

Guía clínica para la intervención psicológica de mujeres embarazadas con endocrinopatías

DIANA PIMENTEL-NIETO^a

RESUMEN

La presente guía clínica responde a la necesidad institucional y de la psicología de avalar su ejercicio profesional en psicología clínica con base en evidencias científicas.

Las alteraciones endocrinológicas, en particular, la diabetes mellitus, tienen una alta prevalencia en nuestro país, ya que son padecimientos que afectan la vida reproductiva de la mujer y su estado emocional.

El presente trabajo documenta las principales alteraciones emocionales en esta población y los factores asociados a su presencia, detección e inserción de apoyo psicológico con objetivos vinculados a las necesidades de las mujeres, relacionados con el proceso de la enfermedad y/o de atención médica, así como con los objetivos institucionales, dado el evento reproductivo.

PALABRAS GUÍA: *Guía clínica, psicología, mujeres, diabetes, embarazo.*

¿QUÉ ES EL EMBARAZO CON ENDOCRINOPATÍA?

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. El embarazo de alto riesgo es aquel que cuenta con la presencia de algún factor materno o fetal que potencialmente actúa de manera adversa en el resultado del embarazo mismo.¹ Desde una perspectiva integral, se le considera como un proceso biopsicosocial, por tratarse de un evento complejo, en donde se presentan cambios

importantes y significativos, en las tres esferas, tanto para la mujer como para su pareja.

En condiciones normales, un embarazo se considera un estado potencialmente diabetogénico, debido a que el metabolismo de la glucosa, lípidos y proteínas se ve alterado por la presencia de hormonas contrarreguladoras al efecto de la insulina. El metabolismo se modifica para garantizar un suministro continuo de glucosa al feto, además de que hay una variación individual marcada en el umbral renal de la glucosa.²

La mayoría de las mujeres son sanas y no tienen trastornos endocrinos durante la gestación. En algunos casos, las anomalías endocrinas 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 endocrino, siendo los más frecuentes: la diabetes gestacional y los trastornos del sistema nervioso

^a *Psicóloga adscrita al Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología, "Dr. Isidro Espinosa de los Reyes".*

Correspondencia:
Dra. Diana Pimentel-Nieto
Correo electrónico: dpimentel@yahoo.com

Recibido: 11 de diciembre de 2006.
Aceptado: 9 de febrero de 2007.

endócrino y simpático, asociados con la pre-eclampsia.²

¿CUÁL ES LA INCIDENCIA DE EMBARAZO CON ENDOCRINOPATÍA EN MÉXICO Y EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA “DR. ISIDRO ESPINOSA” (INPERIER)?

El Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI) informó que desde el año 2004, la diabetes mellitus es la segunda causa de mortalidad en México, con una prevalencia de 8% en la población mayor a 20 años y una tasa de mortalidad por 100 mil habitantes, de 85.7 para varones y 87.7 en mujeres. Aunado a que la prevalencia de la enfermedad ha aumentado significativamente, existe una alta proporción de enfermos (alrededor de 30 a 40%) que a pesar de serlo, no se saben diabéticos.³ Dependiendo de la edad de aparición de la enfermedad, ésta puede afectar la vida reproductiva de quien la padece.⁴

En México, la diabetes tipo 1 representa alrededor de 1 a 2% de todos los casos; ya que 98 a 99% del restante del total, están constituidos por la diabetes tipo 2.⁵ La diabetes mellitus gestacional alcanza una prevalencia de 6 a 11% de todos los embarazos. Por su parte, el Manual de Normas y Procedimientos de Obstetricia y Ginecología del INPerIER,⁶ señala que en la población del hospital se observa una prevalencia de 12%.

¿CUÁLES SON LOS FACTORES ASOCIADOS A ALTERACIONES EMOCIONALES DURANTE EL EMBARAZO CON ENDOCRINOPATÍA?

- La experiencia de la enfermedad y el estilo de vida afecta más que la enfermedad en sí misma.^{7(D)*}

- Se ha detectado que los siguientes estresores sociales contribuyen a la depresión: baja escolaridad, bajo ingreso económico, ser adolescente, ser madre soltera y tener hijos pequeños, debido a que estos factores ponen a la mujer en desventaja.⁸
- La presencia de estado de ánimo depresivo se asocia con problemas de adherencia terapéutica, control glucémico, complicaciones por diabetes, funcionamiento global y calidad de vida.
- Las reacciones depresivas de las mujeres con diabetes, se asocian a la pérdida de la función endocrina y a las limitaciones que éstas enfrentan en la vida social y familiar.^{9(B)}
- Haber o no planeado el embarazo y las condiciones de salud pregestacional en la que la mujer se encuentra, son aspectos importantes en un primer momento para determinar los riesgos en el embarazo y su aceptación, además de matizar la experiencia emocional hacia el mismo.^{10(D)}
- El 59% de las mujeres con diabetes gestacional no planearon su embarazo.
- En algunos estudios se ha encontrado que las mujeres que planearon su embarazo presentaron menor estrés psicosocial y síntomas de ansiedad y depresión, que aquellas mujeres que no planearon su embarazo.^{11(C)}
- En mujeres con diabetes gestacional se considera importante evaluar las creencias personales sobre la enfermedad, así como los riesgos y la necesidad individual de información.¹²
- No obstante, en otros estudios se ha encontrado que el diagnóstico de diabetes gestacional no contribuye en forma adversa con el estado emocional de las mujeres diabéticas.^{13,14(B,C)}
- El estado de ánimo de mujeres con diabetes gestacional, se asocia con el grado de control glucémico.^{15(B)}
- Los estudios futuros que se realicen, requieren identificar los mecanismos

* Los números y las letras entre paréntesis corresponden a los Niveles de Evidencia y a los Grados de Recomendación, respectivamente, propuestos por la Red de Guías Intercolegiales Escocesas (SIGN 2004). Ver en este número: Aldana-Calva E, Gómez-López ME. Criterios para la Elaboración de las Guías de Intervención Psicológica. *Perinatol Reprod Hum* 2007; 21(1): 11-21.



biológicos, psicológicos y sociales que interactúan.^{16-19(A)}

- Diversos estudios apoyan la condición psicosomática de la diabetes mellitus.^{20(B)}

¿CUÁLES SON LAS ALTERACIONES EMOCIONALES DURANTE EL EMBARAZO CON ENDOCRINOPATÍA?

