

Percepciones de las gestantes con diabetes mellitus gestacional: diagnóstico, hospitalización y enfrentamientos

Percepções de gestantes com diabetes mellitus gestacional: diagnóstico, hospitalização e enfrentamentos

Perceptions of pregnant women with gestational diabetes mellitus: diagnosis, hospitalization and confrontation

Recibido: 19/08/2019

Aprobado: 04/03/2020

Publicado: 01/07/2020

Maira Julyê Mota Fernandes¹

Cintia Bragheto Ferreira²

Este es un estudio cualitativo-descriptivo realizado en 2018 en un hospital universitario de Goiás, que tiene por objeto investigar la forma en que las mujeres embarazadas con diabetes mellitus gestacional experimentaron el diagnóstico y la hospitalización e identificar las estrategias de *coping* para hacer frente a la enfermedad. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a seis mujeres embarazadas. El análisis de los datos fue inductivo, basado en la transcripción completa y en la lectura curiosa y exhaustiva de las entrevistas, organizadas después en ejes temáticos, analizadas en base a las enfermedades crónicas, las mujeres embarazadas y *coping*. Surgieron cuatro temas: *Percepciones sobre el diagnóstico; Experiencias relacionadas con la hospitalización; Estrategias de enfrentamiento; y, Relaciones entre las emociones y la diabetes mellitus gestacional*. Hubo sentimientos como la ansiedad y la angustia ante el diagnóstico y dificultades con los cambios de dieta en la hospitalización. Las principales estrategias de enfrentamiento estuvieron relacionadas con el autocuidado y el apoyo social y familiar. En los aspectos emocionales, no hubo consenso de que es un factor determinante para cambios en la enfermedad.

Descriptor: Diabetes gestacional; Adaptación psicológica; Hospitalización; Complicaciones del embarazo; Emociones.

Este é um estudo qualitativo-descritivo realizado em 2018, num hospital universitário goiano, e que tem como objetivo investigar como gestantes com diabetes mellitus gestacional vivenciaram o diagnóstico e a internação e identificar as estratégias de *coping* para o enfrentamento da doença. Realizaram-se entrevistas semiestructuradas com seis gestantes. A análise dos dados foi indutiva, a partir da transcrição na íntegra e leitura curiosa e exhaustiva das entrevistas, organizadas a *posteriori* em eixos temáticos, analisados embasados nas doenças crônicas, gestantes e *coping*. Emergiram quatro temáticas: *Percepções sobre o diagnóstico; Vivências relacionadas à internação; Estratégias de enfrentamento; e, Relações entre emoções e diabetes mellitus gestacional*. Verificou-se sentimentos como ansiedade e angústia frente ao diagnóstico e dificuldades com mudanças alimentares na hospitalização. As principais estratégias de enfrentamento relacionaram-se ao autocuidado e suporte social/familiar. Nos aspectos emocionais, não houve consenso que seja fator determinante para alterações na enfermidade.

Descritores: Diabetes gestacional; Adaptação psicológica; Hospitalização; Complicações na gravidez; Emoções.

This is a qualitative-descriptive study conducted in 2018, at a university hospital in the state of Goiás, which aims to investigate how pregnant women with gestational diabetes mellitus experienced their diagnosis and hospitalization and to identify coping strategies for dealing with the disease. Semi-structured interviews were conducted with six pregnant women. Data analysis was inductive, from the full transcription and curious and exhaustive reading of interviews, later organized in thematic axes and analyzed based on chronic diseases, pregnant women and coping. Four themes emerged: *Perceptions about the diagnosis; Experiences related to hospitalization; Coping strategies; and Relationships between emotions and gestational diabetes mellitus*. There were feelings such as anxiety and anguish regarding the diagnosis and difficulties with dietary changes during hospitalization. The main coping strategies were related to self-care and social/family support. Regarding emotional aspects, there was no consensus that it is a determining factor for changes in the disease.

Descriptors: Diabetes, Gestational; Adaptation, Psychological; Hospitalization; Pregnancy complications; Emotions.

1. Psicóloga. Especialista en Salud Materno-Infantil. Estudiante de Maestría en Psicología (PPGP) de la Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-5107-6000 E-mail: mairajulye@gmail.com

2. Psicóloga. Maestra y Doctora en Enfermería de Salud Pública. Profesora Adjunta del Departamento de Psicología y del PPGP/UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-4070-7169 E-mail: cintiabragheto@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Se estima que, a la escala mundial, 425 millones de personas entre 20 y 79 años de edad tienen algún tipo de diabetes mellitus¹. Considerando el mismo grupo de edad, Brasil ocupa el cuarto lugar en el mundo con las tasas más altas de diabetes mellitus en su población adulta, con un estimado de 14,3 millones de personas¹.

Estas estimaciones se relacionan principalmente con las condiciones económicas en vista de su aumento en los países que se encuentran en transición de ingresos bajos a medios y también se asocian con el crecimiento de la población y el envejecimiento¹. En 2030, la diabetes podría convertirse en la séptima causa de muerte en el mundo². También se estima que en el caso de la diabetes mellitus gestacional (DMG), una o dos de cada 10 mujeres embarazadas tendrán la enfermedad³.

