



Intervención psicológica institucional oportuna en pacientes embarazadas con diabetes mellitus

Diana Pimentel-Nieto,* Francisco Morales-Carmona,‡ Claudia Sánchez-Bravo,§
Pilar Meza- Rodríguez^{||}

* Psicóloga Clínica adscrita al Departamento de Psicología.

‡ Jefe del Departamento de Psicología.

§ Dra. Investigadora C adscrita al Departamento de Psicología.

^{||} Mtra. Investigadora A adscrita al Departamento de Psicología.

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

RESUMEN

En el campo de la salud se sabe que la intervención oportuna conlleva un mejor resultado y pronóstico respecto de aquello que se atiende y la intervención a la salud mental no es una excepción. Por una parte, la psicología, dentro de las instituciones, centra su atención en pacientes que acuden a ella por encontrarse médicamente enfermos, o bien porque experimentan un proceso que debe ser médicamente atendido. Ambas circunstancias tienen un efecto en la esfera psíquica y emocional del individuo, cuya respuesta no puede ser considerada como psicopatológica por tratarse de una reacción esperada frente a los hechos que se enfrentan. Por otra parte, la especialización ha llevado a que la intervención concentre a diferentes disciplinas en la atención integral del paciente. La interdisciplinariedad tiene un efecto en la relación costo-beneficio dada la necesidad de establecer acciones que posibiliten la prevención de padecimientos mentales, así como la optimización de recursos mediante una derivación y atención selectiva de pacientes. Sin embargo, cuando se trata la salud mental el equipo de salud no siempre tiene bien delimitados los criterios de derivación para atención psicológica. Es por ello que en el presente escrito pretendemos describir algunas pautas que permitan al personal de salud tomar la decisión de solicitar apoyo al personal de psicología para la atención de los pacientes; en particular se harán algunas consideraciones hacia la paciente diabética que cursa con un embarazo de riesgo.

Palabras clave: Diabetes mellitus, embarazo, intervención psicológica.

ABSTRACT

On the healthcare field it is well known that a timely intervention leads to better results and prognosis in regard of what is being taken care of and a timely intervention in the mental healthcare is no exception to such affirmation. Psychology inside the healthcare institutions focuses its attention towards patients because they are sick or they are undergoing a process that needs medical attention. It is clear that in both circumstances there is an effect in the emotional and psychic sphere of the person and specialization has led medical intervention to concentrate different disciplines for the comprehensive and integral care of the patient. The interdisciplinary has an effect in the relation between costs-benefits due to the importance of establishing actions tending to prevent mental disorder as to the optimization of the resources through the reference and selective attention of patients. Nevertheless, when we have an issue of mental health, the healthcare professionals don't always have well specified criteria for referring the patient to psychological treatment. If we recognize the necessity of referring the patient to a specialist, we can speed up and make easier the resolution of the patient's problem in the institution. This is why in the present document our intention is to describe certain guidelines to help the healthcare staff make the timely decision for referring the patient to the psychological staff for. We will emphasize towards the patient diagnosed with diabetes with a risky pregnancy.

Key words: Diabetes mellitus, pregnancy, psychological intervention.

INTRODUCCIÓN

En el campo de la salud se sabe que las intervenciones oportunas logran mejores resultados y pronóstico respecto de aquello que se atiende; la intervención en la salud mental no es una excepción respecto a dicha afirmación. Para que esto ocurra, en el caso de la asistencia psicológica en una institución de salud ha sido necesario reconsiderar un conjunto de conceptos y objetivos de intervención dadas las características de la población.

Dentro de las instituciones de salud, la psicología centra su atención en pacientes que acuden a ella por encontrarse médicamente enfermos o bien porque experimentan un proceso morboso que requiere ser médicamente atendido. Claro está que ambas circunstancias tienen un efecto en la esfera psíquica y emocional del individuo cuya respuesta no puede ser considerada como psicopatológica, ya que se trata de una reacción esperada frente a los hechos que enfrenta.