La experiencia emocional es una respuesta esperada frente a eventos vitales. En el caso de un embarazo que cursa con un padecimiento endocrinológico, es factible que la respuesta emocional tenga manifestaciones clínicas denominadas malestar psicológico. Esta entidad clínica se caracteriza por una serie de cambios emocionales agudos, de permanencia breve y que son reactivos a un evento, los cuales provocan la inhibición de las funciones psicológicas en forma transitoria y que se experimenta con incomodidad subjetiva.²¹

En menor proporción pueden detectarse alteraciones psicopatológicas, las cuales sabemos tienen que ver con la presencia de una personalidad premórbida de la mujer. Cuando esto ocurre, se combinan conflictos de carácter histórico junto con el evento de vida actual.²²

Desde esta perspectiva, es posible ubicar al menos tres grandes grupos de pacientes:

1. Pacientes sin cambios emocionales significativos.
2. Pacientes con malestar psicológico.
3. Pacientes con comportamientos y estado de ánimo muy alterados.

Estudios psicológicos sobre el embarazo han detectado que los principales cuadros emocionales son la depresión y la ansiedad. Estos estados se presentan con manifestaciones tales como: llanto fácil, labilidad e hipersensibilidad emocional, confusión, ambivalencia, pesimismo, dependencia y resentimiento.^{1,23(B,D)}

Además, se sabe que frente a la detección de un problema endocrinológico, las reacciones depresivas y ansiosas son comunes, debido a que la enfermedad se considera como una amenaza a la vida y a la integridad individual,

lo que es experimentado por la paciente como algo impactante e inevitable de cambiar y que la confrontará con la necesidad de adaptarse a tal situación.^{13,14}

En el INPerIER, se encontró en una muestra de mujeres con diabetes gestacional, que 60.7% de las mujeres entrevistadas consideraron que el diagnóstico de la enfermedad las afectó mucho o extremadamente; 26.8% refirió un efecto de manera regular; y, 12.5% restante, lo consideró como poco o nada impactante.^{24(B)}

Por su parte, la reproducción y el embarazo confrontan a la mujer con una elección de vida personal, lo que modifica aspectos de su identidad, proyecto de vida, relación de pareja y expectativas respecto de sí misma, como de su futuro bebé; así como con la nueva dinámica familiar que establecerá.^{21(D)}

Alteraciones emocionales de las pacientes embarazadas con diabetes mellitus

Las evidencias en este campo documentan la presencia de experiencias afectivas específicas que provocan malestar psicológico y alteraciones de carácter depresivo y ansioso. Los estudios se han realizado en mujeres con: embarazo de alto riesgo, con diabetes pregestacional y embarazo, y en mujeres con diabetes gestacional.

Embarazo de alto riesgo

- La problemática emocional de mujeres con embarazos de alto riesgo se incrementa en relación con el número de gestaciones, abortos y óbitos fetales.^{25(B)}
- La ambivalencia o rechazo hacia el embarazo se presenta en 50-60% de las mujeres, independientemente de si éste fue o no planeado. Dicho sentimiento se va resolviendo gradualmente hacia el término del embarazo, junto con su aceptación.^{1(D)}
- La ambivalencia es uno de los sentimientos que estarán presentes en el curso del embarazo. Su presencia se explica debido al significado del deseo, dado que, por un lado, representa la consolidación de una posición relacionada con la identidad femenina; pero, por el otro, establece una

condición de dependencia a la libertad personal y de pareja.^{10(D)}

- La culpa puede estar presente si la mujer siente que es responsable de las complicaciones que presenta.^{1(D)}
- Las mujeres con embarazos de alto riesgo se encuentran más deprimidas y con mayor inadecuación social, que las mujeres con un embarazo normal.^{25(B)}
- Los niveles de ansiedad se intensifican en mujeres con embarazo de alto riesgo, en momentos en que se esperaría que la ansiedad fuera generalmente baja (p. ej., durante el segundo trimestre).^{1(D)}

Diabetes mellitus

- En el caso de pacientes con diabetes mellitus pregestacional, existen evidencias de altas proporciones de depresión (entre 11 y 32%). Si bien, en estos trabajos existen dificultades en cuanto a la definición, ya que en algunos estudios se refieren a este cuadro clínico de manera indistinta: tanto al trastorno depresivo mayor, como a episodios o manifestaciones subclínicas de la depresión. En la tabla 1 se informan los resultados encontrados en dichas investigaciones.^{16,26-28(A)}
- Se ha encontrado que la presencia de diabetes mellitus tipo 1 y 2, duplica el riesgo de depresión comórbida.^{29(A)}
- Las mujeres diabéticas se encuentran casi dos veces más deprimidas (RM =1.8) que los hombres diabéticos, y éstos, a su vez, más que los sujetos sin diabetes.^{29(A)}
- Las manifestaciones clínicas y subclínicas de la depresión se presentan en más de 25% de los pacientes con diabetes mellitus 1 y 2, las cuales tienen efectos en su funcionamiento y calidad de vida.^{20,30-36(B)}
- La depresión se asocia significativamente con hiperglucemia y con un mayor riesgo de complicaciones por diabetes.^{29,20,37(A,B,B)}
- La depresión se asocia significativamente con un mayor riesgo de complicaciones por diabetes, tanto en número, como en severidad e índice de complicaciones. Entre las que se han documentado destacan: retinopatía diabética, neuropatía, complicaciones macrovasculares y disfunción sexual.^{20,37-39(A,B)}

- La depresión se asocia con la presencia de múltiples síntomas médicos: afección funcional, problemas de autocuidado (adherencia a la dieta, ejercicio, hábitos y empleo de medicamentos), riesgo agregado de ataques cardíacos, complicaciones micro y macro vasculares y alta mortalidad.^{40,46(A)}
- Una de cada tres personas con diabetes padece algún grado de depresión, el cual afecta su funcionamiento y calidad de vida (independientemente de la enfermedad);^{29,47-50(A)} adherencia al tratamiento médico^{29,51-53(A)} y control glucémico.^{29,20(A,B)} También incrementa el riesgo de complicaciones por diabetes.^{29,38 (A)}
- Los pacientes que tienen diabetes y depresión tienen costos médicos significativamente más altos, que aquellos que no padecen depresión. Estos costos pueden disminuirse cuando se ofrece una atención oportuna y medidas de atención primaria hacia la depresión.^{40,55(A)}

Tabla 1
Proporción de
depresión en pacientes con
diabetes mellitus pregestacional,
informada en diversos estudios

