



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LAS ENFERMEDADES
HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

ROCÍO VALERIA ANGULO ESPINOSA.

DIRECTORA DE TESIS: DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS.

REVISOR: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA.



MÉXICO, D.F.

2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*La felicidad no consiste en vivir sin problemas,
sino en saber vivir.*

Agradecimientos

Antes que nada, quiero agradecer a mis padres por todos los esfuerzos que han hecho para darme lo mejor, por la educación que he recibido y por todo el apoyo y el amor incondicional que me han brindado a lo largo de la vida. A Mimo, por enseñarme lo importante que es disfrutar la vida para tener una buena salud. A Pipo, por mostrarme que no hay problema que no tenga solución. A los dos por enseñarme con su ejemplo cómo salir adelante aun en momentos difíciles.

A mis hermanas, Maru y Paty, por ser mis compañeras de vida, por estar conmigo en los momentos de alegría, tristeza, enojo, aburrimiento, simpleza y carcajadas interminables.

A mis abuelitas Machita y Jiji por siempre creer en mí, por todo su cariño, por sus enseñanzas y por ser tan importantes en mi vida.

A Toño, por su apoyo inigualable, por su paciencia, confianza y amor, por estar conmigo en los buenos y malos momentos, por acompañarme en la alegría y en la frustración, por ser mi guía y mi motivación de cada día, "simplemente" por iluminar mi vida con su presencia.

A mis amigos con quienes de una u otra manera he compartido mis experiencias, mis ideas, mis temores, mis anhelos, pero sobretodo momentos de diversión. A Maye, por contagiarme en buena medida su interés por la psicología, por apoyarme y escucharme cuando más lo he necesitado. A Ari, Noemi, Kikita, Nidy, Ale, Vero e Itzel por su sincera amistad y por acompañarme a lo largo de este camino. A Chela, Ere, Mariana, Iván, Kari, Olga, Mire, Luz Ma y Yez, por todo el apoyo y ánimos durante este proceso.

A Doshinkan, por cultivar en mí la disciplina, la constancia y la superación. Por contribuir a mi formación como persona, por enseñarme a no rendirme fácilmente y por impulsarme a dar lo mejor de mí.

A Lola, por ampliar mi panorama sobre la vida, por las oportunidades que me ha brindado, por permitirme aprender de ella y de mí al mismo tiempo, y por acompañarme durante este arduo proceso.

A todos mis maestros que han dejado huella a través de sus enseñanzas. A Miss Esmeralda, a quien recuerdo con tanto cariño, por sembrar en mí las bases para llegar a este momento, por compartirme sus conocimientos y su alegría ante la vida. A Ale Ruiz por encaminarme hacia la investigación, por la dedicación en su trabajo y por el apoyo que me brindó durante la carrera. Al Mtro. Javier Urbina, por sus buenos consejos y por permitirme aprender de otras áreas de la psicología. Por supuesto, a la Dra. Angélica Riveros, por guiarme en el desarrollo de esta tesis, por su paciencia para resolver mis dudas, por transmitirme sus conocimientos y su pasión por la investigación. Muy especialmente, al Dr. Sánchez Sosa por mostrarme un nuevo mundo de conocimientos, por su apoyo, sus enseñanzas y sus opiniones. A todos ellos, por ser para mí un ejemplo a seguir.

Por supuesto, a la UNAM y a la Facultad de Psicología, por darme la oportunidad de desarrollarme de manera personal y profesional.

A los médicos del Hospital General de Atizapán, quienes contribuyeron con sus comentarios a aclarar mis dudas y a aprender más sobre las enfermedades hipertensivas del embarazo.

A Jacky y a Sandy por permitirme aprender de su trabajo como psicólogas, el cual realizan con impecable seriedad y calidad profesional.

A la Fundación Andrade, a quien de todo corazón le agradezco el apoyo recibido a lo largo de mi trayectoria académica.

A todas las personas que participaron en esta investigación.