Por consecuencia, definimos el concepto de malestar psicológico como aquella respuesta emocional reactiva a un evento o circunstancia que no cumple con los criterios nosológicos para un trastorno mental, no obstante que presenta una incomodidad subjetiva.¹ En muchos casos, su catalizador es un evento que se considera crítico porque demanda respuestas adaptativas para su resolución, lo que genera una desorganización temporal y una incapacidad para abordar la situación con los recursos psicológicos con los que se cuenta. Por sus características, el malestar psicológico implica cambios emocionales y conductuales de intensidad variable, de curso breve, rápida evolución y buen pronóstico a expensas de la solución al problema desencadenante.²

Por otra parte, la especialización ha llevado a que la intervención concentre diferentes disciplinas en la atención integral del paciente. De manera particular, las instituciones cuentan con diferentes servicios de interconsulta que, más que esfuerzos aislados, ejercen acciones integrales y articuladas en beneficio de las necesidades de los pacientes, así como de la optimización de recursos humanos mediante el uso de procedimientos efectivos.

En segundo plano, pero no menos importante, la interdisciplinariedad tiene un efecto en la relación costo-beneficio dada la trascendencia de

establecer acciones que posibiliten la prevención de padecimientos mentales, así como la optimización de recursos mediante una derivación y atención selectiva de pacientes. Se ha documentado que los pacientes con diabetes mellitus y depresión tienen costos significativamente más altos que aquellos que no padecen depresión y que estos costos disminuyen cuando se toman medidas de atención primaria oportuna.^{3,4} Desde esta aproximación, la comprensión del comportamiento permite al psicólogo anticipar y promover conductas que se acerquen a las condiciones que se requieren para la aplicación de acciones eficaces y eficientes, con el mínimo de recursos y el máximo de beneficios.⁵ Sin embargo, cuando se trata la salud mental el equipo de salud no siempre tiene bien delimitados los criterios de derivación para la atención psicológica, lo que pospone la atención oportuna e incluso llega a impedir o limitar el beneficio de las acciones que inciden directamente con aspectos de índole psicoafectiva de los pacientes que, cuando no son atendidos, repercuten en una mayor demanda de servicios de manera innecesaria, problemas de adherencia terapéutica, complicaciones a la salud, etc.

Distinguir la necesidad de interconsultar a un especialista en la institución agiliza y facilita la resolución de la problemática del paciente. Es por ello que en el presente escrito pretendemos describir algunas pautas que permitan al personal de salud solicitar apoyo al personal de psicología para la atención de pacientes; en particular se harán algunas consideraciones hacia la paciente diabética que cursa con un embarazo de riesgo.

La intervención psicológica en las instituciones de salud puede definirse como aquellos procedimientos que aplicados en este campo tienen como objetivo integrar acciones psicoterapéuticas que redunden en el tratamiento integral de los pacientes, mediante la caracterización y prevención de reacciones emocionales asociadas a los eventos médicos y a los eventos de la población en riesgo psicosocial, además de aminorar las consecuencias que impactan al evento médico en aquellos casos en que un trastorno mental se encuentra establecido, ofreciendo en ambos casos una respuesta operativa para el manejo del paciente durante el curso de su atención por parte del equipo de salud en general.⁶

Morales Carmona y Díaz (2000)⁷ han señalado que una de las características de la intervención psicoló-

gica en las instituciones médicas debe cumplir con el propósito de integración al equipo interdisciplinario para satisfacer las demandas de la institución y de la población que atiende. Es decir, el profesional de la salud mental se inserta dentro del equipo de salud institucional para brindar apoyo en aquellos casos en que las alteraciones emocionales constituyen una barrera para el tratamiento eficaz, así como para la detección y prevención tanto de complicaciones médicas como emocionales del paciente. Se reconocen tres grandes grupos que pueden ameritar atención clínica; éstos son: 1) cuando la problemática psicológica altera patrones de conducta en la vida del paciente directa o indirectamente a su padecimiento, 2) cuando el padecimiento, motivo de atención repercute sobre la estabilidad emocional, individual, de pareja y/o familiar y 3) si existe riesgo psicológico potencial respecto de su salud global.