Tipo de depresión o estudio	%
• Prevalencia de depresión comórbida en mujeres	28
• Cuando se evalúa como depresión mayor	15
• Cuando se evalúa el incremento de síntomas depresivos	26
• En estudios no controlados	30
• En estudios controlados	21
• En estudios controlados con mujeres	24
• En muestras clínicas	32
• En muestras comunitarias	20
• Cuando se evalúa mediante cuestionarios de autoaplicación (elevación de síntomas depresivos)	31
• Cuando se evalúa mediante entrevistas estandarizadas	11

Diabetes mellitus y embarazo de alto riesgo

- Las mujeres embarazadas con diabetes mellitus, manifiestan distintas necesidades: mantener el bienestar del bebé, control de la enfermedad, conciencia de los riesgos que tendrán y sentimientos de mayor responsabilidad con preocupación constante, presión y culpa, por una sensación de pérdida del control de la enfermedad.⁵⁶
- En una muestra de embarazadas con diabetes mellitus, se encontró que 28.6% tenían ansiedad de rasgo y 28.6% ansiedad de estado.^{57(B)}
- Las embarazadas con diabetes presentan mayores niveles de ansiedad y hostilidad, que las mujeres no diabéticas.
- Al analizar el estrés experimentado en mujeres con embarazos de alto riesgo, se observó que los niveles más altos se encontraban en mujeres que padecían preeclampsia y diabetes, asociado a las amenazas percibidas por tales enfermedades.^{58(B)}

Diabetes gestacional

- Se ha documentado la presencia de malestar psicológico en tres diferentes momentos: posterior al diagnóstico de diabetes gestacional, 32.1%; al término del embarazo (posterior a la semana 35 de la gestación) 28.6%; y en el puerperio (ocho semanas posteriores al parto) 9.5%. De estos casos, se confirmó la presencia de un posible trastorno emocional de la siguiente manera: posterior al diagnóstico de diabetes gestacional, 2.3%; al término del embarazo 0.4%; y, en el puerperio, 1.3%.²⁴
- En una muestra de mujeres embarazadas con diabetes gestacional se informó la presencia de ansiedad de estado y de rasgo, en 10 y 12.8%, respectivamente.^{57(B)}

Aspectos depresivos

- De las diferentes investigaciones recopiladas, se desprende la conclusión de que la depresión resulta de una interacción compleja de variables físicas, genéticas y psicológicas. Las cuales pueden ser secundarias a la diabetes o precederla y complicar el curso de la enfermedad, sus

complicaciones y la manera en cómo este padecimiento se experimenta. Así mismo, puede afectar la aproximación que la paciente tiene hacia la enfermedad, en términos del autocuidado que desarrolla.⁸

- Las asociaciones detectadas se denominan “de interacción recíproca”. Es decir, aunque se demuestre la asociación entre depresión y las diferentes variables, no se conoce aún, ni el mecanismo ni la dirección de dicha asociación.^{20(B)}

El saberse embarazada, enfrenta a la mujer con diferentes eventos que varían en su efecto emocional, de acuerdo con las características personales de cada una de ellas.

La experiencia emocional de la mujer es compleja, debido a que en el caso de la diabetes y el embarazo, se sobreponen dos condiciones importantes que requieren de una adaptación en interacción.

En el caso del embarazo que cursa con diabetes es importante atender el estado emocional de la paciente, debido a que la alteración de éste, en situaciones extremas, puede afectar tanto el control de la diabetes, como el mismo embarazo.

A reserva del caso de la diabetes *mellitus* gestacional, que implica un rastreo de la enfermedad e impacto diagnóstico, las mujeres con diabetes mellitus pregestacional requieren evaluar la experiencia pasada con el diagnóstico de la enfermedad y la forma en cómo se ha incorporado ésta a la vida cotidiana, su aceptación y grado de afectación. Estos aspectos son evidentes y contundentes durante el embarazo, debido a que los riesgos cuando no se atiende la enfermedad, se manifiestan de manera inmediata hacia el producto de la gestación.

Independientemente del efecto del diagnóstico, la mujer tendrá que ajustarse a una serie de exigencias para lograr el control de la enfermedad durante el embarazo, implementando acciones que en la mayoría de los casos son novedosas y estrictas, las cuales tienen que incorporarse al quehacer cotidiano de la paciente, con su respectiva carga de ansiedad. La mayoría de estas demandas son

de carácter “obligatorio”, debido a que se desea preservar la salud de la mujer y minimizar los riesgos y complicaciones para el bebé. Es necesario reconocer también que en el caso de la mujer embarazada, ésta se encuentra altamente motivada para el cuidado de su hijo (debido a su deseo por llevar a buen término el embarazo).

Asimismo, se espera que el estado emocional de la mujer gestante también sufra ajustes en el curso y al término del embarazo. Además de que éste fluctuó, conforme los riesgos del embarazo se presentan (descontrol glucémico, hospitalización, complicaciones gineco-obstétricas, tales como hipertensión, neuropatías, etcétera).

Cualquier situación, como las anteriores, demanda de la mujer la activación de los recursos psicológicos internos y externos con los que cuente, para dar una respuesta óptima durante el embarazo. Es decir, si se trata de eventos en condiciones críticas y novedosas, se observará que la paciente les dará solución con base en sus características personales y los recursos que posea. Independientemente de cuáles sean éstos, los usará de manera adecuada o inadecuada; lo que a su vez, tenderá a ofrecer una solución más o menos adaptativa frente a circunstancias de la atención institucional, como el rastreo del padecimiento, el diagnóstico, los análisis clínicos, la adherencia terapéutica, el reconocimiento de los riesgos, las consecuencias propias y en el bebé, la necesidad de tratamiento especializado y satisfacer y responder a las demandas específicas, según la condición de que se trate.

Apoyo psicológico de la mujer embarazada con diabetes mellitus

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) ha sugerido conformar grupos médicamente coordinados, que incluyan, entre otros, profesionales de la salud mental para el cuidado óptimo de la diabetes. La ADA sugiere al médico clínico, contemplar datos respecto al desarrollo de diversos factores, tales como: el estilo de vida, la cultura, la educación y aspectos económicos que puedan influir en el manejo de la diabetes. De manera especial, recomienda contemplar aspectos relativos al

ajuste psicológico de la enfermedad y los problemas de adherencia de manera continua, mediante la implementación de un plan de tratamiento que contemple procesos de evaluación del comportamiento, emocionales y psicosociales.^{59(D)}

- Los problemas psicológicos se asocian a problemas de adherencia terapéutica y de control glucémico en pacientes con diabetes mellitus.^{40, 29(A,A)}
- Las personas que reciben tratamiento psicoterapéutico, mejoran su estado emocional en lo psicológico y en el control glucémico, respecto de su enfermedad.^{60(A)}

Dicha sociedad médica plantea, además, la necesidad de incluir la dimensión humana en el manejo médico, es decir, incorporar las disciplinas psicosociales en la atención del paciente para eliminar las tensiones socioculturales y lograr cambios en su beneficio. El profesional de la salud mental debe insertarse 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 se puedan ofrecer medidas normativas para la detección y prevención de la enfermedad y de la problemática emocional.

