 73.
- Casique, A. (2007). El locus de control. *Revista panorama administrative*. 1 (2):193-202.
- Cassens, BJ. (1992). The National Medical Series for Independent Study. *Preventive Medicine and Public Health*. 2nd. Edition. Harwal Publishing,. USA. Pp. 146.
- Cockerman, W. *Sociología de la Medicina*. Ed. Prentice Hall. Madrid. 2002.
- Cotler, B., y Guerra, J. (1976). *Assertion training a humanistic behavioral guide to self dignity*. USA. Research Press.
- Craig, A., Franklin, J., Andrews, G. (1984). A scale to measure locus of control of behavior. *British Journal of Medical Psychology*. 57: 173-180.
- Chan, DW. (1993). Components of assertiveness: their relationships with assertive rights and depressed mood among Chinese college students in Hong Kong. *Behav Res Ther* 31 (5):529-38.
- Daniells, S., Grenyer, B., Fracog, W., Coleman, K., Burgess, J. y Moses, R. (2003). Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 26 (2): 385 – 389.

- Davidson, M., Boland, EA., Grey, M. (1997). Teaching teens to cope: coping skills training for adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *J Soc Pediatr Nurs* 2 (2):65-72.
- De Coster, V., Cummings, S. (2004). Coping with type 2 diabetes: do race and gender matter? *Social Work in health Care*. 40 (2): 37- 52.
- De la Fuente, JR y Sepúlveda Amor, J. Diez problemas relevantes de salud pública en México. *Biblioteca de la Salud*. FCE. México, 1999.
- De Moja, CA. (1997). Scores on locus of control and aggression for drug addicts, users, and controls. *Psychol Rep* 80 (1):40-2.
- Deshields, TL., Jenkins, JO., Tait, RC. (1989). The experience of anger in chronic illness: a preliminary investigation. *Int J Psychiatry Med* 19 (3):299-309.
- Dhee-Perot, P., Loas, G., Fremaux, D., Delahousse, J. (1996). Locus of Control in alcoholics: comparative study of 64 alcoholics vs 50 hospitalized patients and 50 normal controls. *Encephale* 22 (6):443-9.
- Díaz-Nieto, L., Galán, S., Fernández, G. (1993). Grupo de autocuidado de diabetes mellitus tipo II. *Salud Pública de México*. 32 (2): 169- 176.
- Dimitrovsky, L., Schapira, E., Itskowitz, R. (1993). Locus of control of Israeli women during the transition to marriage. *The journal of psychology*. 128 (5): 537-545.
- Dupuis, A. (1980). Assessment of the psychological factors and responses in self-manged patients. *Diabetes Care*. 3 (1):117-120.

- Engle, PL., Scrimshaw, SC., Zambrana, RE., Dunkel-Schetter, C. (1990). Prenatal and postnatal anxiety in Mexican women giving birth in Los Angeles. *Health Psychol* 9 (3):285-99.
- Espíndola-Hernández G., Morales-Carmona F., Díaz FE., Pimentel-Nieto D., Meza RP., Henales AC., Carreño MJ., Ibarra AC. (2006). Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada". *Perinatología y Reproducción Humana*. Vol. 20 Núm. 4, 112-122.
- Espíndola-Hernández G., Morales-Carmona F., Díaz FE., Escalante, A., Pimentel-Nieto D., Henales AC., Ibarra A. (2006). Estudio Descriptivo de la población psiquiátrica del Instituto Nacional de Perinatología. *Ginecología y Obstetricia de México*. 74: 476-482.
- Espinoza de los Monteros, A., Parra, A., Hidalgo, R., Zambrano, M. (1999). The after breakfast 50 g, 1 hour glucosa challenge test in urban Mexican pregnant women: Its sensitivity and specificity evaluated by three diagnostic criteria for gestational diabetes mellitus. *Acta Obstetrics and Gynecology Scandinavica*. 78: 1-5.
- Feifer, C. & Tansman, M. (1999). Promoting Psychology in Diabetes Primary Care. *Professional Psychology Research and Practice*. Vol. 30 (1), 14 – 21.
- Feig, D., Chen, E. y Naylor, D. (1998). Self-perceived health status of women three to five years after the diagnosis of gestational diabetes: A survey of cases and matched controls. *American Journal of Obstetric and Gynecology*. 178:386-393.

- Fernández G., Llorente J. (2006). Evaluación de constructos relacionados con las teorías del aprendizaje social – cognitivo en drogodependientes en tratamiento: fiabilidad y validez. *Adicciones*. 18 (3): 251-258.
- Fisher, E.B., Delamater, A.M., Bertelson, A.D., Kirkley, B.G. (1982). Psychological factors in diabetes and its treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 50(6):993-1003.
- Flores, M. (1994). Asertividad: conceptualización, medición y su relación con otras variables. Tesis Doctoral. UNAM, Facultad de Psicología. México.
- Flores, M. y Díaz-Loving, R. Asertividad: Una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones interpersonales. Universidad Autónoma de Yucatán y Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa. México. 2002.
- Free encyclopedia. Locus of Control. Documento electrónico recuperado en junio de 2008. http://en.wikipedia.org/wiki/Locus_of_control
- García J. (2006). Aportaciones de la teoría de las atribuciones causales a la comprensión de la motivación para el rendimiento escolar. *Ensayos* 21:217-232.
- García de Alba, J., Salcedo, V., Covarrubias, C., Colunga, M., Nájjar, M. (2004). Diabetes mellitus tipo 2 y ejercicio físico. Resultados de una intervención. *Revista Médica del IMSS*. 42 (5): 395-404.
- García de Alba, J., Salcedo, A., López, B. (2006). Una aproximación al conocimiento cultural de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el occidente de México. *Desacatos: Revista de Antropología Social*. 21: 97-108.