Una de las implicaciones operativas de lo anteriormente dicho es que el objetivo de la intervención psicológica institucional no tiene que ver con la enfermedad mental en sí misma, sino con la manera en cómo el evento médico repercute en la vida de aquel que lo padece y en su experiencia emocional. Sólo una mínima proporción corresponde a casos que cursan con un trastorno mental; en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes corresponde al 1.8% de la población atendida.⁸ En consecuencia, la motivación del paciente para recibir atención psicológica se encuentra altamente relacionada con encontrar respuestas que mitiguen o resuelvan su padecimiento, o bien, de alcanzar el resultado que considera idóneo respecto del evento que cursa. El beneficio inmediato para la institución radica en la adherencia de las pacientes a los protocolos de manejo, teniendo como consecuencia una resolución óptima del motivo inicial de atención.

La evaluación del estado emocional de la paciente requiere de personal especializado debido a que son múltiples las variables para definir si una persona se encuentra en riesgo psicológico o si sus características psicológicas impactarán el curso de la enfermedad y/o el evento obstétrico. No obstante, existen condiciones que de ser observadas pueden facilitar al personal de salud la toma de decisiones para derivar a la paciente a atención psicoterapéutica.

Considerando el contexto institucional, Morales Carmona y Díaz (2000)⁷ informan que la referencia oportuna de las pacientes en la práctica cotidiana

puede llevarse a cabo sin la realización de un examen especializado por parte del psicólogo. Para ello, se han implementado estrategias de tamiz mediante la investigación de variables predictoras de problemática emocional, las cuales pueden ser fácilmente identificadas por el personal no especializado en su práctica cotidiana.

Los siguientes párrafos pretenden señalar algunos indicadores y observaciones clínicas que facilitarán que el personal multidisciplinario en el campo de la salud pueda distinguir, dentro de su práctica, diferentes riesgos y necesidades de atención psicoterapéutica con el fin de derivar en forma adecuada y oportuna a las pacientes. Cabe señalar que dichos indicadores y observaciones clínicas son el tamiz inicial para el personal no especializado en salud mental, pero la evaluación del caso y la definición del tratamiento deberán hacerse por el profesional experto en psicología. De manera particular, se señalan aquellos indicadores útiles para la derivación de las pacientes embarazadas con diabetes mellitus.

Es pertinente hacer notar que la presencia del indicador en sí mismo no debe interpretarse como motivo único para la derivación de pacientes puesto que cada uno de ellos de manera aislada no es suficiente. Sin embargo, la conjunción de observaciones descritas permite al personal tomar decisiones para enviar a las pacientes al Servicio de Psicología, en cuyo caso deberá ser sometido a una evaluación especializada que contemple los datos clínicos de manera integral y lleve a cabo una anamnesis respecto de la etiología, contexto, cronicidad, congruencia, pertinencia, persistencia, evolución, temporalidad, intensidad y recurrencia que, junto con el juicio clínico, defina la intervención adecuada para el caso en particular.

Manifestaciones clínicas de carácter físico. Quejas somáticas y referencia multisintomática de manera persistente, intensa y con mucha incomodidad, así como sentimiento de cansancio y agotamiento injustificados.

La presencia de múltiples síntomas médicos son asociados con estados depresivos y éstos tienen como consecuencia la demanda innecesaria de consultas médicas y de urgencia.^{3,9} Es frecuente que la paciente con diabetes mellitus atribuya dichas manifestaciones a la enfermedad sin justificación alguna y utilizando como aval la información popular o que en otras ocasiones corresponda a limitaciones propias de las complicaciones en etapa avanzada de la enfermedad.

Manifestaciones clínicas de carácter afectivo.

La presencia de respuestas emocionales muy alteradas respecto del evento detonador o que llegan a dificultar el proceso médico puede ser motivo de atención psicoterapéutica y, dependiendo de la intensidad y la desorganización que generan, pueden definir la urgencia y premura de la intervención. Los cambios se observan en manifestaciones de tipo eufórico, disfórico, ansioso o mixto.⁵ Algunos de los síntomas asociados a estos cuadros clínicos son: sentimientos de desamparo, aflicción, tristeza, inadecuación, confusión, impotencia, ansiedad, miedo, impulsividad, agresión, hiperactividad o actividad disminuida, culpa, intolerancia, etc.