Finalmente, a cada una de las personas que han formado parte importante de mi vida.

ÍNDICE

Resumen	i
Abstract	ii
Introducción	iii
Capítulo 1. Enfermedades hipertensivas del embarazo	1
1.1 GENERALIDADES DE LA PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA	3
1.2 CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO	5
1.2.1 Hipertensión gestacional.....	5
1.2.2 Preeclampsia leve.....	5
1.2.3 Preeclampsia grave	6
1.2.4 Eclampsia	6
1.2.5 Síndrome de HELLP.....	7
1.2.6 Preeclampsia agregada a hipertensión crónica.....	7
1.2.7 Hipertensión crónica.....	7
1.3 ETIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO	8
1.3.1 Factores de riesgo generales de las EHE.....	8
Capítulo 2. El funcionamiento psicológico y la salud	13
2.1 COMPONENTES DEL FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO.....	13
2.1.1 Conducta instrumental	13
2.1.2 Cogniciones	14
2.1.3 Emociones.....	14
2.2 INTERACCIÓN ENTRE EL INDIVIDUO Y EL AMBIENTE.....	15
2.2.1 Importancia de las características de personalidad en la salud	16
2.2.2 Importancia del apoyo social en la salud.....	19
2.3 FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES DE LAS ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO	21
2.3.1 Prácticas de crianza	22
2.3.2 Estrés y ansiedad.....	26
2.3.3 Afrontamiento del estrés	33
Capítulo 3. Método	41
3.1 PARTICIPANTES	41
3.2 MATERIALES E INSTRUMENTOS	45
3.3 DISEÑO.....	48
3.4 PROCEDIMIENTO	48
Capítulo 4. Resultados	49
Capítulo 5. Discusión y conclusiones	79
Referencias	89
Anexos	101

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1-Estrategias de afrontamiento.....	36
Tabla 2-Características sociodemográficas de las participantes.....	43
Tabla 3-Características de la gestación de las participantes.....	44
Tabla 4-Medias aritméticas (ANOVA) respecto a ansiedad, afrontamiento y prácticas de crianza	49
Tabla 5-Medias aritméticas (ANOVA) de las características sociodemográficas y de percepción emocional de la entrevista.....	64
Tabla 6-Medias aritméticas (ANOVA) de las características sociodemográficas del SEVIC.....	65
Tabla 7-Preguntas sociodemográficas y de percepción emocional (Chi Cuadrada)	67
Tabla 8-Correlaciones (Spearman Rho) entre datos sociodemográficos, factores de riesgo, características de la gestación, apoyo social y estrés percibido.	78