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 toma de conciencia de la mujer hacia riesgos futuros: el riesgo para sus hijos, el proyecto reproductivo y la modificación de hábitos de salud, por mencionar algunos objetivos de la intervención.

Desde el punto de vista psíquico, se considera necesario contemplar a la paciente en términos de su acontecer cotidiano que le da significado y sentido a su experiencia como paciente “diabética”. De ahí, que cobre importancia el análisis de los recursos psicológicos, debido a que el estilo de vida puede moldearse a partir de las condiciones y necesidades



psíquicas, no como causa directa de la enfermedad, sino respecto a la manera en cómo se enfrenta el padecimiento, los aspectos que están influidos por la representación simbólica y la percepción de la situación de cada mujer.

¿CÓMO SE DETECTAN LAS ALTERACIONES EMOCIONALES DURANTE EL EMBARAZO CON ENDOCRINOPATÍA?

Detección de pacientes que requieren atención psicológica

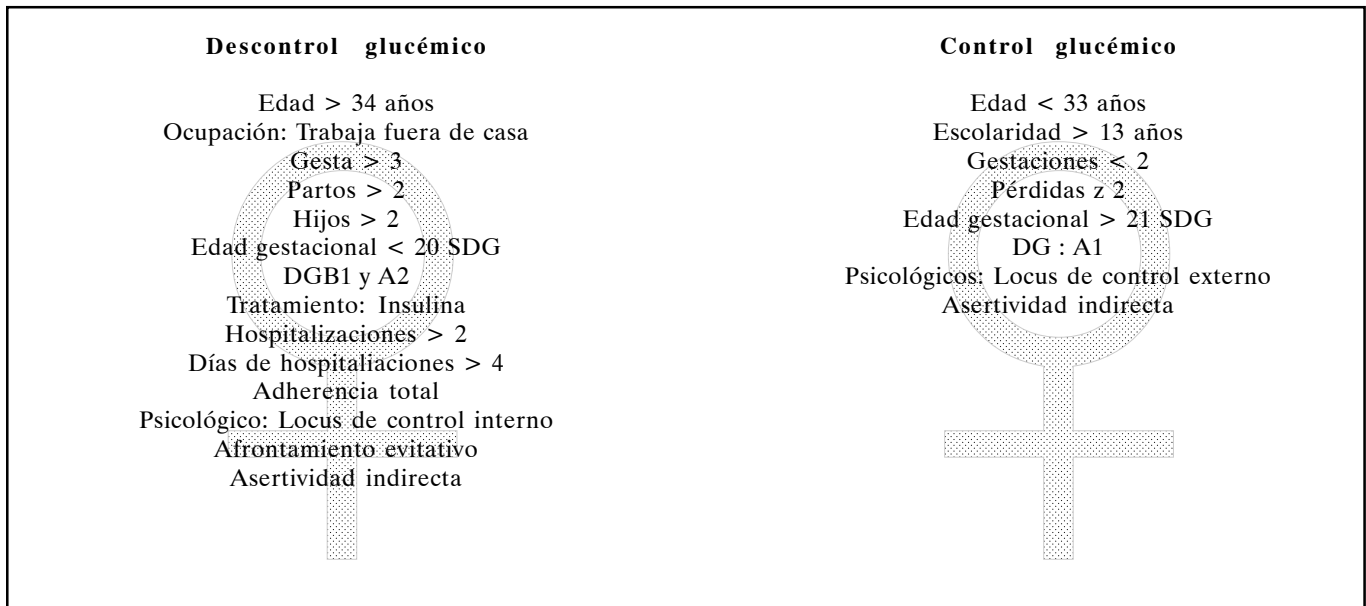
El Departamento de Psicología del INPerIER ha propuesto la aplicación del Cuestionario General de Salud de Goldberg (CGS) como un instrumento de tamizaje para la detección de los casos probables de malestar o alteración psicológica.

El CGS (versión de 30 reactivos) es un instrumento autoaplicable desarrollado por Goldberg, para detectar el estado emocional de los sujetos 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 que

ameriten tratamiento especializado. La calificación del cuestionario se lleva a cabo mediante la suma de los síntomas presentes en las últimas dos semanas, que difieren del estado habitual, a través de una escala tipo Likert de cuatro puntos, la cual utiliza como punto de corte la presencia de 7 a 8 puntos. El tamizaje se establece entre casos probables (es decir, sujetos que presentan los síntomas suficientes como para requerir atención psicológica) y no casos. El CGS no es de ninguna manera un instrumento diagnóstico. Ha sido utilizado en varias investigaciones y ha sido validado en nuestro país. El instrumento ha demostrado tener índices satisfactorios de confiabilidad y validez. Más recientemente, se ha desarrollado una versión corta del CGS para economizar el tiempo de aplicación, el cual ha demostrado también, mantener altos índices de sensibilidad y especificidad.

En el caso de pacientes con diabetes gestacional, se ha detectado el siguiente perfil que delimita algunos factores de riesgo asociados al descontrol glucémico y que, por ende, deben contemplarse para la derivación de la paciente a evaluación psicológica. El perfil de la derecha documenta aquellas variables que tienen un efecto protector para el

Figura 1
Perfiles psicológicos de pacientes con diabetes gestacional



descontrol glucémico y que deben considerarse para la derivación adecuada de pacientes (Figura 1).

- El perfil de la mujer con descontrol glucémico es: edad > 34 años; trabaja; edad gestaciones > 3; partos > 2; hijos > 2; edad gestacional < 20 SDG; DG: B1 y A2; Tx: Insulina; hospitalizaciones = 2; días de hospitalización = 4; adherencia total; referencia personal de *locus* de control Interno; Afrontamiento. Evitativo; Asertividad indirecta.^{24(B)}

Es importante contemplar la derivación de pacientes que por iniciativa propia demanden el servicio de atención psicológica; es decir, aquellas que presenten dificultades en la adherencia terapéutica, en las que se encuentren constantemente hospitalizadas o que requieran de una hospitalización prolongada.