Es importante detectar y derivar a las pacientes en tales circunstancias debido a que se ha demostrado que el estado de ánimo en mujeres con diabetes gestacional se asocia con el grado de control glucémico.¹⁰

Características relacionadas al funcionamiento global. Se refiere al desempeño personal en las diferentes áreas de la vida del sujeto. Hay que considerar una referencia psicológica cuando se observen dificultades en el desempeño de las actividades cotidianas y que se reflejan en problemas de interacción e interrelación de pareja, familiar y social, así como limitaciones para acudir al trabajo y que interfieren en la experiencia de bienestar del individuo. Respecto de este campo se han informado cambios en patrones del comportamiento sexual, alimentación, ciclo sueño-vigilia y de la atención (distractibilidad) como indicadores de malestar psicológico.⁵ La presencia de diabetes mellitus tipo 1 y 2 tiene efecto en el funcionamiento global de quien la padece debido a que merma la calidad de vida, hecho que se asocia con manifestaciones clínicas depresivas.^{11,12}

Recursos psicológicos personales. Éstos tienen que ver con una sensación personal hacia la capacidad para resolver las demandas de la vida y lo que ésta impone. La rigidez de carácter, las características de una personalidad pasiva, dependiente y evasiva son de riesgo para la resolución de las demandas de la enfermedad y los tratamientos necesarios hacia la diabetes mellitus. La referencia personal respecto de la percepción de incapacidad para enfrentar y resolver las demandas de la enfermedad es un buen predictor de lo que una paciente identifica como dificultad hacia sus conductas y dificultades de autocuidado. Sabemos que el 60.7% de mujeres a las que se les diagnostica diabetes gestacional perciben el hecho como algo extremo que les afecta mucho.¹³

Presencia de eventos críticos evidentes. En el curso de la vida, todos los seres humanos están expuestos a eventos críticos que generan malestar psicológico y que demandan respuestas adaptativas frente a los hechos. Existen eventos críticos que por sus características la mayoría de las personas ubican como disruptores del equilibrio afectivo; la violencia intrafamiliar y el abuso sexual son un ejemplo de ello. Sin embargo, lo crítico de un evento se relaciona directamente con la capacidad de respuesta del individuo frente al evento, de sus recursos psicológicos, de la representación simbólica y afectiva y del contexto histórico personal. Frente a un evento crítico, es importante contemplar el grado de interferencia al funcionamiento global del individuo, la secuencia y duración del o los diferentes sucesos que de forma simultánea complican el estado emocional incrementando la demanda de respuesta y ajuste. Cuando un evento se mantiene sin resolución o cuando eventos estresantes aumentan se favorece la aparición de estados emocionales crónicamente alterados y, por ende, motivo de atención y apoyo psicológico.

En el campo institucional es factible distinguir los siguientes eventos críticos:

Eventos relacionados con un proceso de maduración. Como parte del desarrollo humano, los individuos atraviesan por diferentes procesos de maduración que son críticos, debido a lo novedoso de las demandas y las exigencias, las cuales se imponen con la ganancia primordial hacia el crecimiento y madurez que aportan; la pubertad, la adolescencia, la elección reproductiva y el climaterio son ejemplos de crisis relacionadas con la maduración y estrechamente vinculados con aspectos biosociales y de gran impacto en la esfera emocional y que gracias a la adaptación, el individuo obtiene mejores recursos psicológicos que se mantienen en el tiempo y al servicio de su persona.

La presencia simultánea de procesos de maduración y eventos críticos, como la diabetes mellitus, puede ser motivo de solicitud de atención clínica; durante este proceso, el individuo puede ser vulnerable en sus capacidades y recursos, afectando también las acciones necesarias para el cuidado de la enfermedad.

Eventos relacionados con el proceso reproductivo. La reproducción evidencia diferentes eventos que se manifiestan como una crisis, debido a que cumplen con las cualidades anteriormente

descritas pero que no necesariamente forman parte del desarrollo del individuo, pero cuando se presentan pueden promoverlo o estancarlo de acuerdo a la resolución a que se llegue. De manera particular, en la mujer resultan de interés psicológico debido a que son eventos que se encuentran estrechamente relacionados con su identidad y papel de género.^{1,14} Los eventos críticos vinculados a la reproducción son el embarazo, la imposibilidad reproductiva y la pérdida gestacional, por mencionar algunos. En el caso de mujeres con diabetes gestacional se detectó que aquellas con más de dos pérdidas gestacionales se mantenían bajo control glucémico, no obstante una experiencia afectiva de ansiedad y en ocasiones bajo procesos de duelo no resuelto.