- Gentili, P., Maldonato, A., Scalabrino, AM. (1996). The influence of psychological factors on the patient's management of diabetes. Critical survey of psychodynamic models on personal management of diabetes. *Minerva Psichiatr* 37 (2):83-90.
- Gilbert & Harmon. (1993). *Manual of High Risk Pregnancy Delivery*. Ed. Mosby. USA. pp. 178 – 214.
- Gómez, M., Morales-Carmona, F., Aretia, A., Gutierrez, E. (1990). Detección de alteraciones emocionales en pacientes obstétricas y ginecológicas. *Ginecología y Obstetricia de México*,58:112-116.
- Gómez-Pérez, F. (1999). Diabetes Mellitus. En de la Fuente, J.R. y Sepúlveda Amor, J. Diez problemas relevantes de salud pública en México. *Biblioteca de la Salud*. FCE. México.
- Gorman L. L. (1995). High-Risk Pregnancy. En O'Hara, Reiter, Johnson, Milburn & Engeldinger. *Psychological Aspects of Women's Reproductive Health*. Springer Publishing Company. USA. Cap.14. 224-247.
- Granger, B., Azais, F., Albercque, C., Debray, Q. (1995). Between anxiety and depression. The status of assertiveness disorders and social phobias. *Ann Med Psychol (Paris)* 153 (3):204-6.
- Gregg EW., Kriska, AM., Narayan, KM., Knowler, WC. (1996). Relationship of locus of control to physical activity among people with and without diabetes. *Diabetes Care* 19 (10):1118-21.

Hadden, DR. (1985). Geographic, ethnic, and racial variations in the incidence of gestational diabetes mellitus. *Diabetes* 34 (Suppl.2):8-12.

Hale, D. (1986). Locus of control and psychological distress among the aged. *International Journal aging and human development*. 21 (1):1-8.

Holder, E., Levi, D. (1988). Mental Health and Locus of Control: SCL-90-R and Levenson's IPC Scales. *J Clin Psychol* 44 (15):753-56.

Holing, E., Beyer, C., Brown, Z. y Connell, F. (1998). Why Don't Women with diabetes plan their pregnancies? *Diabetes Care*. 21 (6): 889 – 895.

Holt, C.L., Clark, E.M., Kreuter, M.W. (2001). Weight locus of control and weight-related attitudes and behaviors in an overweight population. *Addict Behav* 26 (3):329-40.

Hulley, SB. y Cummings, SR. *Diseño de la Investigación Clínica. Un enfoque epidemiológico*. Hartcourt Brace. Madrid, España. 1997.

Instituto Nacional de Perinatología. *Anuario Estadístico 2007*.

Instituto Nacional de Perinatología. *Manual de Normas y Procedimientos de Obstetricia y Ginecología*. 1998.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]: *Mujeres y Hombres en México*. Décima Edición, 2006.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]:
<http://www.ssa.gob.mx/dgei/vitales/cuadro4.html>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]: www.inegi.org.mx

Inzucchi, S. (1999). Diabetes in pregnancy. En Burrow, G. N. and Duffy, T. P. Medical Complications during Pregnancy. Sanders Company. USA. 25-51.

Johnson, J. (1989). The relationship of locus of control to decision making in nursing students. Journal of Nursing Education. 28 (1): 12-17.

Kenney, JW., Bhattacharjee, A. (2000). Interactive model of women's stressors, personality traits and health problems. J Adv Nurs 32 (1):249-58.

Langer, N., Langer, O. (1994). Emotional Adjustment to Diagnosis and Intensified Treatment of Gestational Diabetes. Obstet Gynecol 84:329-34.

Lazarus, A. (1973). On assertive behavior. A brief note. Behavior Therapy. 4:697-699.

Lefcourt HM. Locus of Control. Current Trends in Theory and Research. Second Edition. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. Hillsdale, New Jersey-London, 1982.

Lerman-Garber, I. (1998). Atención Integral del Paciente Diabético. Segunda Edición. Mc Graw – Hill, Interamericana. México.

Littleton, H., Horsley, S., John, S., Nelson, D. (2007). Trauma coping strategies and psychological distress: a meta – analysis. Journal of traumatic stress. 20 (6): 977-988.

Ludtke, H., Schneider, H. (1996). Psychological reports. 78: 363-369.

- Madonna, S. (1996). Self-statements, self esteem and locus of control in discriminating college students' scores on the beck depression inventory. *Psychological reports*. 78: 531-534.
- Martínez-Navarro, F., Antó, JM. *Salud Pública*. Mc Graw Hill - Interamericana. México 1997.
- McRae, D. (1986). The person and diabetes in psychosocial context. *Diabetes Care*. 9 (2): 194 – 204.
- Medina-Mora, M.B., Borges, G., Lara C., Blanco, J.J., Fleiz, B.C., Villatoro, V.J., Rojas, G.E., Zambrano, R.J., Casanova, R.L., Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 26 (4): 1-16.
- Metzger, B. E. (1991). Sumary and recommendations of the third international workshop conference on gestational diabetes mellitus. *Diabetes* 40 Supplement 2: 197-2001.
- Metzger, B. E. & Coustan, D. M. (1998). Organizing Comettee. Sumary and recommendations of the fourth international workshop conference on gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 21 Supplement 2: B161 – 7.
- Miles, W., Blount, J.P., Crowe, P.A. y Singh, S.P. (1996). Diabetic patients' alcohol use and quality of life: relationships with prescribed treatment compliance among older males. *Alcoholims: clinical and experimental research*. 20 (2): 327-331.
- Mills, J., Cullen, T. (1993). Locus of control orientation among obese adults in outpatient treatment for obesity. *The Journal of Psychology*. 128 (3): 333-337.