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de los puntajes de ansiedad estado y rasgo por grupo.....	51
Figura 2. Distribución de los puntajes de aceptación o resignación por grupo.....	52
Figura 3. Distribución de los puntajes de análisis lógico por grupo.....	53
Figura 4. Distribución de los puntajes de contención emocional por grupo.....	54
Figura 5. Distribución de los puntajes de búsqueda de guía y soporte por grupo.....	55
Figura 6. Distribución de los estilos de afrontamiento en cada uno de los grupos.....	56
Figura 7. Distribución de los puntajes del déficit de crianza positiva por grupo.....	57
Figura 8. Distribución de los puntajes de desinterés de los padres por grupo.....	58
Figura 9. Distribución de los puntajes de crianza negativa por grupo.....	59
Figura 10. Distribución de los puntajes de padres que usaban castigo por grupo.....	60
Figura 11. Distribución de los puntajes de la relación negativa con la madre por grupo.....	61
Figura 12. Distribución de los puntajes de la relación negativa con el padre por grupo.....	62
Figura 13. Distribución de los puntajes de las prácticas de crianza por grupo.....	63
Figura 14. Correlaciones entre la edad y los tipos de ansiedad.....	68
Figura 15. Correlaciones entre la escolaridad y los estilos de afrontamiento.....	68
Figura 16. Correlaciones entre la percepción de la relación de pareja y los tipos de ansiedad.....	69
Figura 17. Correlaciones entre la percepción de la relación de pareja y los estilos de afrontamiento.....	69
Figura 18. Correlaciones entre la percepción de ejercicio realizado a lo largo de la vida y los estilos de afrontamiento.....	70
Figura 19. Correlaciones entre la percepción de ejercicio realizado a lo largo de la vida y las prácticas de crianza.....	70
Figura 20. Correlaciones entre la percepción de estrés y los tipos de ansiedad.....	71
Figura 21. Correlaciones entre la percepción de nerviosismo o preocupación y los tipos de ansiedad.....	71
Figura 22. Correlaciones entre la percepción de nerviosismo o preocupación y las prácticas de crianza.....	72
Figura 23. Correlaciones entre la percepción de enojo y los tipos de ansiedad.....	72
Figura 24. Correlaciones entre la percepción de estrés en las actividades diarias y los tipos de ansiedad.....	73
Figura 25. Correlaciones entre la percepción de estrés en las actividades diarias y las prácticas de crianza.....	73
Figura 26. Correlaciones entre la percepción de sociabilidad y los tipos de ansiedad.....	74
Figura 27. Correlaciones entre la percepción de sociabilidad y las prácticas de crianza.....	74
Figura 28. Correlaciones entre la ansiedad estado y los estilos de afrontamiento.....	75
Figura 29. Correlaciones entre la ansiedad rasgo y los estilos de afrontamiento.....	75
Figura 30. Correlaciones entre la ansiedad rasgo y las prácticas de crianza.....	76
Figura 31. Correlaciones entre la aceptación o resignación y las prácticas de crianza.....	76
Figura 32. Correlaciones entre el análisis lógico y las prácticas de crianza.....	77
Figura 33. Correlaciones entre la contención emocional y las prácticas de crianza.....	77
Figura 34. Correlaciones entre la búsqueda de guía y soporte y las prácticas de crianza.....	78

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado.....	103
Anexo 2. Entrevista.....	104
Anexo 3. Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC).....	106
Anexo 4. IDARE Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.....	115
Anexo 5. Escala de Afrontamiento de Moos (Forma B).....	117

Resumen

Las enfermedades hipertensivas del embarazo (EHE) constituyen a nivel mundial una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna, fetal y neonatal. Hasta ahora se desconoce la etiología de estos trastornos, sin embargo, por el parecido que presentan con la hipertensión crónica, se considera que sus causas pueden ser similares en cuanto a los aspectos fisiológicos y psicológicos. Entre sus características destacan los mecanismos asociados a la respuesta presora ante el estrés y padecimientos de espectro ansioso, sin embargo aún existen inconsistencias al respecto. La identificación de variables psicológicas en el desarrollo de estos padecimientos, podría coadyuvar de manera importante en su prevención y tratamiento. El objetivo principal del presente trabajo fue identificar las diferencias en las prácticas de crianza, los estilos de afrontamiento, y el tipo de ansiedad, entre mujeres embarazadas sanas, mujeres embarazadas con enfermedad hipertensiva, y mujeres embarazadas con algún otro padecimiento. Asimismo, se propuso establecer la posible relación entre las variables antes mencionadas. Se utilizó un diseño no experimental, transversal, correlacional y retrospectivo, en el que participaron 90 mujeres. A las participantes se les aplicó el Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento; el Inventario de Estilos de Afrontamiento de Moos; y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado; además de un cuestionario semiestructurado para la identificación de características sociodemográficas, características de la gestación, factores de riesgo y la presencia de hipertensión. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en el estilo de afrontamiento de aceptación o resignación, y en la relación negativa con el padre. Las diferencias en cuanto a los factores de riesgo fueron prácticamente nulas, excepto por las complicaciones en embarazos anteriores y por los desequilibrios hormonales, afectando a las mujeres con enfermedad hipertensiva. Las prácticas de crianza deficientes correlacionaron negativamente con los estilos de afrontamiento, y positivamente con la ansiedad rasgo y estado. Debido a la identificación de prácticas de crianza y estilos de afrontamiento específicos que repercuten en la activación fisiológica, es posible emplear programas preventivos que disminuyan el riesgo de desarrollar EHE.