Embarazo de alto riesgo. El embarazo es un proceso biológico en el cual la mujer experimenta cambios físicos y fisiológicos, por lo que amerita atención médica.¹⁵ No obstante, también evidencia importantes cambios a nivel psicosocial, tanto en ella como en su pareja. Espíndola-Hernández (2006)¹⁶ señala que el embarazo en general y la primera gestación en particular son eventos que propician cambios en el funcionamiento mental de la mujer. Cuando existen factores maternos y/o fetales que potencialmente afectan de manera adversa en el resultado del embarazo, se dice que hay un embarazo de alto riesgo, lo que aumenta la problemática emocional depresiva y ansiosa, los sentimientos de ambivalencia y los miedos y culpa.¹³ Así mismo, se ha demostrado que el embarazo no planeado, el número de gestaciones, abortos y óbitos contribuyen significativamente en el malestar psicológico de la mujer con reacciones, particularmente, de ansiedad y depresión.^{14,17} Por lo tanto, es importante considerar la derivación de una paciente a atención psicológica cuando exista riesgo hacia la vida materno-fetal, defecto congénito, enfermedades agregadas, óbito, pérdida gestacional recurrente, amenaza de parto pretérmino y embarazo múltiple. Específicamente, las pacientes con diabetes gestacional que tienen más de tres embarazos, más de dos partos y más de dos hijos vivos presentan en forma significativa mayor riesgo de descontrol glucémico en el curso del embarazo, por lo que son criterios que pueden ser útiles para la derivación a consulta psicológica.¹³

Eventos relacionados con un proceso de enfermedad. Cualquier padecimiento que altere el funcionamiento normal del organismo, conlleva

el sentido de enfermedad y por ello, la necesidad de recibir atención; dependiendo del tipo de enfermedad y su gravedad o compromiso con la vida, el impacto emocional tendrá matices particulares. Los padecimientos crónico-degenerativos son los que mayor demanda y limitaciones imponen, independientemente del tipo de enfermedad de la que se trate. Los siguientes eventos son parte de un proceso que el individuo tiene que enfrentar y que pueden llegar a ser motivo de atención psicológica.

El proceso de detección y diagnóstico de una enfermedad es un evento importante debido a que marca el cambio de percepción respecto de sí mismo como pérdida de la salud. Presentar fases agudas o críticas en el curso y evolución de la enfermedad, tratamientos muy demandantes, que se perciben como indeseables o difíciles de llevar a cabo, procedimientos invasivos y mal pronóstico hacia la salud pueden requerir apoyo psicoterapéutico debido a que se asocian con reacciones depresivas y ansiosas.¹⁸⁻²⁰

En el caso de las pacientes con diabetes mellitus se sabe que la experiencia, las creencias y la información respecto de la enfermedad y los cambios en el estilo de vida que impone la enfermedad, afectan emocionalmente a la persona más que la enfermedad en sí misma.^{21,22} De manera particular, se documentan reacciones depresivas debido a la pérdida de la función endócrina.²³

Así mismo, es importante observar y canalizar a las pacientes con hiperglucemia o hipoglucemias, y a los pacientes con complicaciones por diabetes (tanto en número como por severidad), debido a que tales eventos se encuentran asociados a estados depresivos.^{11,20,24,25} De igual manera debe considerarse a las pacientes que por experiencias de enfermedad dificulten su incorporación a la vida cotidiana.

Las mujeres con diabetes gestacional tipo B1 y A2 y aquellas que requieren tratamiento con base en insulina, es factible que presenten problemas de control glucémico y que las consecuencias afecten el pronóstico fetal. Así mismo, mientras más tempranamente se detecte la diabetes gestacional más expuesta se encuentra la mujer al descontrol glucémico durante el embarazo, y también, al confirmar la diabetes al término del embarazo confrontando el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Aquellos casos en que el diagnóstico de diabetes gestacional se realice antes de la semana 20 de la gestación pueden ser considerados dentro de este riesgo y por ende, ameritar atención psicológica.¹³