A partir de la detección de casos probables de malestar o alteración psicológica, se sugiere realizar una historia clínica diagnóstica o realizar una visita al área hospitalización, en donde, conjuntamente con el juicio no clínico, se defina la intervención psicológica adecuada.

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO ADECUADO DE LAS ALTERACIONES EMOCIONALES DURANTE EL EMBARAZO CON ENDOCRINOPATÍA?

La psicoterapia es una forma de tratamiento de las alteraciones emocionales de un paciente que tienen como meta la modificación o eliminación de las manifestaciones emocionales que alteran los patrones de comportamiento y debilitan las funciones psíquicas, para con ello favorecer los recursos adaptativos que promuevan su bienestar.^{60(A)}

Para la comprensión de los fenómenos nos orientamos teóricamente en una explicación psicodinámica con una descripción fenomenológica de la problemática psicológica.

Desde la práctica empleamos la modalidad de psicoterapia grupal, ya que esta técnica cuenta con elementos de utilidad clínica, como:

homogenización de los pacientes, cohesión, trabajo breve, proceso continuo, niveles de intervención y ventajas de cobertura asistencial y costo-beneficio.

Utilidad de la psicoterapia en pacientes con diabetes mellitus

- La terapia psicológica es parte indispensable del cuidado de la salud. Existe evidencia de su efectividad para tratar problemas y enfermedades relacionadas con la salud mental.^{60(A)}
- Existe evidencia de que la terapia que atiende a la condición depresiva es efectiva y mejora el estado de ánimo, el funcionamiento y la calidad de vida.^{29,61-63(A)}
- La intervención psicológica reduce, tanto la depresión como la ansiedad, en mujeres embarazadas y durante el post-parto.^{64(A)}
- Las personas que reciben tratamiento psicoterapéutico mejoran su estado emocional y el control glucémico respecto de la diabetes mellitus.^{20,59(A,D)}
- Las intervenciones comprensivas que contemplan aspectos afectivos, cognitivos y conductuales, son más eficaces que aquellas que contemplan sólo uno de estos aspectos, en beneficio de la adherencia terapéutica de la diabetes mellitus.^{65(A)}
- Atender y mejorar el estado depresivo se asocia con un mejor control glucémico y un mejor estado anímico.^{20,24,36,38,66-68(B,A,B,B,B-B)}
- Promover aspectos educativos hacia la diabetes, permite la activación de conductas y elección de formas para la resolución de problemas, lo cual beneficia a los pacientes con depresión mayor.^{40(A)}
- La psicoterapia ha demostrado ser una herramienta efectiva, desde el punto de vista de la relación costo-beneficio, ya que reduce gastos en el tratamiento y aumenta la productividad laboral.^{62,69,70(B)}
- Existen diversos momentos psicológicos que exigen un acompañamiento emocional, estos son: el diagnóstico, la adolescencia, el embarazo y la aparición de complicaciones degenerativas.⁷¹



La psicoterapia se basa en la relación profesional y humana de uno o varios pacientes, con uno o varios especialistas, con entrenamiento técnico específico y formación clínica y psicopatológica, para promover el cambio psíquico, aliviar un sufrimiento o favorecer el desarrollo de la persona y sus vínculos.⁷²

La intervención psicológica es propicia para la promoción de un equilibrio emocional durante el embarazo, así como para la prevención y la implementación de acciones efectivas que influyan en la toma de conciencia de la mujer hacia el riesgo futuro de contraer la enfermedad (una vez que el embarazo haya 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 lo anterior, existe evidencia documentada que describe que el tratamiento para la depresión, mejora el control glucémico, la presencia de complicaciones, la adherencia terapéutica y el funcionamiento global y la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus.^{29(A)} 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 los recursos psicológicos internos y externos de la mujer, influyendo en ello, la representación simbólica y la percepción de la situación de cada paciente.⁷³

Objetivos de la atención psicoterapéutica en mujeres embarazadas con diabetes mellitus

Los objetivos de intervención psicológica institucional deben contemplar, tanto el proceso de salud motivo de atención médico, como a las necesidades del paciente a expensas de su proceso de enfermedad y/o de atención médica.^{60(D)}

Si bien es cierto que la elección de los objetivos terapéuticos es dinámica y variable de una persona a otra, se pueden enumerar algunos de ellos, como se hace a continuación:

1. Adherencia terapéutica: Apoyar la relación médico-paciente dentro de la institución, análisis de las dificultades existentes hacia el control glucémico, hábitos

de alimentación, ejercicio, control de peso, etc.; sí como problemas de comunicación con el equipo de salud.

- 2. Hábitos alimentarios:** Atender los principales problemas que se observan en el seguimiento de la recomendación dietética y el adecuado control de nutrición, ya que existe una insatisfacción constante de la paciente, dada la limitación en la cantidad y el tipo de alimentos que deberá ingerir para lograr un control adecuado en la ganancia de peso.
- 3. Autocuidado:** Desarrollar las motivaciones personales necesarias para el autocuidado, vinculadas con actitudes hacia la enfermedad, el embarazo y el proyecto de vida personal, con calidad de vida. También de aspectos preventivos hacia la salud a largo plazo, vinculados con la necesidad de recibir información y atención adecuadas. Establecer el compromiso materno hacia la salud propia, así como a la de sus hijos y familia en general, como centro de aprendizaje de hábitos saludables; es decir, la promoción de hábitos saludables familiares (alimentación, peso y ejercicio).
- 4. Embarazo:** Explicar el embarazo como un proceso de complejos cambios físicos, psicológicos y sociales. En particular, entender que durante el embarazo la presencia de la enfermedad confrontara a la paciente con sus ansiedades, fantasías, temores y expectativas. Algunos de estos sentimientos se asocian con la experiencia real de la mujer, debido a los riesgos que se presentan durante el curso del embarazo mismo. Concientizar a la mujer sobre la necesidad de tener un buen control glicémico pregestacional, una adecuada planeación de su embarazo y los cuidados durante la gestación.
- 5. Apoyar en el reconocimiento y atención de los aspectos emocionales y motivacionales vinculados al embarazo y la enfermedad.**
- 6. Proyecto reproductivo y prevención gestacional:** Promover la planeación del embarazo y el uso de métodos anticonceptivos seguros de acuerdo a la edad reproductiva; lo cual es necesario, debido a que ello optimiza el resultado del embarazo, cuando