- Morales Carmona, F. (1996). Reproducción y crisis maduracional. En Lartigue T. y Ávila H. Sexualidad y reproducción humana en México. Vol. 1. Ed. UIA y Plaza y Valdéz. Pp. 279-308.
- Morales-Carmona, F. (1989). Repercusiones emocionales de la reproducción. En Karchmer, S. Temas Selectos en Reproducción Humana. Ed. Instituto Nacional de Perinatología. Cap. 54. Pp. 753-762.
- Morales Carmona F., González CG., Ramos C., Calderón FM. (1990). Situación Marital y emocional de un grupo de mujeres gestantes de alto riesgo. Perinatol Reprod Hum. 4 (2): 63-67.
- Morales-Carmona F., González CG., Valderrama BG. (1988). Perfil de personalidad de un grupo de mujeres embarazadas. Perinatol Reprod Hum. 2 (4):165-174.
- Morales-Carmona, F., Luque, M., Barroso. (2002). Alteraciones Emocionales en una muestra de mujeres mexicanas con eventos ginecoobstétricos. Perinatología y Reproducción Humana. 16 (4): 157 – 162.
- Morales-Carmona, F. Reproducción Humana. En Instituto Nacional de Perinatología. Psicología de la Reproducción Humana: Un enfoque integral. Ed. Trillas. México, D.F. (2002).
- Morales-Carmona, F, Díaz-Franco E, Espíndola-Hernández G, Henales-Almaráz C, Meza-Rodríguez P, Mota-González C, Pimentel - Nieto D. (2005). Concepto de Salud Psicológica. En Temas Selectos de Orientación Psicológica Creando Alternativas. Volumen 1. Ed. Manual Moderno: Universidad Iberoamericana – The University of Scanton.

- Morales-Carmona, F. (2006). Alteraciones emocionales en el embarazo. En Karchmer, S. y Fernández, C. *Obstetricia y Medicina Perinatal: Temas Selectos. Tomo 1.* Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia A.C. México, D.F. 295-305.
- Morales-Carmona, F., Pimentel-Nieto, D., Sánchez, C., Henales, C. (2008). Versión breve (15 reactivos) del cuestionario general de salud para la detección oportuna del malestar psicológico en mujeres. *Ginecología y Obstetricia de México.* 76 (6): 313-318.
- Moos, R. H. y Schaefer, J. A. (1982). Coping Resources and Processes: Current Concepts and Measures. En Golberger, L. y Breznitz, S. (Eds.). *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects.* Free Press. 234-257.
- Moos, R. H. y Billings, A. G. (1982). Conceptualizing and Measuring Coping Resources and Processes. En Golberger, L. y Breznitz, S. (Eds.). *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects.* Free Press. 212-230.
- Moos, R. (1984). Context and Coping: Toward a Unifying Conceptual Framework. *American Journal of Community Psychology.* 12. 5-36.
- Moos, R. H. y Schaefer, J. A. (1986). Life Transitions and Crises. En Moos, R. H. (Ed). *Coping with life crises: An Integrated Approach.* 3-28.
- Moos, R. H. (2005). Contextos sociales, afrontamientos sociales, afrontamiento y bienestar: lo que sabemos y lo que necesitamos saber. *Revista Mexicana de Psicología.* 22 (1): 15-30.

- Neaves, JJ. (1989). The relationship of locus of control to decision making in nursing students. *J Nurs Educ.* 28 (1):12-7.
- Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
- Petrides, P., Petermann, F., Henrichs, HR., Petzoldt, R., Rolver, KM., Schidlmeier, A., Weber, B. y Wendt, A. (1995). Coping with employment discrimination against diabetics: trends in social medicine and social psychology. *Patient Educ Couns* 26(1-3):203-8.
- Peyrot, M. (1994). Structure and correlates of diabetes – specific locus of control. *Diabetes Care.* 17 (9): 994-1001.
- Peyrot, M., Rubin, R. (1997). Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. *Diabetes Care.* 20 (4):585-590.
- Peyrot, M. (2003). Depression: A Quiet Killer by Any Name. *Diabetes Care.* 26(10):2952-2953.
- Pimentel-Nieto, D. (2007). Guía Clínica para la Intervención Psicológica de mujeres embarazadas con endocrinopatías. *Perinatología y Reproducción Humana.* 21: 54-68.
- Ponto, M. T. (1999). Relationship between students' locus of control and satisfaction. *Br J Nurs* 8 (3):176-81.

- Position Statement. (2001). Gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*; 24 Supplement 1. S77-9.
- Pouwer, F., Beekman, A., Nijpels, G., Dekker, J., Snoek, F., Kostense, P., Heine, R., Deeg, D. (2003). Rates and risks for co-morbid depression in patients with type 2 diabetes mellitus: results from a community – based study. *Diabetologia* 46: 892 – 898.
- Ramírez Torres, M. A. (2005). Diabetes Mellitus Gestacional. Experiencia en una institución de tercer nivel de atención. *Ginecología y Obstetricia de México*. 73: 484 – 491.
- Rees, S. y Graham, S. (1991). *Assertion Training. How to be who you really are*. New York: Routledge.
- Reynaert, C., Janne, P. Donckier, J., Buyschaert, M., Zdanowicz, N., Lejeune, D., Cassiers, L. (1995). Locus of control and metabolic control. *Diabetes Metab* 21 (3):180-7.
- Rickert, VI., Neal, WP., Wiemann, CM., Berenson, AB. (2000). Prevalence and predictors of low sexual assertiveness. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 13 (2):88-9.
- Ríos-Torres, JM. y Rull-Rodrigo, JA. (1998). Clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. En Lerman Garber, I. *Atención Integral del Paciente Diabético*. Segunda edición. Mc Graw-Hill Interamericana. México.
- Rowland, J. H. (1989). Developmental Stage and Adaptation: Adult Model. En J. C. Holland y J. H. Rowland (Eds.). *Handbook of Psychooncology*. (pp. 25 - 43). New York, Oxford University Press.