Adherencia terapéutica. La falta de apego a los planes terapéuticos es motivo de atención psicológica, debido a que ésta puede repercutir en complicaciones, limitaciones e incluso secuelas irreversibles y progresivas en el paciente, así como un alto costo institucional respecto del uso de recursos técnicos, terapéuticos y humanos propiciando, así, la prolongación y resistencia al tratamiento y la presencia de recaídas y readmisiones evitables. Los eventos asociados con dificultades en la adherencia terapéutica tienen que ver con cualquier problema que interfiera en el proceso de cumplimiento en la prescripción terapéutica, ya sea porque se percibe difícil de cumplir o por errores de omisión, dosis, horario, etc. La automedicación y la suspensión o implementación incompleta o deficiente de indicaciones terapéuticas es un grave problema en la adherencia.

Por otra parte, problemas en la relación médico-paciente, la inasistencia a consultas, factores como una actitud pasiva hacia el tratamiento y sus demandas o la dependencia de otros para el cumplimiento de la prescripción, son características que tienen que ver con el individuo y que repercuten directamente en su tratamiento, implicando el atender conductas hacia el autocuidado.

En pacientes con diabetes mellitus se ha demostrado que los problemas de adherencia terapéutica y el descontrol glucémico se asocian con factores de tipo psicológico y con el estado de ánimo depresivo, además de que algunas consecuencias de ello son la presencia de complicaciones por diabetes, mal funcionamiento global y afectación en la calidad de vida.^{3,9,10,13,20}

De manera específica, en el caso de pacientes con diabetes gestacional es importante derivar a evaluación psicológica aquellas mujeres que presenten los siguientes factores de riesgo y que han demostrado contribuir al descontrol glucémico: edad mayor a 34 años, mujer laboralmente activa, tener más de tres gestaciones, más de dos partos o más de dos hijos vivos, edad gestacional menor a 20 semanas, contar con un diagnóstico de diabetes gestacional B1 o A2, requerir insulina para su tratamiento, contar con al menos dos hospitalizaciones durante el embarazo con estancia de cuatro días o más y que se refiera una “total adherencia terapéutica”; consecuencia de una respuesta que corresponde más a la deseabilidad social que a los hechos reales.

Hospitalización. Un evento como la hospitalización es un disruptor que puede propiciar estados

emocionales alterados y ansiedades de tipo reactivo a la circunstancia hospitalaria y agudos en su manifestación.²⁶ Raffo (2005) (citado en Espíndola Hernández y colaboradores²⁶) considera que el proceso de hospitalización exige dejar de ejercer roles familiares, sociales, laborales y asumir el papel de paciente. Dicha situación lleva al paciente a enfrentar una alteración brusca del ritmo de vida, separación de la familia, enfrentar un lugar con personas extrañas, experiencias amenazantes, dolor físico y psicológico, así como soledad y pérdida de la privacidad. Evidentemente, la hospitalización se asocia con un motivo, el cual debe ser considerado de manera conjunta; la hospitalización en una mujer embarazada con diabetes mellitus que ingresa por descontrol glucémico implica la atención a diferentes eventos críticos como el embarazo como evento crítico de alto riesgo, la diabetes mellitus como enfermedad, el descontrol glucémico como parte necesaria para su tratamiento y pronóstico, la adherencia terapéutica y la experiencia asociada a la hospitalización propiamente dicha.

En general, los procesos de hospitalización prolongada y hospitalizaciones recurrentes son motivo de evaluación psicológica. Es necesario analizar si tales hechos se encuentran vinculados como consecuencia de un problema crónico, producto de un procedimiento necesario en el curso de la enfermedad o como consecuencia directa de fallas en la adherencia terapéutica. En el caso de mujeres con diabetes gestacional se demostró la necesidad de solicitar una interconsulta psicológica cuando se presentan más de dos eventos de hospitalización por descontrol glucémico y cuando la estancia hospitalaria se prolonga por más de cuatro días.

Por su parte, Espíndola-Hernández (2006)²⁶ describe las siguientes observaciones clínicas asociadas a un estado mental alterado en pacientes obstétricas y ginecológicas hospitalizadas: desorientación en tiempo, espacio y/o persona, estados alterados de la conciencia, estado de ánimo bajo o expansivo y elevado, llanto fácil o intenso, ansiedad con manifestaciones neurovegetativas como palpitaciones, piloerección, disnea, opresión torácica, etc.; inquietud y lenguaje en tono bajo y/o alto con ritmo lento o muy acelerado.