La DMG corresponde a la hiperglucemia diagnosticada en el embarazo, que puede o no permanecer después del parto, y debe ser evaluada y controlada porque puede causar deterioro gestacional⁴. Las altas tasas de esta enfermedad en los últimos 20 años también pueden estar relacionadas con cuestiones étnicas, la obesidad y el sedentarismo, y por lo tanto deben ser evaluadas y controladas^{4,5}.

Teniendo en cuenta los factores de riesgo perinatales relacionados con la diabetes y sus resultados, una encuesta realizada entre 201 mujeres embarazadas con diabetes de tipo 1, tipo 2 y DMG, acompañadas en una clínica ambulatoria de prenatal de alto riesgo, mostró una mayor incidencia de cesáreas, prevalencia de prematuridad, seguida de macrosomía y malformación fetal⁶. Por consiguiente, se destaca la importancia de no subestimar la prevalencia de la hiperglucemia en el embarazo.

Para las mujeres embarazadas, tener DMG representa un factor de riesgo para el desarrollo de la diabetes tipo 2 o la intolerancia a la glucosa después del nacimiento³. Por lo tanto, la hiperglucemia en el embarazo es un problema de salud que requiere atención⁶, porque la gestación, aunque se considera una experiencia normal del desarrollo humano, es un período de transición caracterizado por grandes transformaciones, no sólo físicas sino también psíquicas⁷. Sin embargo, los factores de riesgo gestacionales que predisponen al desarrollo de la diabetes pueden identificarse en la consulta prenatal, lo que ayuda a la atención de esta población⁸.

Las repercusiones emocionales del embarazo tienden a estar asociadas a sentimientos ambivalentes y contradictorios, como la inseguridad y el miedo⁹. Cuando se trata de mujeres embarazadas con DMG, estos sentimientos tienden a sumarse a las preocupaciones relacionadas con la enfermedad, como la angustia por lo que puede pasarle a ella y al bebé⁹. Además, las mujeres embarazadas con DMG necesitan adaptarse a los cambios en su rutina alimenticia y al control constante de su glucemia⁹. Este nuevo contexto puede representar una situación estresante.

El *coping* es importante en la experiencia de la diabetes en las mujeres embarazadas y puede conceptualizarse como: *un conjunto de esfuerzos individuales en la creación de estrategias y/o recursos para hacer frente a las condiciones adversas*¹⁰.

El *coping* puede consistir en diversos determinantes y representa el intento de ajustarse personalmente a obstáculos amenazantes a los recursos de adaptación del sujeto¹⁰. Además, estas estrategias se utilizan en circunstancias en las que no existe una preparación, un control y un conocimiento previo¹⁰, y se configura como un conjunto de esfuerzos ante acontecimientos estresantes que promueven en el individuo la necesidad de elaborar una forma de enfrentamiento. Esas estrategias pueden cambiar con el tiempo, variando según las experiencias personales y la etapa de la vida¹¹.

Las estrategias de *coping* pueden clasificarse en dos grandes grupos: las que se centran en la emoción y las que se centran en el problema. Las estrategias centradas en la emoción corresponden a la construcción de mecanismos para regular las respuestas emocionales causadas por un evento estresante. Las estrategias centradas en el problema tienen como

objetivo actuar directamente en la fuente que causa el estrés, tratando de cambiarlo y/o resolverlo¹⁰.

Las prácticas orientadas a la DMG son un importante factor de protección y asistencia, considerando que la experiencia de la enfermedad junto con el embarazo puede promover diversos sentimientos y experiencias capaces de causar sufrimiento⁴. En este contexto, el presente estudio se justifica al tratar de ampliar la comprensión de la experiencia de la DMG.

Considerase el aumento de la incidencia y la prevalencia de la DMG en las mujeres embarazadas, y que la diabetes es capaz de causar importantes repercusiones físicas y emocionales en esta población, así como complicaciones a largo plazo para la madre y el bebé, además de los factores psicosociales y afectivos que deben tenerse en cuenta en la observancia del tratamiento¹². Así pues, este estudio tiene por objeto investigar la forma en que las mujeres embarazadas con diabetes mellitus gestacional experimentaron el diagnóstico y la hospitalización e identificar las estrategias de *coping* para enfrentar la enfermedad.

MÉTODO

Este es un estudio cualitativo-descriptivo de mujeres admitidas en una maternidad de alto riesgo de un hospital universitario en Goiania que fueron diagnosticadas con DMG. Este hospital funciona en régimen de sala de urgencias, con el fin de atender las urgencias y emergencias remitidas por las unidades sanitarias del municipio donde se recogieron los datos.

Como criterios de inclusión, se consideró que las pacientes mayores de 18 años, que tuvieran diabetes desarrollada durante el embarazo, conocían el diagnóstico, estaban conscientes y orientadas durante la hospitalización, así como las condiciones para trasladarse a la sala de entrevistas, y con interés en participar en la investigación.

Las informaciones se reunieron entre mayo y junio de 2018. El instrumento utilizado fue la entrevista, guiada por un guión semiestructurado, en la que se abordaron los datos sociodemográficos de las participantes, así como sus percepciones sobre el diagnóstico de la diabetes, los aspectos emocionales implicados, así como el enfrentamiento de la enfermedad y la hospitalización para el control de la diabetes.

La recogida de datos comenzó con la lectura de los registros de la maternidad para la identificación de las pacientes con DMG hospitalizadas. Después, cada paciente fue abordada en el lecho del hospital. A partir de entonces, se invitó a cada paciente a participar en la encuesta mediante una entrevista individual, que se grabó en audio y se llevó a cabo en la sala destinada a la atención psicológica individual de la maternidad.