éste se planea junto con un adecuado control glucémico pregestacional.⁷⁴ Hacer conciencia sobre la necesidad de usar un método anticonceptivo seguro. Decidir sobre un método definitivo, cuando exista una paridad satisfecha. Reflexionar sobre los riesgos hacia la salud de sus hijos, por el hecho de que son hijos de madres diabéticas. **Prevención:** Se sabe que a largo plazo una mujer que ha padecido diabetes gestacional tiene un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 después del embarazo. Investigaciones estadounidenses informan que posterior al diagnóstico de diabetes gestacional, se espera que alrededor de 60% de las mujeres caucásicas y 50% de las mujeres mexicano-norteamericanas, padecerá diabetes dentro de los cinco y 15 años posteriores a su diagnóstico, respectivamente.⁵

7. **Analizar la calidad y dinámica de relaciones importantes para la mujer:** De pareja y con la familia nuclear y extensa. La experiencia familiar con la enfermedad funciona como predictor de la experiencia personal de la mujer frente a su situación actual. Dependiendo de la historia y experiencia con la enfermedad, la paciente matizará su interpretación personal de su situación y la presencia de hábitos hacia la salud; mientras que los mitos y la desinformación harán que la paciente actúe de acuerdo con el código aprendido de los riesgos o beneficios hacia la adherencia terapéutica y hacia la necesidad de modificar y cambiar los hábitos e ideas asociados con la diabetes.
8. **Identificar los conflictos asociados con la vida personal y familiar (actuales e históricos):** Detectar los estresores en las mujeres con embarazo de alto riesgo y complicaciones obstétricas, como las discusiones con la pareja y la familia.^{11(C)}
9. **Reconocer los recursos psicológicos personales:** En relación con algunas características individuales, se ha demostrado que las 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.^{13(B)} Las estrategias de afrontamiento son factores importantes a considerar en pacientes con diabetes debido a su asociación con los niveles de hemoglobina glucosilada.⁷⁵ Promover estrategias de afrontamiento resulta efectivo para mantener autoeficacia, conductas de autocuidado y conductas hacia la resolución de problemas que mejoran el control glucémico.⁷⁶ Es necesario promover su activación y desarrollo.

10. **Trabajar el duelo:** Atención psicológica a los duelos no resueltos y las pérdidas afectivas significativas agregadas. Está documentado que las mujeres con diabetes mellitus tienen antecedentes de pérdidas gestacionales, pérdida hacia la salud y en casos graves hacia la función orgánica.^{57(B)} Proporcionar atención ante la detección de fetos con defecto congénito, producto de la diabetes mellitus, compromiso con la vida del producto, proceso de duelo, toma de decisiones, cuando la elección factible es interrumpir el embarazo. Es necesario señalar que la muerte perinatal en mujeres con diabetes es muy común.⁷⁷ En el IMPer IER se demostró que 57.5 % de las mujeres con DG tuvieron al menos una pérdida gestacional.^{24(B)} Otros estudios han encontrado que la muerte de un ser querido, funciona como un estresor en mujeres con embarazo de alto riesgo y complicaciones obstétricas.^{11(C)}

Resulta trascendente establecer un diagnóstico adecuado y alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos, lo cual debe llevarse a cabo mediante una revisión general de la situación emocional y trastornos de la paciente. Así mismo, se debe tener una comprensión específica (en función de los problemas o conflictos abordados durante la terapia) de las vulnerabilidades y recursos existentes en la persona y en sus vínculos, así como una evaluación de las posibilidades de éxito y de las razones que hacen preferible un determinado abordaje terapéutico.⁷²

El logro de los objetivos terapéuticos se debe llevar a cabo dentro de un proceso de



acompañamiento en el curso de la atención institucional, donde es necesario favorecer la estructuración de elementos del mundo interno y externo de la paciente, mediante la comprensión de las vivencias psicológicas que son motivo de sufrimiento personal o de la experiencia personal por la que atraviesa la paciente, así como la clarificación consciente, de los aspectos dinámicos e intrapsíquicos. Con esto se pretende favorecer, a su vez, pautas de comportamiento a partir del análisis funcional de los eventos

(por ejemplo, dieta, hábitos, ejercicio, asertividad, búsqueda de información adecuada, etcétera).

Se concluye que el estudio en el paciente diabético de su historia personal, información, las actitudes, la personalidad y las redes de apoyo social, son variables trascendentes en la comprensión del comportamiento que promueven la adherencia a las recomendaciones médicas y hacia la salud en general.

ABSTRACT

The present clinical guideline responds to the institutional and psychology necessity to endorse its professional practice with investigation evidences.

The endocrinology alterations, in particular, diabetes mellitus have a high prevalence in our country affecting the woman's reproductive life and its emotional state.

The present work documents the main emotional alterations in this population and the factors associated to its presence, detection and insertion of psychological support with objectives linked to the necessities from the women to expense of its process of illness as of the given institution due to reproductive event.

KEYWORDS: *Guideline, psychology, women, diabetes, pregnancy.*

REFERENCIAS

1. Gorman LL. High-Risk Pregnancy. In: Ohara, Reiter J, Milburns E (eds.). Psychological aspects of women's reproductive health. USA: Springley Publishin Company; 1995.
2. Yen S, Jaffe R, Barbieri R. Endocrinología de la reproducción. Fisiología, fisiopatología y manejo clínico. 4ta. Edición. Ed. Panamericana. Argentina. 2001.
3. INEGI: Mujeres y Hombres en México. Décima Edición, 2006.
4. Lerman-Garber I. Atención Integral del Paciente Diabético. Segunda Edición. Mc Graw – Hill, Interamericana, México, 1998.
5. Ríos-Torres, JM, Rull-Rodrigo JA. Clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. En: Lerman Garber, I. Atención Integral del Paciente Diabético. Segunda edición. Mc Graw-Hill Interamericana, México, 1998.
6. Instituto Nacional de Perinatología. Manual de Normas y Procedimientos de Obstetricia y Ginecología, México. 1998.
7. Fisher EB, Delamater AM, Bertelson AD, Kirkley BG. Psychological factors in diabetes and its treatment. J Consult Clinic Psychol 1982; 50: 993-1003.
8. Wobie K, Eyler FD, Behnke M, Conlon M. Symbolic expression of feelings and depressive symptoms in high risk pregnant women. J Fla Med Assoc 1997; 84: 384-90.