Estresores sociales. Implica reconocer el contexto sociocultural en que el paciente se encuentra inmerso, la desorganización del funcionamiento en relaciones de pareja, familiares, laborales y/o sociales en general y carecer de redes de apoyo, re-

cursos sociales y recursos económicos, los cuales son circunstancias que exponen a riesgos emocionales debido a que estos factores ponen a la persona en desventaja. En pacientes con diabetes se ha detectado que los siguientes estresores sociales contribuyen a la depresión: baja escolaridad, bajo ingreso económico, ser adolescente, ser madre soltera, tener hijos pequeños y limitaciones para enfrentar la vida social y familiar.²³⁻²⁷

Iniciativa propia. Es relevante contemplar la derivación de pacientes que por iniciativa propia demandan atención psicológica, en cuyo caso amerita evaluarse la motivación y las necesidades particulares hacia el tratamiento, los alcances institucionales y la probable derivación a centros de atención especializada acorde con ello.

Finalmente, es necesario hacer algunas recomendaciones al personal, las cuales resultan importantes para el manejo de pacientes con el objetivo de evitar complicaciones hacia la respuesta emocional y que promoverán una adherencia a las intervenciones institucionales necesarias.

- Proporcionar la información necesaria de manera amplia, clara y precisa; hacerlo cuantas veces sea necesario, promoviendo la expresión de dudas y aclararlas mediante el uso de un lenguaje sencillo y directo.
- Constatar la comprensión de información respecto a la problemática de salud, los tratamientos necesarios y las expectativas respecto de las acciones tomadas.
- En la medida de lo posible, la atención deberá ser otorgada por la misma persona y el paciente deberá recibir la información en compañía de alguna persona significativa que le represente apoyo.
- Permitir la expresión emocional a través de la verbalización, evitando emitir juicios valorativos o sentimientos ajenos al paciente respecto a la situación manifiesta. Evitar expresiones tales como “¿por qué se pone así?”, “no pasa nada”, “¡contrólese!”, etc.
- Evitar sugerencias que conduzcan a la toma de decisiones precipitadas y poco reflexivas.
- No promover falsas expectativas; ofrecer posibilidades reales de solución del problema.
- Evitar comparar el problema y experiencia del paciente con el de otras personas.

- Otorgar citas subsecuentes para aclarar y orientar aspectos pronósticos y la vigilancia en el cumplimiento de las indicaciones otorgadas.
- Identificar y canalizar a los pacientes a servicios especializados de acuerdo a las necesidades manifiestas de manera verbal y no verbal incluyendo a los servicios de salud mental.

REFERENCIAS

1. Morales F, Díaz E, Espíndola G, Henales C, Meza P, Mota C et al. Concepto de Salud Psicológica. En: Morgan, O, Lázaro R, Boyd A. Temas selectos en orientación psicológica creando alternativas. Volumen 1. México: Manual Moderno: Universidad Iberoamericana–The University of Scanton; 2005: 49-62.
2. Espíndola Morales F, Díaz E, Pimentel D, Meza P, Henales C, Carreño J. Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada. *Perinatol Reprod Hum.* 2006; 20 :112-2.
3. Ludman E, Katon W, Russo J, Von Korff M, Simon G, Ciechanowski P, Lin E. Depression and diabetes symptom burden. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004; 26: 430-6.
4. Berg M, Honkasalo M. Pregnancy and diabetes a hermeneutic phenomenological study of women's experiences. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2000; 21: 39-48.
5. Morales-Carmona F. Introducción a las guías de intervención psicológica. *Perinatol Reprod Hum.* 2007; 21: 2-10.
6. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Manual de normas y procedimientos del Departamento de Psicología. 2006. (Documento interno).
7. Morales F, Díaz E. Algunas consideraciones sobre la psicología en las instituciones médicas. *Perinatol Reprod Hum.* 2000; 14: 176-83.
8. Espíndola G, Morales F, Díaz E, Escalante A, Pimentel D, Henales C. Estudio descriptivo de la población psiquiátrica del Instituto Nacional de Perinatología. *Ginecol Obstet Méx.* 2006; 74: 476-82.
9. Koenig H, George L, Peterson B, Pieper C. Depression in medically ill hospitalized older adults: prevalence characteristics, and course of symptoms according to six diagnostic schemes. *Am J Psychiatry.* 1997; 154: 1376-83.
10. Langer N, Langer O. Comparison of pregnancy mood profiles in gestational diabetes and preexisting diabetes. *Diabetes Educ.* 2000; 26: 667-72.
11. Lustman P, Anderson R, Fredland K, de Groot M, Carney R, Clouse R. Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care.* 2000; 23: 934-42.
12. Lustman P, Freedland K, Griffith L, Clouse R. Fluoxetine for depression in diabetes: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Diabetes Care.* 2000; 23: 618-23.
13. Pimentel D. Guía clínica para la intervención psicológica de mujeres embarazadas con endocrinopatías. *Perinatol Reprod Hum.* 2007; 21: 54- 68.
14. Morales F. Reproducción y crisis maduracional. En: Lartigue T, Ávila H. Sexualidad y reproducción humana. Vol. 1. México: Plaza y Valdez UIA; 1996: 279.