El número de entrevistadas fue elegido en base al criterio de saturación de datos¹³. Las participantes eran nombres ficticios.

Las entrevistas fueron transcritas en su totalidad, leídas con curiosidad¹⁴, comprendidas como un interés genuino en la riqueza de los detalles del discurso, de manera exhaustiva¹⁵ y detallada, lo que dio lugar a la construcción, después, de cuatro ejes temáticos que describían las percepciones de las participantes en los momentos de diabetes.

Los ejes temáticos fueron analizados en base a la teoría de *coping*, anclada en la perspectiva de las estrategias de enfrentamiento con un enfoque en la emoción y un enfoque en el problema. Las estrategias de *coping* representan el intento de ajustarse personalmente a los obstáculos amenazantes a los recursos de adaptación de los individuos¹⁰.

Se intentó contemplar las pautas y reglas de regulación en la investigación con seres humanos, y el proyecto fue presentado y aprobado por un Comité de Ética en la Investigación, bajo el reporte n.º 2.631.379. A través del Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI), se informó a las participantes de los objetivos de la investigación, las implicaciones de la participación y el consiguiente anonimato, y la posibilidad de retirarse en cualquier momento, sin ningún perjuicio para el tratamiento recibido en el entorno hospitalario.

RESULTADOS

Hubo la participación de seis mujeres que recibieron nombres ficticios de flores: Violeta, Orquídea, Rosa, Tulipa, Camelia y Jazmín.

En cuanto a la caracterización sociodemográfica de las participantes, se identificó que la edad media fue de 34,6 años, variando entre 30 y 42 años. En cuanto a la escolaridad, dos (Violeta y Rosa) habían completado la educación superior, mientras que las otras declararon la escuela secundaria completa.

En cuanto al trabajo, las actividades mencionadas fueron: funcionaria municipal (Violeta), diarista (Orquídea), pedagoga y dueña de casa (Rosa), cocinera (Tulipa), costurera (Camelia) y recepcionista de hospital (Jazmín). En lo que respecta al estado civil, cuatro de ellas declararon estar legalmente casadas (Orquídea, Rosa, Tulipa y Camelia) y dos vivían con su pareja (Violeta y Jazmín). En cuanto a la religión, la mayoría de las mujeres entrevistadas mencionaron ser evangélicas.

En el momento de las entrevistas, todas estaban en el tercer trimestre del embarazo, y con una edad gestacional entre 28 semanas y 06 días, hasta 40 semanas y 01 día. El tiempo de diagnóstico de la DMG fue entre 05 días y 21 semanas. Entre las participantes, Orquídea y Jazmín ya habían experimentado el diagnóstico de DMG en embarazo anterior.

De las entrevistas surgieron cuatro temas: 1) *Percepciones sobre el diagnóstico*; 2) *Experiencias relacionadas con la hospitalización*; 3) *Estrategias de enfrentamiento*; y, 4) *Relaciones entre las emociones y la diabetes mellitus gestacional*.

Percepciones sobre el diagnóstico

Para las entrevistadas, la percepción del diagnóstico estuvo relacionada con la dificultad de reconocerse como enferma, verificada en los discursos:

Cuando la Dra. J. dijo que tenía diabetes, hablé así, ¿eh, diabetes? ¿Yo, tan delgada? (apunta a su propio cuerpo). (Rosa)

Para mí es novedad, porque nunca estuve internada por diabetes, especialmente porque pensaba que tenía más que ver con el peso, al principio pensé que había hecho el examen incorrecto (risas), porque el día que hice la primera recogida que presentó un resultado alterado no había notado que tenía glucemia en ayunas y había tomado un yogur, pensé que era por eso, pero luego repetí y continuó así. (Jazmín)

Sobre la expresión de los sentimientos, se reportaron ansiedad, angustia y miedo:

Me dio miedo, porque la diabetes ya es algo muy malo, es una enfermedad muy grave, muy seria, tuvo miedo, más por el bebé, porque es el que más sufre, ¿cierto? (Jazmín)

Al principio me asusté un poco, no sabía cómo era, pero luego fue normal, sólo tienes que controlar. (Tulipa)

No sé, millones de cosas, que mi gestación no avanzaría, muchas cosas. (Camelia)

[...] la gente también está asustada, ni siquiera sabe lo que espera en el futuro, entonces tu vienes al hospital y escuchas muchas cosas de las mujeres que ya están allí, de algunas que han perdido, como esta semana que nació un niño muerto, entonces tienes miedo. (Camelia)

Las repercusiones del diagnóstico de la DMG también estuvieron relacionadas con la queja a la alimentación limitada:

Me asusté un poco, soy muy adicta al chocolate y ahora no puedo comer (risas). (Jazmín)

También como parte de las percepciones del diagnóstico, algunas de las mujeres embarazadas han demostrado atención y conocimiento frente a la diabetes, informando de las posibles complicaciones de la enfermedad al bebé:

Para la madre no hay ningún problema, el niño que puede llegar a ser demasiado grande, pesado y en el momento del parto tener complicaciones y en el futuro desarrollar incluso la diabetes. (Violeta)

Pensé en A., dije vaya, puede nacer ciego, puede nacer con problemas, pensé en el bebé. (Tulipa)

La cuestión genética aparece como un factor importante en el desarrollo de la enfermedad:

Normalmente los médicos dicen que si tienes un caso en la familia, tienes un 50% de posibilidades de desarrollarlo. (Violeta)

Entonces pensé que debía ser porque mi madre tiene y mi abuela tenía, porque ella falleció, debe ser algo relacionado, pasando de generación en generación. (Rosa)

Sobre la reaparición de la enfermedad y sus expresiones de tranquilidad aparece:

Normal. Como te dije, no sufrí. Lo sé, lo sabía, ya he pasado por eso dos veces. (Orquídea)

Ya tuve diabetes gestacional en mi primer embarazo, pero no tuve que ir al hospital no, la dieta en casa es suficiente. (Jazmín)

Experiencias relacionadas con la hospitalización

Las emociones reportadas estaban asociadas con sentimientos como la ansiedad, la inseguridad y la culpa:

Estaba ansiosa por no saber cómo sería, porque nunca había estado en el hospital para quedarme allí. (Violeta)

¿Cómo es? Ah, no sé, nunca he sido internada de esta manera, es una lástima. (Camelia)

Hay un momento en que quieres irte, luego miras para otro lado y piensas no, si me voy y luego pasa algo me sentiré culpable, estoy aquí, es mejor aquí, es malo, pero es mejor que quedarse en casa y pasar algo peor, ¿no? (Tulipa)

Mucha preocupación. También cuando la bebé no se mueve, entonces pienso Dios mío, está sufriendo, lo que está pasando y cuando como algo así que pesa en la conciencia, vaya, no debería haber comido, no debería haber tomado un poco de soda, entonces ella no se mueve y hablo Dios mío, maté a mi hija, entonces no se mueve y sigo tocándola hasta que se mueva. (Rosa)

También se informó del período de aislamiento de los miembros de la familia y de la constante preocupación por los seres queridos:

[...] sólo preocupación, lo que me preocupa son mis hijos que están ahí sin mí. (Orquídea)

He estado llorando porque mis hijos no pueden venir (risas). (Jazmín)

Horrible (risas). Muy malo, estar sin nuestro marido, sin nuestro hijo. (Camelia)

[...] sin decir que estoy sola, mi marido no puede quedarse, no puede tener más gente en la habitación. (Violeta)

La hospitalización también estuvo relacionada con los cambios en la rutina diaria:

Tiene mucho sentido, si juntas todo, si ves cómo es tu vida en casa y cómo es tu vida dentro de un hospital, es totalmente diferente. En el hospital no te estresas [...] estás allí para descansar, tienes todo que necesitas, tienes comida, tienes un lugar limpio [...]. (Orquídea)

La primera vez que me quedé allí fue para conocimiento, la nutricionista indicó, entonces me informó. La segunda vez no me gustó, vaya, qué mala la comida de este hospital, no, quiero irme a mi casa. La segunda vez me pareció malo, esta tercera vez ya estaba preocupada por el final del embarazo [...]. (Rosa)

Es una rutina diferente que cambia, no estás acostumbrado a esta rutina, aquí no hay nada que hacer. (Tulipa)

Todavía no entiendo por qué estoy aquí (risas). (Jazmín)

Teniendo en cuenta el tratamiento, también se informó de dificultades con las restricciones dietéticas y el seguimiento adecuado de las prescripciones nutricionales:

[...] aquí hay un menú diferente al que estoy acostumbrada en casa [...]. (Tulipa)

Vaya, así, ahora que está cambiando porque el fin de semana pasado fue el cumpleaños de mi hijo, comí tarta, cosas que no podría (risas), pero está siendo difícil, la dieta está siendo difícil. (Jazmín)

También estuvieron presentes preocupaciones financieras:

Diría que esto me preocupa mucho, especialmente porque cuando estamos aquí, no estamos ganando dinero, pero tampoco estoy ganando en casa, ya no consigo más. Entonces me preocupa. (Orquídea)

Estrategias de enfrentamiento

Las mujeres embarazadas usaron el *coping* para estrategias centradas en el problema y en la emoción, además del apoyo social y familiar para hacer frente a su enfermedad, con atención a la nutrición y la adopción de hábitos alimenticios más saludables:

[...] es inútil que te pelees, que quieras comer todo lo que no puedes porque no hay manera. (Violeta)

La comida es muy importante, a veces no podemos comer en casa como lo hacemos en el hospital, el tiempo es otra cosa que estoy segura que hace la diferencia [...]. (Orquídea)

Pero también pensé en la bebé, si la mujer no sigue bien, puede tener un problema para el bebé, entonces hice la dieta [...]. (Rosa)

Lo primero que hice fue cambiar mis hábitos alimenticios. (Tulipa)

[...] aunque no me hayan pasado la dieta, tomé algunas cosas que sé que no hacen bien [...]. (Jazmín)

Las estrategias de enfrentamiento con enfoque en la emoción se dirigieron a la valorización de la hospitalización para el autocuidado, además de no pensar, y el deseo de escapar del hospital:

[...] bromeo que cuando me hospitalizo voy a mi hotel. Porque aquí no lavo, no paso, no limpio, no cocino, no cuido a los niños, aquí descanso de verdad, aquí realmente no descanso mi mente, porque me preocupo por ellos, por mis hijos, pero descanso mi cuerpo [...] trato de olvidar mi vida allá, trato de vivir aquí, porque si me quedo aquí pensando allá, no es bueno [...]. (Orquídea)