9. Aguilar V, Morales Carmona F, Barranco A. Depresión y pérdidas perinatales en pacientes diabéticas del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatol Reprod Hum*. 1998; 12: 210-7.
10. Morales Carmona F. Reproducción y crisis maduracional. En: Lartigue T, Ávila H. *Sexualidad y reproducción humana en México*. Vol. 1. Ed. UIA y Plaza y Valdéz. México; 1996.
11. Georgas J, Giakoumaki E, Georgoulis N, Koumandakis E, Kaskarelis D. Psychosocial stress and its relation to obstetrical complications. *Psychother Psychosom*. 1984; 41: 200-6.
12. Hjelm K, Bard K, Nyberg P, Apelqvist J. Swedish and Middle-Eastern-born women's beliefs about diabetes gestational. *Midwifery* 2005; 21: 44-60.
13. Langer N, Langer O. Emotional Adjustment to Diagnosis and Intensified Treatment of Gestational Diabetes. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 329-34.
14. Spirito A, Williams C, Ruggiero L, Bond A, McGarvey S, Coustan D. Psychological Impact of the Diagnosis of Gestational Diabetes. *Obstet Gynecol* 1989; 73: 562-66.
15. Langer N, Langer O. Comparison of pregnancy mood profiles in gestational diabetes and preexisting diabetes. *Diabetes Educ* 2000; 26: 667-72.
16. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001; 24: 1069-78.
17. Trulsson MH, Himmel C: Effects of insulin and streptozotocin-induced diabetes on brain norepinephrine metabolism in rats. *J Neurochem* 1985; 44: 1873-6.
18. MacKenzie R, Trulsson M: Effects of insulin and streptozotocin-induced diabetes on brain tryptophan and serotonin metabolism in rats. *J Neurochem* 1978; 30: 205-11.
19. Lustman PJ, Skor DA, Carney RM, Santiago JV, Cryer PE. Stress and diabetic control. *Lancet* 1983; 1: 588.
20. Lustman P, Anderson R, Fredland KE, de Groot M, Carney RM, Clouse RE. Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care* 2000; 23: 934-42.
21. Morales-Carmona F, Díaz-Franco E, Espíndola-Hernández G, Henales-Almaráz C, Meza-Rodríguez P, Mota-González C, Pimentel Nieto D. Concepto de Salud Psicológica. En: *Temas Selectos de Orientación Psicológica Creando Alternativas*. Volumen 1. Ed. Manual Moderno: Universidad Iberoamericana – The University of Scanton. 2005: 49-62.
22. Morales-Carmona F, Díaz-Franco E, Espíndola-Hernández G, Henales-Almaráz C, Meza-Rodríguez P, Mota-González C, Pimentel Nieto D. Psicopatología y atención psicológica institucional. En: *Temas Selectos de Orientación Psicológica Creando Alternativas*. Volumen 1. Ed. Manual Moderno: Universidad Iberoamericana – The University of Scanton; 2006: 57-67.
23. Morales Carmona F, Gonzalez CG, Valderrama BG. Perfil de personalidad de un grupo de mujeres embarazadas. *Perinatol Reprod Hum* 1988; 2: 165-74.
24. Pimentel-Nieto D, Ramírez-Torres A, Morales Carmona F. Factores de riesgos psicosociales para el descontrol glucémico en mujeres con diabetes gestacional. *Protocolo de Investigación INPer No. 212250-48411*. Instituto Nacional de Perinatología Dr. Isidro Espinosa de los Reyes, México. (Datos no publicados), 2007.
25. Morales-Carmona F, González CG, Ramos C, Calderón FM. Situación Marital y emocional de un grupo de mujeres gestantes de alto riesgo. *Perinatol Reprod Hum* 1990; 4: 63-7.
26. Kessler RC, Nelson CB; McGonagle KA, Lui J, Swartz MS, Blazer DC: 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: 17-130.
27. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS; Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III- R psy-



- chiatric disorder in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19.
28. Robins LN, Regier DA. *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York, Free Press (McMillan), 1991.
 29. Anderson R., Freedland K., Clouse R., Lustman P. The Prevalence of Comorbid Depression in Adults with Diabetes. *Diabetes Care* 2001; 24: 1069-78.
 30. Gabbard GO, Spiegel D. The economic impact of psychotherapy. *Am J Psychiat* 1997; 154: 147-55.
 31. Tun PA, Perimuter LC, Russo P: Memory self- assessment and performance in aged diabetics and nondiabetics. *Exp Aging Res* 1987; 13: 151-7.
 32. Murrell SA, Himmelfarb S, Wright K: Prevalence of depression and its correlates in older adults. *Am J Epidemiol* 1983; 117: 173-85.
 33. Eaton WW, Mangel M, Mengel L, Larson D, Campbell R, Montague RB: Psychosocial and psychopathologic influences on management and control of insulin-dependent diabetes. *Int J Psychiatry Med* 1992; 22: 105-17.
 34. Friis R, Nanjundappa G: diabetes, depression and employment status. *Soc Sci Med* 1986; 23: 471-5.
 35. Jacobson AM, de Groot M, Samson JA. The effects of psychiatric disorders and symptoms on quality of life in patients with type I and type II diabetes mellitus. *Qual Life Res* 1997; 6: 11-20.
 36. Lustman PJ, Freedland K, Griffith LS, Barnes LD, Miller CR, Anderson KH, McGill J, et al. Effects of major depression on health-related quality of life in type 2 diabetes: a controlled analysis (Abstract). *Diabetes*. 1999; 48 (Suppl. 1); A73.
 37. Lustman PJ, Freedland KE, Griffith LS, Clouse RE. Fluoxetine for depression in diabetes: a randomized double-blind placebo- controlled trial. *Diabetes Care* 2000; 23: 618-23.
 38. de Groot M, Anderson RJ, Freedland KE; Clouse RE, Lustman PJ. Association of diabetes complications and depression in type 1 and 2 diabetes: a meta-analysis (Abstract). *Diabetes* 2000; 49: A63.
 39. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Social Behavioral Sciences*. Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
 40. Katon W, Unützer J, Fan MJ, Williams J, Schoenbaum M, Lin EHB, Hunkeler EM. Cost- effectiveness and net benefit of enhanced treatment of depression for older adults with diabetes and depression. *Diabetes Care* 2006; 29: 265-70.
 41. Ludman EJ, Katon W, Russo J, Von Korff M, Simon G, Ciechanowski P, et al. Depression and diabetes symptom burden. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26: 430-6.
 42. Von Korff M, Katon W, Lin EH, Simon G, Ludman E, Oliver M, et al. Potentially modifiable factors associated with disability among people with diabetes. *Psychosom Med* 2005; 67: 233-40.
 43. Von Korff M, Katon W, Lin EH, Simon G, Ciechanowski P, Ludman E, et al. Work disability among individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2005; 28:1326-32.
 44. Lin EH, Katon W, Von Korff M, Rutter C, Simon GE, Oliver M, Ciechanowski P, et al. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care* 2004; 27: 2154-60.
 45. Katon WJ, Lin EH, Russo J, Von Korff M, Ciechanowski P, Simon G, et al. Cardiac risk factors in patients with diabetes mellitus and major depression. *J Gen Intern Med* 2004; 19: 1192-9.
 46. Black SA, Markides KS, Ray LA. Depression predicts increased incidence of adverse health outcomes in older Mexican Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26: 2822-8.
 47. Koenig HG, George JK, Peterson BL, Pieper CF. 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.
 48. Sullivan M, LaCroix A, Russo J, Swords E, Sornson M, Katon W. Depression in coronary