- Ruggiero, L., Spirito, A., Bond, A., Coustan, D., McGarvey, S. (1990). Impact of social support and stress in compliance in women with gestational diabetes. *Diabetes Care* 13:441-43.
- Sánchez, C. (2001). Estudio comparativo e identificación de algunos factores de riesgo individuales y de pareja en mujeres con disfunción sexual. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Sandoval, T. y Oliva, B. (2006). Diabetes gestacional. Diagnóstico en etapas tempranas del embarazo. *Ginecología y Obstetricia de México*. 74: 199-204.
- Schaubroeck, J. y Ganster, DC. En Cooper, CL. y Payne, R. *Personality and stress: individual differences in the stress process*. Wiley & Sons. Great Britain, 1991.
- Sjögren, N. y Hansson, U. (1994). Gestational Diabetes: A case-control study of women's experience of pregnancy, health and the child. *Journal of psychosomatic research*. 38 (8): 815-822.
- Smith, KE., Schreiner, B., Jackson, C., Travis, LB. (1993). Teaching assertive communication skills to adolescents with diabetes: evaluation of camp curriculum. *Diabetes Educ* 19 (2):136-41.
- Spirito, A., Williams, C., Ruggiero, L., Bond, A., McGarvey, S., Coustan, D. (1989). Psychological Impact of the Diagnosis of Gestational Diabetes. *Obstet Gynecol* 73:562-66.

- St. James, P.J., Younger, M.D., Hamilton B.D. y Waisbren, S.E. (1993). Unplanned Pregnancies in Young Women With Diabetes. *Diabetes Care* 16 (12): 1572-1578.
- Surgenor, L., Horn, J., Hudson, S. (2002). Links between psychological sense of control and disturbed eating behavior in women with diabetes mellitus implications for predictors of metabolic control. *Journal of Psychosomatic Research*. 52:121-128.
- Tattersall, R. (1981). Psychiatric aspects of diabetes: a physician's view. *British Journal of Psychiatry*. 139:485-493.
- Troth, A., Peterson, CC. (2000). Factors predicting safe-sex talk and condom use in early sexual relationships. *Health Commun* 12 (2):195-218.
- Turk, DC. y Speers, MA. *Diabetes Mellitus: A Cognitive-Functional Analysis of Stress*. En Burish, TG. y Bradley, LA. *Coping with Chronic Disease. Research and applications*. Academic Press. USA. 1983.
- Universidad Surcolombiana Neiva. Programa de Psicología. Aprendizaje Social. Documento electrónico recuperado en junio de 2008. http://www.mundodescargas.com/apuntes-trabajos/psicologia_t/decargar_aprendizaje-social.pdf
- Vollrath, M. (2001). Personality and stress. *Scandinavian Journal of Psychology*. 42: 335-347.

Vundule, C., Maforah, F., Jewkes, R., Jordaan, E. (2001). Risk factors for teenage pregnancy among sexually active black adolescents in Cape Town. A case control study. S Afr Med J 91 (1):73-80.

Williams, JM., Stout, JK. (1985). The effect of high and low assertiveness on locus of control and health problems. J Psychol 119 (2):169-73.

Williams, G.J. y Cahamove, A. (1990). Eating disorders, perceived control, assertiveness and hostility. British Journal of Clinical Psychology. 29: 327-335.

Wolpe, J. Práctica de la terapia de la conducta. Ed. Trillas. México. D.F. 1993.

Yen S., Jaffe R. & Barbieri R. (2001). Endocrinología de la reproducción. Fisiología, fisiopatología y manejo clínico. 4ta. Edición. Ed. Panamericana. Argentina.

APÉNDICES

- A. Encuesta de Datos Sociodemográficos y Gineco-obstétricos.**
- B. Encuesta de Control Percibido.**
- C. Formato de Registro de la Resolución del Embarazo y Periodo Neonatal Inmediato.**
- D. Cuestionario General de Salud.**
- E. Escala de Respuestas de Afrontamiento.**
- F. Escala Multidimensional de Asertividad.**
- G. Escala de Locus de Control.**

¿Ha requerido ser internada durante su embarazo? SI () NO ()

¿En cuantas ocasiones? _____ veces.

¿Cuántos días estuvo internada en cada una de esas ocasiones?

¿Cuál fue el motivo del internamiento?

¿En algún momento de su embarazo suspendió su tratamiento?

SI () NO ()

En caso de responder SI ¿Cuál fue el motivo? _____

RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Y PERÍODO NEONATAL INMEDIATO

Nombre: _____ Expediente: _____

Semanas de gestación: _____ Pretérmino: < 37 SDG ()
 Término: Entre 37 y 41 SDG ()
 Postérmino: > 42 SDG ()

Trabajo de parto: Espontáneo () Inducido ()

Resolución: Eutócico () Distócico ()
 Cesárea ()
 Fórceps ()

Vía: Abdominal () Vaginal ()

Producto: Hipotrófico ()
 Eutrófico ()
 Hipertrófico ()

Peso: _____ kg.
 Estatura: _____ cm.