Últimamente camino, bajo allí, me quedo un poco, veo la televisión, me quedo en silencio. (Tulipa)

Trato de no pensar en mi casa. Así mismo, sigo pensando, porque estoy preocupado por mi chica, pero pensé, cuando estoy pensando demasiado entonces voy a cambiar mi enfoque, salir, hablar, caminar para no pensar demasiado. (Rosa)

Están con el padre, pero está llorando, queriendo que yo regrese (risas). Entonces él tiene miedo de que me quede más tiempo, aún más ahora que me han dado un pote de este tamaño para orinar. Dije que así me voy. (risas). (Jazmín)
Sólo el miedo, la voluntad de irme, quiero que esta semana vaya rápido para que ella nazca. (Camelia)

Además de las estrategias centradas en el problema y centradas en la emoción, estuvieron presentes el apoyo social y familiar, representado tanto por el apoyo social, formado por otras pacientes internadas, como por el apoyo familiar, representado por la figura de la madre y el marido:

Sí, hablo con las chicas, cada una tiene una historia diferente, y terminamos compartiendo. (Tulipa)

¿Si hago algo? No dejo de hablar con las chicas, sólo hablo, mirando a los bebés de cada una. (Camelia)

Tu madre te llama y te dice que tienes que pensar positivo, tu marido habla, entonces empiezas a quedarse así, entonces ves que hay personas que están peores que tú, pero el miedo continúa. (Camelia)

[...] porque si fuera por mi marido yo también estaría en casa (risas). Nunca se alejó de mí, porque era él quien se quedaba como acompañante. (Jazmín)

También se observó la expectativa sobre el cuidado del bebé, que parece haberse utilizado como estrategia de enfrentamiento de la experiencia de la hospitalización y las repercusiones de la diabetes:

Sí, porque sé que está aquí (señala la panza), me necesita. Y yo estoy con él y él está conmigo. (Orquídea)

Pensando en él (señala la panza), pensando sólo en mi bebé, porque si voy a pensar en las cosas de ahí fuera me voy ahora (risas), porque sólo estoy aquí por él, no es ni siquiera por mí, no, es por él. (Jazmín)

La religiosidad/espiritualidad también estuvo presente en los discursos de las participantes, presentándose como un aliado en el enfrentamiento de la diabetes en el embarazo:

Estoy tranquila. Rezo a Dios por un buen momento, no pasa nada. (Violeta)

Dios, él sobre todo (risas). El que es mi fuerza, mi fortaleza, el que me ayuda, el que me guía, el que me protege, es en él que tengo fuerza para todo. (Orquídea)

Leo mucho la Biblia, me gusta buscar textos que me ayuden a fortalecerme y saber que tengo que dejar todo en manos de Dios, para que por su voluntad todo esté bien. (Rosa)

Las relaciones entre las emociones y la diabetes mellitus gestacional

Aquí apareció la forma en que las mujeres embarazadas identifican una posible relación entre el estado emocional y el descontrol de la glucemia:

Así es mucho, todo afecta un poco, y cuando me preguntas si creo que lo psicológico tiene que ver con lo que paso, para mí tiene todo que ver, porque cuando estoy bien psicológicamente estoy bien en todo [...]. (Orquídea)

Creo que sí, porque cuando estás así de alterada, preocupada como el día en que el doctor dijo que tenía que quedarme en el hospital, ¡la glucemia se aumentó mucho! (Tulipa)

Sin embargo, otras demuestran la falta de relación entre el estado emocional y el descontrol de la glucemia:

Creo que no. No lo veo. (Violeta).

No sé, no puedo decir. (Camelia).

Los aspectos emocionales también estuvieron relacionados con la autopercepción de la fisiología y el comportamiento:

Hay momentos en que creo que es el emocional y hay momentos como ese, me comí una pizza y no se hizo más grande, me pasé toda la noche llorando y llegó a casi 300 (risas). Así que pienso, ¿es realmente lo emocional lo que está pasando? Estoy ayunando y está alto, me enfadé, y me quedo pensando, me pregunto si lo es, si no lo es (risas). (Rosa)

Creo que eso es más mi control emocional. Soy muy nerviosa y cuando me pongo nerviosa como mucho, ahí es donde consigo algo dulce que es lo que me calma, el chocolate (risas). (Jazmín)

DISCUSIÓN

Considerando las experiencias de un embarazo con diabetes, una investigación ha demostrado que el diagnóstico ha proporcionado atención a la enfermedad, miedo y culpa ante el uso de medicamentos para controlar la enfermedad y, dificultad para comprender las consecuencias del diagnóstico a medio y largo plazo¹⁶.

Otras investigaciones mostraron que el diagnóstico representó desafíos y demandas para las mujeres embarazadas, además de un choque inicial y un equilibrio posterior¹⁷. En otro trabajo hubo un deseo de cuidado y atención ante la enfermedad, así como sufrimiento y preocupación por el diagnóstico, el tratamiento y la falta de atención por parte de los profesionales de la salud, y hubo quejas por la insuficiente información sobre DMG para dicha población¹⁸. Tales encuestas coinciden con las participantes en este estudio cuando informan sobre la ansiedad, la angustia, el miedo y la preocupación por el bebé. Quedó claro a partir del diagnóstico que la diabetes es capaz de promover sentimientos y percepciones variadas en cada individuo que descubre la enfermedad¹⁹.