- heart disease: what is the appropriate diagnostic threshold? *Psychosom* 1999; 40: 286-92.
49. Lyness JM, King DA, Cox CA, Yoediono Z, Caine ED. The importance of subsyndromal depression in older primary care patients: prevalence and associated functional disability. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 647-52.
 50. Judd LL, Rapaport MH, Paulus MP, Brow JL. Subsyndromal symptomatic depression: a new mood disorder? *J Clin Psychiatry* 1995; 55: 18-28.
 51. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 2000; 160: 2101-7.
 52. Littlefield CH, Craven JL, Rodin GM, Daneman D, Murray MA, Rydall AC. Relationship of self-efficacy and bingeing to adherence to diabetes regimen among adolescents. *Diabetes Care* 1992; 15: 90-4.
 53. McGill JB, Lustman PJ, Griffith LS, Freedland KE, Gavard JA, Clouse RE. Relationship of depression to compliance with self-monitoring of blood glucose (Abstract). *Diabetes* 1992; 41: A84.
 54. Simon G, Katon W, Lin E, Ludman E, Von Korff M, Ciechanowski P, Young B. Diabetes complications and depression as predictors of health care costs. *Gen Hosp Psychiatry* 2005; 27: 344-51.
 55. Katon W, Simon G, Unutzer J, Fan M, Schoenbaum M, Von Korff M, et al. Cost-effectiveness and probability of cost-offset of a stepped care intervention in patients with diabetes and depression. Presented at the 18th Annual NIMH Conference on Mental Health Services Research, Bethesda, Maryland, 18-19 July 2005.
 56. Berg M, Honkasalo ML. Pregnancy and Diabetes a hermeneutic phenomenological study of women's experiences. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2000; 21: 39-48.
 57. Aguilar-Figueroa V, Morales-Carmona F. Ansiedad y autoconcepto en pacientes embarazadas diabéticas. *Perinatol Reprod Hum* 1995; 9: 99-105.
 58. Kmita G, Baranska M, Ciaston-Przeclawska E, Urmanska W. Psychological aspects of high risk pregnancy in hospitalized women – toward the change of the existing model of care. *Ginekol Pol* 1998; 69: 1025-31.
 59. American Diabetes Association. Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1998 21; Suppl(1): 523-31.
 60. Ismail K, Winkley K, Rabe-Hesketh S. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 2 diabetes. *Lancet* 2004; May 15; 363 (9421): 1589-97.
 61. Morales-Carmona F, Díaz E. Algunas consideraciones sobre la psicología en las instituciones médicas. *Perinatol y Rep Hum* 2000; 14: 176-82.
 62. Bernardi R, Defey D, Garbarino A, Tutté JC, Villalba L. Guía Clínica para la psicoterapia. *Rev Psiquiatr Urug* 2004; 68 (2): 99-146.
 63. Miranda J, Muñoz R: Intervention for minor depression in primary care patients. *Psychosom Med* 1993; 56: 136-41.
 64. Eisenberg L. Treating depression and anxiety in primary care: closing the gap between knowledge and practice. *N Engl J Med* 1992; 326: 1080-4.
 65. Mynors-Wallis LM, Gath DH, Lloyd Thomas AR, Tomlinson D: Randomized controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care: *Br Med.* 1995; J 310: 441-446.
 66. Milgrom J, Negri LM, Gemmill AW, McNeil, Martin PR. A randomized controlled trial of psychological interventions for postnatal depression. *Br J Clin Psychol* 2005; 44: 529-42.
 67. Roter DL, Hall JA, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. *Med Care* 1998 Aug; 36: 1138-61.
 68. Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE, Freedland KE, Eisen SA, Rubin EH, et al.



- Effects of nortriptyline on depression and glucose regulation in diabetes: results of a double-blind, placebo-controlled trial. *Psychosom Med* 1997; 59: 241-250.
69. Lustman PJ, Griffith LS, Freedland KE, Kissel SS, Clouse RE. Cognitive behaviour therapy for depression in type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Ann Intern Med* 1998; 129: 613-21.
70. Mazze RS, Lucido D, Shamoon H. Psychological and social correlates of glycemic control. *Diabetes Care* 1984; 7: 360-6.
71. Testa MA, Simonson DC. Health economic benefits and quality of life during improved glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *JAMA* 1998; 280: 1490-6.
72. Treatment choice in psychological therapies and counselling. Evidence based clinical practice guideline. Department of Health, United Kingdom. 2001. London Department of Health. 4-10-0004. Ref Type: Electronic Citation. Disponible en: www.dohgov.uk/mentalhealth/treatment-guideline.
73. Gavard JA, Lustman PJ, Clouse RE. Prevalence of depression adults with diabetes: an epidemiological evaluation. *Diabetes Care* 1993; 16: 1167-78.
74. Harter M, Couadau A, Issa SM, Albregues P, Irondelle G, Strulo S, et al. The diabetic and his psychological dimension. *J Annu Diabetol Hotel Diev* 1984: 287-386.
75. Hofmanova I. Pre-conception care and support for women with diabetes. *Br J Nurs* 2006; 15:90-4.
76. Gafvels C, Wandell PE. Coping strategies in men and women with type 2 diabetes in Swedish primary care. *Diabetes Res Clin Pract* 2006; 71: 280-9.
77. Ko CH, Gu MO. The effects of a diabetic educational program for coping with problem situation on self-efficacy, self care behaviors, coping and glycemic control in type 2 diabetic patients. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2004; 34(7): 1205-14.
78. Langer N, Langer O: Pre-existing diabetics: relationship between glycemic control and emotional status pregnancy. *J Matern Fetal Med* 1998; 7: 257-63.
79. Morales-Carmona F. Psicología de la Reproducción Humana: Un enfoque integral En: *Reproducción Humana*. Instituto Nacional de Perinatología y Ed. Trillas. 2002.