Apgar: 1' _____
 5' _____

Capurro: _____
 Silverman: _____

Destino: Observación ()
 Cunero ()
 Alojamiento conjunto ()
 UCIREN ()
 UCIN ()
 Patología ()

Presencia de malformaciones: No () Si ()

Complicaciones: No () Si ()
 ¿Cuáles? _____

CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD

Este es un cuestionario que pretende evaluar su estado general de salud. Para ello han formulado una serie de preguntas o afirmaciones que tienen que ver con los padecimientos más comunes.

Es importante que los conteste en forma individual.

Por favor, lea con cuidado y conteste todas las preguntas. Ponga una **X** en la respuesta, de acuerdo con lo que considere más adecuado para usted. Las preguntas se refieren, exclusivamente a las molestias en las dos últimas semanas.

Por favor si usted padeció estas molestias antes de este tiempo no las tome en cuenta.

	(1)	(2)	(3)	(4)
1. ¿Se ha sentido bien y con buena salud?	Mejor que antes	Igual que antes	Peor que antes	Mucho peor que antes
2. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	No	Como antes	Más que antes	Mucho más que antes
3. ¿Ha tenido la sensación de estar enfermo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
4. ¿Ha tenido dolores de cabeza?	No	Como siempre	Más que siempre	Mucho más que siempre
5. ¿Ha tenido pesadez en la cabeza o la sensación de que la cabeza le va a estallar?	No	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes
6. ¿Ha tenido escalofríos o bochornos?	No	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes
7. ¿Se despierta demasiado temprano y ya no puede volver a dormir	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
8. ¿Se ha sentido lleno de vida y energía?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
9. ¿Ha tenido dificultad para	No	No más	Más que	Mucho

dormirse o conciliar el sueño?		que antes	antes	más que antes
10. ¿Ha tenido dificultad para dormir de un jalón toda la noche?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
11. ¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
12. ¿Ha sentido que por lo general, hace las cosas bien?	Mejor que antes	Igual que antes	Peor que antes	Mucho peor que antes
13. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
14. ¿Siente cariño y afecto por los que le rodean?	Más que antes	Como antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
15. ¿Se lleva bien con los demás?	Mejor que antes	Como antes	Peor que antes	Mucho peor que antes
16. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	Más que antes	Igual que antes	Menos útil que antes	Mucho menos útil que antes
17. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
18. ¿Se siente incapaz de resolver sus problemas?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
19. ¿Disfruta sus actividades diarias?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
20. ¿Se ha sentido irritado y de mal humor?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
21. ¿Se ha sentido asustado y con mucho miedo sin que haya	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que

una buena razón?				antes
22. ¿Se ha sentido triste y deprimido?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
23. ¿Ha perdido confianza y fe en sí mismo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
24. ¿Ha pensado que usted no vale nada?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
25. ¿Siente que no se puede esperar nada de la vida?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
26. ¿Se ha sentido nervioso y "a punto de estallar" constantemente?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
27. ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?	No, para nada	No creo	Alguna vez	Sí
28. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada a causa de sus nervios?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
29. ¿Ha deseado estar muerto y lejos de todo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
30. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?	No, para nada	No creo	Alguna vez	Sí

Escala de Respuestas de Afrontamiento

Escoja algún problema al cual se haya tenido que enfrentar últimamente.

Por favor escriba usted aquí ese problema.

Indique por favor, cuáles de las siguientes situaciones se acercan más a lo que hizo usted frente al problema.

	NO (1)	SI ocasio- nalmente (2)	SI con frecuencia (3)
1. Trató de entender mejor la situación			
2. Platicó sobre el problema con el cónyuge u otro familiar			
3. Platicó con un amigo sobre el problema			
4. Habló con algún profesionalista (médico, abogado, sacerdote)			
5. Rezó para encontrar guía o fortaleza			
6. Se preparó para lo peor			
7. No se preocupó, pensó que todo se resolvería			
8. Cuando se sintió triste o enojado se desquitó con otra persona			
9. Trató de verle el lado			

	positivo a la situación			
10.	Para olvidarse del problema se mantuvo ocupada en otra cosa			
11.	Elaboró y siguió un plan de acción			
12.	Para manejar el problema tomó en cuenta varias alternativas			
13.	Aprovechó la experiencia de situaciones similares en el pasado			
14.	No demostró sus sentimientos			
15.	Tomó las cosas con calma una por una de acuerdo a como se presentaron			
16.	Trató de apartarse del problema para verlo con más objetividad			
17.	Analizó repentinamente el problema para tratar de atenderlo			
18.	Trato de no seguir su primer impulso y actuar con precipitación			
19.	Se dijo a si misma cosas que la ayudaron a sentirse mejor			
20.	Se alejó momentáneamente del problema			
21.	Supo lo que se tenía que hacer y luchó para lograrlo			
22.	En general evitó estar cerca de la gente			

23.	Se prometió a si misma que las cosas serían diferentes próxima vez			
24.	Se negaba a creer que eso hubiera sucedido			
25.	Lo aceptó, nada se podía hacer			
26.	Demostró sus sentimientos de alguna manera			
27.	Buscó ayuda de personas o grupos con experiencia similares			
28.	Intentó o se sometió a sacar algo positivo de la situación			

29. Si algún familiar de los aquí señalados ha fallecido, favor de anotar la edad que usted tenía cuando ocurrió

Padre_____ Madre_____ Hermano (a)

Hijos

30. Alguna otra persona con la que tuvo una estrecha relación, que haya fallecido

¿Quién?_____ Edad de ud.

31. Si sus padres se prepararon y/o divorciaron, ¿qué edad tenía ud.?

32. ¿En alguna época de su vida se ha sentido sola o abandonada? si su respuesta es afirmativa ¿qué edad tenía ud.?

33. ¿Cuándo era niña, con quiénes vivió?