El diagnóstico también provocó reflexiones, desafíos y demandas de las mujeres embarazadas. Fue evidente que las participantes tuvieron dificultades para hacer frente a los cambios inesperados resultantes del diagnóstico, cambios representados principalmente por la alimentación limitada, el aislamiento de familiares y/u otros hijos y los cambios en la rutina diaria. Estos hallazgos corroboran otras conclusiones sobre los retos del autocuidado de las mujeres embarazadas diabéticas, en las que el choque inicial se expresa ante el diagnóstico^{19,20}.

Otras investigaciones indican que la enfermedad tiene un impacto negativo en la vida de las mujeres embarazadas²¹, siendo capaz de cambiar la configuración familiar y alterar significativamente la rutina y los hábitos de la mujer embarazada y sus familiares²², posibilidades de complicaciones para la mujer embarazada y el feto, falta de conocimiento del seguimiento y tratamiento de la DMG^{19,23}, que es consistente con la investigación presentada aquí.

Las mujeres con DMG suelen tener dificultades para ocuparse del autocuidado, principalmente relacionadas con las restricciones dietéticas, además de experimentar cambios en el sueño y el descanso debido al embarazo, así como lamentos ante los cambios en la rutina y la práctica de las actividades diarias²⁴. En este estudio se destacaron las dificultades para comer, de acuerdo con un estudio que señaló problemas con las restricciones dietéticas y el seguimiento adecuado de la prescripción nutricional, relacionados con el cambio de hábitos, el apoyo social y la dificultad para hacer frente a las privaciones²⁵.

En las dificultades para adherirse al tratamiento de DMG, es necesario concienciar y fomentar la participación en programas educativos, con un equipo multiprofesional, y que estos espacios puedan favorecer los aspectos subjetivos de la enfermedad, más allá del cuadro patológico¹². De esta manera, la construcción y mantenimiento de un nuevo estilo de vida debe partir de la idea de que cada mujer embarazada es única, siendo necesario comprender su contexto social, afectivo y cultural para la adherencia al tratamiento, favoreciendo la atención^{12,20}.

A su vez, se recomienda el uso de medicamentos sólo en los casos en que se observe un crecimiento fetal excesivo o un alto grado de descontrol de la glucemia^{5,15}. Aunque la propuesta terapéutica utilizada para el control de la DMG es eficaz, no exime, en muchos casos, de la necesidad de hospitalización de la mujer embarazada. Esta hospitalización puede ocurrir en varios períodos del embarazo, debido a un descontrol de la glucemia, y es muy importante que un equipo multiprofesional⁶, que tratará de establecer lazos de confianza y seguridad con las mujeres embarazadas, las acompañe, para la atención y el apoyo a las demandas²⁰.

Las mujeres embarazadas en este estudio demostraron preocupaciones comunes relacionadas con la alimentación y el aislamiento de los miembros de la familia y otros hijos. Una hospitalización prolongada puede contribuir a la manifestación de conflictos emocionales y sentimientos de culpa, impotencia, cansancio y preocupación, principalmente relacionados con las mujeres embarazadas que tienen otros hijos pequeños que requieren atención materna⁹.

Se ha demostrado que el sentimiento de culpa está principalmente vinculado al uso de medicamentos durante el embarazo para controlar la enfermedad¹⁶. En los cambios que se han producido como resultado de la hospitalización, también podemos ver la internación como una

posibilidad de descanso, pero también la impotencia debido a la falta de movilidad durante la internación.

La hospitalización también puede influir económicamente en la unidad familiar, y la expectativa de posibles dificultades financieras que también es un factor de cambios emocionales⁹.

Las estrategias que se centraron en el problema estuvieron relacionadas con la alimentación, y se centraron en las prácticas de nutrición apropiadas. Y, las estrategias centradas en la emoción se vincularon a la hospitalización como una forma de autocuidado, valorando el espacio hospitalario como capaz de promover la atención a la enfermedad y momentos de reflexión sobre la misma. Otros recursos también destacados como importantes, como el apoyo social/familiar, las expectativas de atención, la fuga/evasión, como estrategias centradas en la emoción, y la religiosidad/espiritualidad, coinciden con otros trabajos^{9,22}.

Un estudio consideró la red de apoyo y el soporte emocional en el tratamiento de la diabetes mellitus por parte de las mujeres embarazadas, se observó que la mayoría hizo uso de estrategias centradas en el problema relacionado con el cuidado de la enfermedad durante el embarazo haciendo un seguimiento con los profesionales de la salud²².

Independientemente de las estrategias de enfrentamiento utilizadas por el individuo para hacer frente a los acontecimientos estresantes, la satisfacción y validación de la respuesta del sujeto dependerá principalmente de su flexibilidad y su voluntad de cambio ante el acontecimiento estresante. Además, las nuevas condiciones estresantes requerirán un mayor ajuste personal a los obstáculos amenazantes²⁶.

El embarazo en conjunto con una enfermedad como la diabetes pareció proporcionar una singularidad especial en su gestación. Siendo evidentes los signos de sufrimiento en el contexto experimentado⁴. Las entrevistadas tuvieron varias estrategias de enfrentamiento que ayudaron a ampliar su percepción de la enfermedad y de la necesidad de cuidados y autocuidado.