Abstract

Hypertensive diseases of pregnancy (HDP) are one of the major causes of maternal, fetal and neonatal mortality and morbidity worldwide. Hitherto the etiology of these disorders is unknown. However, due to the similarities with chronic hypertension, it is considered that their causes could be the same regarding physiological and psychological factors. The mechanisms associated with the pressor response to stress and anxiety conditions are emphasized; nevertheless there are still inconsistencies in this regard. The identification of psychological variables in the development of HDP could contribute significantly to their prevention and treatment. The main objective of this study was to identify differences in parenting practices, coping styles, and anxiety in three types of participants: healthy pregnant women, pregnant women with hypertensive diseases, and pregnant women with some other condition. A secondary purpose was to establish the possible relationship between the above variables. A nonexperimental retrospective cross-sectional and correlational design was used involving ninety women. The participants were administered the Inventory of Health, Lifestyles and Behaviour, the Coping Styles Inventory of Moos, and the State-Trait Anxiety Inventory, in addition to a semi-structured questionnaire designed to identify demographic characteristics, risk pregnancy factors and the presence of hypertension. The results showed statistically significant differences in the acceptance/resignation coping style, and in the relationship with the father dimensions. The differences in risk factors were practically nil, except for previous pregnancy complications and hormonal imbalances affecting women with hypertensive diseases. Poor parenting practices correlated negatively with coping styles, and positively with both state and trait anxiety. On the basis of the identification of specific parenting practices and coping styles in the physiologic reactivity of these participants, it should be possible to design psychological preventive interventions against HDP.

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, las complicaciones relacionadas con el embarazo o con el parto provocan a nivel global la muerte de aproximadamente 1500 mujeres cada día. Tan sólo en el 2005, se estimaron 536 000 muertes maternas en todo el mundo, de las cuales la mayoría ocurrieron en países en vías de desarrollo, y gran parte de ellas pudieron ser evitables (World Health Organization [WHO], 2008). Lo anterior puede reflejar tanto un problema de acceso a los servicios de salud, como un problema en la calidad de los mismos.

La mayoría de las complicaciones por las que mueren las mujeres se desarrollan por el propio estado de embarazo, y algunas debido a que el embarazo agrava una enfermedad preexistente. De esta manera, las cinco causas directas de mortalidad materna son: hemorragias, infecciones, enfermedades hipertensivas del embarazo (específicamente la eclampsia), obstrucciones en el parto, y complicaciones derivadas de la práctica de abortos (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2008; WHO, 2008).

En las últimas dos décadas, la mortalidad materna ha disminuido, ya que entre 1990 y 2005, la razón de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos se redujo de 89 a 63. Sin embargo, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU, para el 2015, este valor debe llegar a 22, por lo que aún queda mucho por hacer (Secretaría de Salud [SSA], 2007a).

En cuanto a la mortalidad fetal y neonatal, respectivamente, cada año tres millones de bebés nacen muertos, y más de cuatro millones fallecen dentro del primer mes de vida. Casi un cuarto de las muertes de bebés durante el parto se debe a causas similares a las de la mortalidad materna; es decir, por parto obstruido o muy largo, eclampsia, e infecciones como sífilis (WHO, 2005; 2008).