Padre__ Madre__ Abuelos__ Tío__ Otros familiares

Otros no familiares

34. Si no vivió con sus padres, ¿A qué de debió?
Separación de sus padres____ Muerte de sus padres____ Abandono de hogar
Otros __ Especifique
35. Durante su infancia y adolescencia considera usted que la relación con las siguientes personas fué:

Buena Mala Regular

Padre

Madre

Hermanos

Otros

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE ASERTIVIDAD

INTRUCCIONES: Conteste las siguientes preguntas referidas a datos generales. Agradecemos de antemano su colaboración y le recordamos que el cuestionario es confidencial. Los datos serán analizados en forma global, no individual. Gracias.

Nombre: _____ No. de Expediente: _____

Edad: _____

Escolaridad: _____

Sexo:

() Femenino.

() Masculino.

Estado Civil:

() Soltero(a).

() Casado(a).

() Unión Libre.

() Divorciado(a).

A cuánto asciende su ingreso mensual
aproximadamente _____

Trabaja:

() Si

() No

INTRUCCIONES: A continuación hay una lista de afirmaciones. Usted debe indicar en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Hay cinco respuestas posibles. Marque con una **X** la respuesta que daría en cada caso.

- 1.- Completamente en desacuerdo.
- 2.- En desacuerdo.
- 3.- Ni en acuerdo, ni en desacuerdo.
- 4.- De acuerdo.
- 5.- Completamente de acuerdo.

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.- Puedo subir en la vida si tengo suerte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.- Reclamo cuando una persona que llegó después que yo, es atendida antes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.- Si he adquirido boletos para viajar y los cancelan injustamente no dudo en reclamar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.- Los problemas mundiales dependen de los poderosos y no de mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5.- Me cuesta trabajo decir lo que pienso en presencia de mis padres. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6.- Me esfuerzo más cuando compito con otros | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7.- Me da pena pedir libros que he prestado a mis amigos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8.- Si algún artículo que necesito de la tienda no tiene precio le pregunto a la persona encargada. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9.- Puedo llegar a ser alguien importante si tengo suerte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10.-Me es difícil elogiar abiertamente a mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11.-Cuando viajo en un tren o camión y una persona está ocupando el lugar que me corresponde le pido que lo desocupe. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12.-Es importante para mí hacer las cosas mejor que los demás. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13.-Acudo de inmediato a la oficina telefónica a reclamar por un cobro indebido de llamadas que yo no realicé. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14.-Me va bien en la vida porque soy simpático. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15.-En un grupo de amigos doy mi punto de vista sobre el tema aunque no sea igual | | | | | |

al de los demás.	1	2	3	4	5
16.-Las guerras dependen de los gobiernos y no hay mucho que yo pueda hacer.	1	2	3	4	5
17.-Cuando la comida en un restaurante no ha sido cocinada a mi satisfacción me quejo de ello con el mesero.	1	2	3	4	5
18.-Me disgusta cuando alguien me gana.	1	2	3	4	5
19.-Si me molesta la actitud de mi hermano no soy capaz de decirselo.	1	2	3	4	5
20.-Mi éxito en el trabajo dependerá de qué tan agradable sea yo.	1	2	3	4	5
21.-Me cuesta trabajo decirles a mis padres lo que me molesta.	1	2	3	4	5
22.-Mis calificaciones dependen de mí.	1	2	3	4	5
23.-Me da pena decirle a un(a) amigo(a) que no le presto mi carro.	1	2	3	4	5
24.-Tengo éxito si soy simpático.	1	2	3	4	5
25.-Denunciaría a las autoridades pertinentes cualquier violación a los precios oficiales de algún artículo.	1	2	3	4	5
26.-Me quejo cuando hay mal servicio en restaurante o en cualquier otro lugar.	1	2	3	4	5
27.-Mi país está dirigido por pocas personas y lo que yo hago no cambia nada.	1	2	3	4	5
28.-Puedo decirle directamente a mi pareja que algo de su manera de actuar me molesta.	1	2	3	4	5
29.-Prefiero denunciar un abuso de autoridad por teléfono que personalmente.	1	2	3	4	5
30.-Si en un comercio tardan más del plazo					

fijado para la entrega de una mercancía les reclamo.	1	2	3	4	5
31.-Mi éxito dependerá de lo agradable que soy.	1	2	3	4	5
32.-Cuando mis amigos prefieren ir a algún lugar y yo no, se los digo abiertamente.	1	2	3	4	5
33.-Puedo expresar mis sentimientos a mi pareja más fácilmente.	1	2	3	4	5
34.-El éxito depende mí.	1	2	3	4	5
35.-Me cuesta trabajo tomar una decisión sin la aprobación de mis padres.	1	2	3	4	5
36.-Me es más fácil pedir permiso a mis padres de salir a algún lugar por teléfono que personalmente.	1	2	3	4	5
37.-Soy trabajador	1	2	3	4	5
38.-Conseguir un buen empleo depende de mí.	1	2	3	4	5
39.-Me cuesta trabajo decirle directamente a una persona que no tire basura en la calle.	1	2	3	4	5
40.-El problema de la vivienda depende del gobierno	1	2	3	4	5
41.-Me incomodo cuando un amigo(a) me hace comentarios positivos sobre mi persona.	1	2	3	4	5
42.-No dudaría en reclamar mercancía defectuosa.	1	2	3	4	5
43.-Soy dedicado en las cosas que emprendo.	1	2	3	4	5
44.-Puedo expresar mi cariño hacia mis padres con mayor facilidad por medio de tarjetas y/o cartas.	1	2	3	4	5
45.-Me molesta que mis padres me digan los errores que he cometido.	1	2	3	4	5