En cuanto a los aspectos emocionales, se destaca el manejo de las enfermedades crónicas, ya que las emociones pueden influir en la estabilización y/o el empeoramiento de muchas enfermedades, como en el caso de la diabetes. En este sentido, el apoyo emocional y el uso de estrategias de enfrentamiento son parte de la vida y de la convivencia con enfermedades crónicas²⁷.

Las emociones también se consideran importantes en la atención de las enfermedades crónicas, ya que pueden influir tanto en la estabilización como en el empeoramiento de la enfermedad²⁷, incluso teniendo en cuenta que no hubo consenso entre las participantes sobre si los cambios emocionales influyen en el descontrol de la glucemia.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico despertó sentimientos como la ansiedad, la angustia y el miedo, así como la dificultad para comprender la DMG al principio e identificarse con la enfermedad, así como los retos que suponen los cambios en la dieta y el período de aislamiento de los miembros de la familia.

Las estrategias centradas en el problema estuvieron representadas por los cambios alimenticios, a fin de adherirse al tratamiento, mientras que las estrategias centradas en la emoción se relacionaban con la realización de actividades físicas breves, como caminar, hablar de los sentimientos y la experiencia de la hospitalización como alivio de la ansiedad.

El apoyo familiar/social y la religiosidad/espiritualidad también correspondieron a un factor importante para ayudar en el autocuidado y la experiencia de la hospitalización. Las emociones estaban relacionadas con los cambios en el comportamiento alimenticio, como el deseo constante de alimentos no incluidos en la dieta y la reflexión sobre los cambios glucémicos. Sin embargo, no hubo consenso en cuanto a que las emociones son un factor determinante para el descontrol de la glucemia.

Es necesario considerar que este estudio exploró sólo una parte de la población de mujeres embarazadas con diagnóstico de DMG, hospitalizadas para el control de la enfermedad, que viven en una ciudad de Goiás, tales aspectos pueden representar una limitación de este estudio, ya que exploró las percepciones de sólo seis mujeres embarazadas hospitalizadas, por lo que no es recomendado que los datos sean generalizados.

Sin embargo, los resultados obtenidos permitieron conocer de manera pertinente las dificultades que experimentan las mujeres embarazadas diabéticas durante la hospitalización y conocer la percepción que tienen esas mujeres sobre la participación de una enfermedad en el período de gestación, su proceso de enfrentamiento y también los cambios desencadenados por la hospitalización. Estos hallazgos representan el conocimiento para satisfacer las necesidades de salud de las mujeres con DMG.

Los sufrimientos causados por la experiencia de un embarazo con diabetes podrían reducirse al mínimo con el suministro de información sobre el tema y el apoyo de los equipos de salud para valorar y acoger las inseguridades, los temores y las incertidumbres que experimentan en este período las mujeres embarazadas, lo que podría promover una mayor seguridad y fortalecimiento de las mujeres embarazadas con DMG.

También es importante invertir en investigaciones con mujeres embarazadas que padecen afecciones como la diabetes, que tratan de favorecer formas de conocimiento sobre la enfermedad y sus posibles complicaciones, y estrategias adecuadas de autocuidado. La apreciación de las experiencias y percepciones tiene por objeto ampliar las posibilidades de los equipos de salud para prestar asistencia que pueda fortalecer el desempeño sanitario, de manera humanizada y sensible a los efectos y las adversidades de un embarazo con diabetes.

REFERENCIAS

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [Internet]. Bruselas: IDF; 2017 [citado en 01 mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.diabetesatlas.org>
2. World Health Organization. Diabetes [Internet]. Ginebra: OMS; 2018 [citado en 01 mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
3. Organização Pan-Americana de Saúde. Dia mundial da saúde 2016: combater a diabetes [Internet]. São Paulo: OPAS; 2016 [citado en 10 mayo de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=326:dia-mundial-da-saude-2016-combater-o-diabetes&Itemid=183&lang=pt
4. Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde (Brasil), Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, Sociedade Brasileira de Diabetes. Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [citado en 29 mayo 2019]. 36p. Disponible en: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-gestacional-relatorio.pdf>
5. Carolan-Olah MC. Educational and intervention programmes for gestational diabetes mellitus (GDM) management: an integrative review. Collegian [Internet]. 2015 [citado en 05 feb 2020]; 23(1):103-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2015.01.001>
6. Moreno HP, Pinto FPF, Blask CAB, Souza CC, Guidone RGR, Toledo SF. Diabetes e gestação: estudo comparativo de variáveis maternas e perinatais. UNILUS Ens Pesqui. [Internet]. 2017 [citado en 10 jun 2019]; 14(35):105-15. Disponible en <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/835>
7. Maldonado MT. Psicologia da gravidez: gestando pessoas para uma sociedade melhor. São Paulo: Ideias & Letras; 2017. 248p.
8. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico [Internet]. 5ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010 [citado en 21 mayo 2019]. 304p. Disponible en: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf

9. Costa IG. As percepções da gravidez de risco para a gestante e as implicações familiares. *Rev Gaúch Enferm.* [Internet]. 2002 [citado en 15 jul 2019]; 23(1):30-46. Disponible en: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4391>
10. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping.* New York: Springer Publishing Company; 1984. 445p.
11. Gonçalves LO, Ferreira CB, Zanini DS, Vasconcelos CLB, Gonçalves SSS. Coping em pacientes crônicos, cuidadores e profissionais de saúde. *Rev SPAGESP* [Internet]. 2015 [citado en 19 jun 2019]; 16(1):107-21. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v16n1/v16n1a09.pdf>
12. Friedrich F, Aparecida M, Uyeda M. Fatores que interferem na adesão ao tratamento da Diabetes Mellitus Gestacional. *Rev Saúde Desenvolv.* [Internet]. 2019 [citado en 22 nov 2019]; 13(14):84-99. Disponible en: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/sauadeDesenvolvimento/article/view/1018>
13. Víctora CG, Knauth DR, Hassen MN. *Pesquisa qualitativa em saúde.* Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000. 134p
14. McNamee S, Hosking DM. *Research and social change: a relational constructionist approach.* New York: Routledge; 2012. 154p
15. Spink MJP. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: Guareschi P, Jovchelovitch S, organizadores. *Petrópolis, RJ: Vozes; 2000. p.117-45. (Textos em representações sociais)*
16. Draffin CR, Alderdice FA, McCance DR, Maresh M, Harper R, McSorley O, et al. Exploring the needs, concerns and knowledge of women diagnosed with gestational diabetes: a qualitative study. *Midwifery* [Internet]. 2016 [citado en 22 nov 2019]; 40:141-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.06.019>
17. Persson M, Winkvist A, Mogren I. 'From stunned to gradual balance' – women's experiences of living with gestational diabetes mellitus. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2010 [citado en 22 nov 2019]; 24(3): 454-62. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00735.x>
18. Ge L, Wikby K, Rask M. Lived experience of women with gestational diabetes mellitus living in China: a qualitative interview study. *BMJ Open* [Internet]. 2017 [citado en 05 feb 2020]; 7:e017648. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017648>
19. Mançú TS, Almeida OSC. Conhecimentos e sentimentos das gestantes diabéticas sobre a diabetes mellitus gestacional e tratamento. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2016 [citado en 14 jun 2019]; 10(3):1474-82. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i3a11089p1474-1482-2016>
20. Ferreira SV, Soares MC, Alves CN, Cecagno S, Soares TM, Braga LR. Cuidado de enfermagem na ótica das gestantes de alto risco. *REFACS* [Internet]. 2019 [citado en 14 jun 2019]; 7(2):143-50. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v7i2.3410>
21. Karsten LF, Souza DL, Vieira MR, Silva JC. Influência do diagnóstico de diabetes mellitus gestacional na qualidade de vida da gestante. *Saúde e Pesqui.* [Internet]. 2016 [citado en 05 feb 2020]; 9(1):7-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.177651/1983-1870.2016v9n1p7-14>
22. Cunha ACB, Marques CD, Lima CP. Rede de apoio e suporte emocional no enfrentamento da diabetes mellitus por gestantes. *Mudanças* [Internet]. 2017 [citado en 05 feb 2020]; 25(2):35-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v25n2p35-43>
23. Borges MCB, Souza Júnior JÁ, Ribeiro LAN, Ribeiro MF, Oliveira PC, Reis RMS, et al. O conhecimento das gestantes sobre o diabetes mellitus gestacional em unidade de pré natal no sul de Minas Gerais. *Arch Health Invest.* [Internet]. 2017 [citado en 05 feb 2020]; 6(8):348-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v6i8.2089>
24. Souza JS, Takemoto AY. Diabetes mellitus gestacional e as dificuldades para o autocuidado. *Rev Parana Enferm.* [Internet]. 2018 [citado en 22 nov 2019]; 1(1):37-46. Disponible en: <http://www.fafiman.br/seer/index.php/REPEN/article/view/461/483>

25. Schmalfluss JM, Bonilha ALL. Implicações das restrições alimentares na vida diária de mulheres com diabetes melito gestacional. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2015 [citado en 31 jul 2019]; 23(1):39-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.5712>
26. Santos ACR. Auto-eficácia, coping e expectativas da prematuridade durante a gravidez. [dissertação]. Lisboa, Portugal: Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida; 2009. 147p.
27. Ramos L, Ferreira EAP. Emotional factors, life quality and adhesion of treatment in adult with diabetes type 2. J Hum Growth Develop. [Internet]. 2011 [citado en 15 mayo 2019]; 21(3):867-77. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822011000300013

CONTRIBUCIONES

Maira Julyê Mota Fernandes contribuyó a la concepción, la reunión y el análisis de los datos y, la redacción. **Cintia Bragheto Ferreira** participó en el análisis de datos, la redacción y la revisión.

Como citar este artículo (Vancouver)

Fernandes MJM, Ferreira CB. Percepciones de las gestantes con diabetes mellitus gestacional: diagnóstico, hospitalización y enfrentamientos. REFACS [Internet]. 2020 [citado en: *insertar el día, mes y año de acceso*]; 8(3):435-445. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

Como citar este artículo (ABNT)

FERNANDES, M. J. M.; FERREIRA, C. B. Percepciones de las gestantes con diabetes mellitus gestacional: diagnóstico, hospitalización y enfrentamientos. **REFACS**, Uberaba, MG, v. 8, n. 3, p. 435-445, 2020. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso en: *insertar el día, mes y año de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

Como citar este artículo (APA)

Fernandes, M.J.M. & Ferreira, C.B. (2020). Percepciones de las gestantes con diabetes mellitus gestacional: diagnóstico, hospitalización y enfrentamientos. *REFACS*, 8(3), 435-445. Recuperado en: *insertar el día, mes y año de acceso de insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.