15. Gorman LL, O'Hara MW, Reiter R, Johnson S, Milburn A, Engeldinger J. Psychological aspects of women's reproductive health. En: Gorman LL. High-risk pregnancy. New York, NY, US: Springer Publishing Co; 1995: 224.
16. Espíndola G, Morales F, Díaz E, Meza P, Sánchez C, Carreño J, Escalante A. Estudio descriptivo de un grupo psicoterapéutico de pacientes obstétricas con trastorno mental. Perinatol Reprod Hum. 2006; 20: 91-7.
17. Kessler R, Nelson C, McGonagle K, Lui J, Swartz M, Blazer D. Comorbidity of DSM-III- R major depressive disorder in the general population: results from the U.S. National Comorbidity Survey. Br J Psychiatry. 1996; 168: 17-30.
18. Langer N, Langer O. Emotional adjustment to diagnosis and intensified treatment of gestational diabetes. Obstet Gynecol. 1994; 84: 329-34.
19. Spirito A, Williams C, Ruggiero L, Bond A, McGarvey S, Cousstan D. Psychological Impact of the diagnosis of gestational diabetes. Obstet Gynecol. 1989; 73: 562-6.
20. Gabbard G, Lazar S, Hornberger J, Spiegel D. The economic impact of psychotherapy. Am J Psychiatry. 1997; 154: 147-155.
21. Fisher E, Delamater A, Bertelson A, Kirkley B. Psychological factors in diabetes and its treatment. JCCP. 1982; 50: 993-1003.
22. Hjelm K, Bard K, Nyberg P, Apelqvist J. Swedish and Middle-Eastern-born women's beliefs about diabetes gestational. Symptoms in high risk pregnant women. Midwifery. 2005; 21: 44-60.
23. Aguilar V, Morales F, Barranco A. Depresión y pérdidas perinatales en pacientes diabéticas del Instituto Nacional de Perinatología. Perinatol Reprod Hum. 1998; 12: 210-7.
24. de Groot M, Anderson R, Freedland K, Clouse R, Lustaman P. Association of diabetes complications and depression in type 1 and 2 diabetes: a meta-analysis (Abstract). Diabetes. 2000; 49: A63.
25. Katon W, Unützer J, Fan M, Williams J, Schoenbaum M, Lin E. Cost-effectiveness and net benefit of enhanced treatment of depression for older adults with diabetes and depression. Diabetes Care. 2006; 29: 265-70.
26. Espíndola G. Guía clínica de intervención psicológica de la paciente ginecológica y obstétrica hospitalizada. Perinatol Reprod Hum. 2007; 21: 22-32.
27. Wobie K, Eyley F, Behnke M, Conlon M. Symbolic expression of feelings and depressive symptoms in high-risk pregnant woman. J Fla Med Assoc. 1997; 84: 384-90.

Correspondencia:

Mtra. Diana Pimentel-Nieto

Psicóloga Clínica adscrita al Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Montes Urales Núm. 800, Col. Lomas Virreyes, Del. Miguel Hidalgo, 11000, México, D.F.
E-mail: dpimenteln@yahoo.com