46.-El problema del hambre esta en manos de los poderosos y nada puedo hacer al respecto.	1	2	3	4	5
47.-Prefiero solicitar un ascenso en mi trabajo por medio de una carta que personalmente.	1	2	3	4	5
48.-Acepto salir con mis amigos aunque no lo desee.	1	2	3	4	5
49.-Consigo lo que quiero si agrado a los demás.	1	2	3	4	5
50.-Expreso con mayor facilidad mi enojo por teléfono a mis compañeros de trabajo que personalmente.	1	2	3	4	5
51.-Me siento bien cuando logro lo que me propongo.	1	2	3	4	5
52.-Puedo decirle a mis padres que actuaron injustamente más fácilmente por medio de una carta que personalmente.	1	2	3	4	5
53.-Muchas puertas se me abren porque tengo suerte.	1	2	3	4	5
54.-Prefiero someterme a las órdenes de mi jefe que expresarle mi desacuerdo.	1	2	3	4	5
55.-Prefiero pedirle un aumento de sueldo a mi jefe por medio de una carta que personalmente.	1	2	3	4	5
56.-Soy cumplido en las tareas que se me asignan.	1	2	3	4	5
57.-Me es difícil negarme a salir con mis compañeros de trabajo	1	2	3	4	5
58.-Me es difícil solicitar a mi jefe permiso para faltar al trabajo.	1	2	3	4	5
59.-Obtener lo que quiero depende de mí	1	2	3	4	5

- 60.-Si una cajera de un establecimiento público me cobra más, se lo hago notar y le pido que rectifique. 1 2 3 4 5
- 61.-Me gusta que lo que hago quede bien hecho. 1 2 3 4 5
- 62.-Cuando un compañero de trabajo pide mi opinión sobre el desempeño de su trabajo soy capaz de decirle francamente que cometió un error. 1 2 3 4 5
- 63.-Me cuesta trabajo expresar mis sentimientos y deseos a mis compañeros de trabajo. 1 2 3 4 5
- 64.-Puedo mejorar mis condiciones de vida si tengo suerte. 1 2 3 4 5
- 65.-Puedo expresar mi punto de vista sobre el trabajo de un compañero con mayor facilidad por teléfono que personalmente. 1 2 3 4 5
- 66.-El éxito en el trabajo dependerá de las personas que están arriba de mí. 1 2 3 4 5
- 67.-Me es difícil expresar afecto a mis compañeros de trabajo. 1 2 3 4 5
- 68.-Disfruto cuando puedo vencer a otros 1 2 3 4 5
- 69.-Soy cuidadoso al extremo de la perfección. 1 2 3 4 5
- 70.-Prefiero disculparme por teléfono que personalmente con un amigo (a) de no haber acudido a una cita. 1 2 3 4 5
- 71.-El éxito en el empleo depende de mí 1 2 3 4 5
- 72.-Me es fácil negarme a acompañar a un amigo a algún lado por teléfono que personalmente. 1 2 3 4 5

73.-Ganarle a otros es bueno tanto en el juego como en el trabajo.	1	2	3	4	5
74.-Si mi jefe inmediato me pide que realice una tarea la cual no es muy clara para mí le digo sinceramente que no sé como hacerla.	1	2	3	4	5
75.-Conservar mi empleo depende de los jefes	1	2	3	4	5
76.-Me cuesta trabajo decirle a mi pareja que "no" ante cualquier situación que me desagrada.	1	2	3	4	5
77.-Mejorar mis condiciones de vida dependerá de las personas que tienen poder.	1	2	3	4	5
78.-No soy capaz de solicitar un aumento de sueldo a mi jefe aunque lo necesite.	1	2	3	4	5
79.-Es importante para mí hacer las cosas cada vez mejor.	1	2	3	4	5
80.-Si una persona se tarda hablando en un teléfono público le digo directamente que se apure.	1	2	3	4	5
81.-Frecuentemente pido disculpas a un amigo sabiendo que yo tengo la razón.	1	2	3	4	5
82.-Mi sueldo dependerá de las personas que tienen el poder económico.	1	2	3	4	5
83.-Me es importante hacer las cosas lo mejor posible.	1	2	3	4	5
84.-Me es difícil elogiar abiertamente a un compañero de trabajo.	1	2	3	4	5
85.-Me da pena pedir favores a mis compañeros de trabajo.	1	2	3	4	5
86.-Si mi jefe me critica injustamente me retiro de inmediato sin decir nada.	1	2	3	4	5

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 87.-Mi éxito dependerá de los poderosos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 88.-Me gusta resolver problemas difíciles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 89.-Expreso abiertamente amor, cariño y afecto a mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 90.-Acepto todas las ordenes que mi jefe me impone por temor a perder el trabajo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 91.-Una vez que empiezo una tarea persisto hasta terminarla. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 92.-Mejores puestos en el trabajo dependen de la suerte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ESCALA DE LOCUS DE CONTROL DE ROTTER

Este es un cuestionario para encontrar la forma en que ciertos acontecimientos importantes en nuestra sociedad afectan a distintas personas. Cada pregunta consiste en un par de alternativas marcadas con los incisos **A** y **B**. Por favor elija una de las afirmaciones de cada pregunta asegurándose de seleccionar la opción que usted considere que es verdad en su caso y no la que crea que debería escoger o la que le gustaría que fuera verdad. Este cuestionario evalúa creencias personales, por lo que no hay respuestas correctas ni incorrectas.

Conteste las preguntas cuidadosamente, pero no tome mucho tiempo decidiendo su respuesta. Marque con una **X** en la línea de la izquierda su opción garantizando seleccionar una afirmación en cada reactivo. No deje ninguna pregunta sin contestar.

En algunos casos usted descubrirá que tanto la opción **A** como la **B** se ajustan a su forma de pensar o que no puede elegir ninguna, en dado caso, seleccione la que más se apegue a sus convicciones. Trate que sus respuestas sean independientes unas de otras, no se deje influenciar por los incisos que conteste previamente.

Recuerde: seleccione la afirmación que crea más cierta en su caso.

Creo firmemente que:

1. ___ A Los niños se meten en problemas porque sus padres los castigan mucho.
___ B Actualmente, el problema con la mayoría de los niños es que sus padres son muy consecuentes con ellos.
2. ___ A Muchas de las cosas tristes en la vida de la gente se deben en parte a la mala su.
___ B La mala suerte de la gente es el resultado de sus errores.
3. ___ A Una de las principales razones por las cuales existen las guerras se debe a que la gente no se interesa lo suficiente en la política.
___ B Siempre existirán las guerras, no importa cuánto se esfuerce la gente en prevenirlas.
4. ___ A Al final, la gente adquiere el respeto que se merece en este mundo.
___ B Desafortunadamente, el valor de una persona muchas veces pasa desapercibido, no importa qué tanto se esfuerce.
5. ___ A La idea de que los maestros son injustos con los alumnos es absurda.
___ B La mayoría de los estudiantes no se dan cuenta hasta qué punto las calificaciones que sacan dependen de la suerte.

6. ___ A Uno no puede ser un líder efectivo sin que rompa las reglas.
___ B Las personas capaces que no logran ser líderes, son aquellas que no han sabido aprovechar las oportunidades.
7. ___ A No importa que tanto te esfuerces, hay gente a la que simplemente no le vas a caer bien.
___ B La gente que no logra caerle bien a los demás, no sabe llevarse con otros.
8. ___ A Nuestra personalidad esta determinada principalmente por la herencia.
___ B Las experiencias que uno tiene en la vida son las que determinan como somos.
9. ___ A Frecuentemente me doy cuenta que siempre pasa lo que tiene que pasar.
___ B Confiar en el destino nunca me ha funcionado bien cuando tengo que tomar una decisión para algo definitivo.
10. ___ A Es muy raro que los estudiantes bien preparados consideren un examen injusto.
___ B Muchas veces las preguntas de los exámenes no tienen relación con el trabajo en clase, por ello estudiar es realmente inútil.
11. ___ A Tener éxito es cuestión de trabajar duro. En esto, la suerte tiene muy poco o nada que ver.
___ B Conseguir un buen trabajo depende principalmente de estar en el lugar y en el momento correcto.
12. ___ A El ciudadano promedio puede influir en las decisiones del gobierno.
___ B El mundo está en manos de poca gente en el poder y no hay mucho que la gente común pueda hacer al respecto.
13. ___ A Cuando hago planes, estoy casi seguro (a) de que puedo llevarlos a cabo.
___ B No siempre es sabio planear el futuro porque muchas cosas, de cualquier modo, dependen de Dios o de la mala suerte.
14. ___ A Hay ciertas personas que simplemente no son buenas.
___ B Hay algo bueno en todas las personas.
15. ___ A En mi caso, lograr lo que quiero tiene poco o nada que ver con la suerte.
___ B Muchas veces debemos simplemente decidir que hacer echando un volado.
16. ___ A Lograr ser el jefe, depende en muchas ocasiones de tener suficiente suerte de estar primero en el sitio correcto.
___ B Lograr que las personas hagan lo correcto depende de la habilidad; la suerte tiene poco o nada que ver con ello.
17. ___ A Diferentes acontecimientos mundiales son preocupantes, la mayoría de nosotros somos víctimas de fuerzas que no podemos entender ni controlar.
___ B Al tomar parte activa en cuestiones políticas y sociales, la gente puede controlar lo que pasa en el mundo.

18. ___ A La mayoría de las personas no se dan cuenta hasta que grado sus vidas están controladas por hechos accidentales.
___ B En realidad la suerte no existe.
19. ___ A Uno debería estar siempre dispuesto a aceptar sus errores.
___ B Generalmente es mejor ocultar nuestros errores.
20. ___ A Es difícil saber si realmente le caes bien o no a una persona.
___ B El número de amigos que tengas depende de qué tan agradable seas como persona.
21. ___ A A final de cuentas, las cosas malas que nos pasan se equilibran con las buenas.
___ B Muchas veces la mala suerte es el resultado de la falta de habilidad, ignorancia, flojera o de la combinación de las tres.
22. ___ A Podemos acabar con la corrupción política si nos esforzamos lo suficiente.
___ B Es difícil para las personas tener control sobre las cosas que los políticos hacen en sus puestos.
23. ___ A Algunas veces no comprendo como los maestros califican a sus alumnos.
___ B Existe una relación directa entre que tanto me esfuerzo en estudiar y las calificaciones que obtengo.
24. ___ A Un buen líder espera que la gente decida por sí misma lo que debe hacer.
___ B Un buen líder deja claro a todos cual es su trabajo.
25. ___ A Muchas veces siento que tengo poca influencia sobre las cosas que me pasan.
___ B Es imposible creer que el azar o la suerte jueguen un papel importante en mi vida.
26. ___ A Las personas están solas porque no tratan de ser amigables.
___ B No sirve mucho esforzarse por agradar a la gente; si les caes bien, les caes bien.
27. ___ A Se le da demasiada importancia al deporte en las escuelas.
___ B Los deportes en equipo son una excelente manera para formar el carácter.
28. ___ A Lo que me sucede es producto de mi propio esfuerzo.
___ B A veces siento que no tengo suficiente control sobre la dirección que mi vida está tomando.
29. ___ A La mayoría de las veces no entiendo por qué los políticos se comportan como lo hacen.
___ B A fin de cuentas, la gente es responsable del mal gobierno ya sea local o nacional.