En nuestro país, la mortalidad materna constituye un problema de salud pública, siendo las principales causas de muerte los trastornos hipertensivos del embarazo y las hemorragias durante el embarazo, parto y el puerperio (SSA, 2007a). El predominio de una o de otra varía según el contexto, ya que en áreas urbanas casi la mitad de las muertes se debe a complicaciones como la preeclampsia; mientras que en zonas rurales la mitad de las muertes se debe a hemorragias (SSA, 2007a). Se cree que esto ocurre debido a que muchas de las

Aspectos psicológicos de las enfermedades hipertensivas del embarazo

mujeres de bajos recursos no acuden a supervisión médica desde el principio del embarazo, por lo que en caso de presentar complicaciones relacionadas con amenazas de aborto, éstas normalmente terminan siendo graves hemorragias. En cambio, en las mujeres que reciben atención regular, las complicaciones que llegan a presentarse suelen ocurrir casi al final de la gestación, desarrollando enfermedades hipertensivas del embarazo.

Aún no se ha llegado a un entendimiento claro de las causas de muchas de las complicaciones obstétricas, sin embargo, por el parecido de las enfermedades hipertensivas del embarazo con la hipertensión crónica, se considera que sus causas pueden ser las mismas o al menos similares en los aspectos fisiológicos y psicológicos. Existen antecedentes que han comprobado la relevancia del comportamiento en la etiología de este tipo de padecimientos, por lo que en la presente investigación se abordan dichos hallazgos con el fin de lograr nuevas aportaciones.

A partir de lo anterior, en la presente investigación se evaluaron los aspectos psicológicos de mujeres embarazadas sanas, mujeres embarazadas con trastornos hipertensivos, y mujeres embarazadas con algún otro padecimiento, con el objetivo de contrastarlos e identificar si existen diferencias en la ansiedad, los estilos de afrontamiento y las prácticas de crianza recibidas. Estas características se registraron verbalmente de manera retrospectiva a lo largo de su vida y no únicamente en el periodo de gestación. La identificación del involucramiento de las variables mencionadas en el desarrollo de enfermedades hipertensivas del embarazo podría brindar grandes aportaciones desde la psicología de la salud para su prevención y tratamiento. Por lo tanto, se espera que a largo plazo sea posible implementar programas de salud con el fin de prevenir y coadyuvar de manera precisa y eficaz en el manejo de las enfermedades hipertensivas del embarazo.

Asimismo, en cuanto al tratamiento de los trastornos hipertensivos del embarazo, si en un futuro las intervenciones psicológicas resultan efectivas en conjunto con las médicas, en principio, sería posible reducir la presión arterial, y por ende, lograr que el bebé permanezca el mayor tiempo posible en el vientre de su madre con el fin de evitar partos prematuros y otras complicaciones. De esta manera se busca obtener beneficios tanto para las madres como para sus hijos.

Capítulo 1. Enfermedades hipertensivas del embarazo

Las enfermedades hipertensivas del embarazo (EHE) constituyen a nivel mundial, como se ha mencionado, una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna, fetal y neonatal (SSA, 2002; Vázquez, 2007; UNICEF, 2008); la cantidad de muertes maternas que originan oscila entre el 12 y el 25%, que representan cifras parecidas a las reportadas en nuestro país (SSA, 2007b; UNICEF, 2008). Estos padecimientos afectan a mujeres de todas las regiones, provocando casi el 10% de las muertes de África y Asia; más del 16% en los países industrializados, y más de una cuarta parte en América Latina y el Caribe (UNICEF, 2008).

La hipertensión en el embarazo se considera una afección caracterizada por la elevación sostenida de la presión arterial por arriba de 140/90 mm Hg, por lo menos en dos registros con un mínimo de seis horas entre uno y otro; o bien, por la elevación de al menos 30 y 15 mm Hg, respectivamente, en las presiones sistólica y diastólica, sobre las cifras previas del primer trimestre de gestación (SSA, 2007b; UNICEF, 2008).

Estas enfermedades incrementan el riesgo de padecer falla cardíaca, eventos cerebrales vasculares y falla renal, que puede resultar en restricción del crecimiento fetal, parto prematuro (antes de las 37 semanas de gestación) y muerte del bebé (óbito) (McCoy & Baldwin, 2009; Solomon & Seely, 2004). Otras complicaciones que se pueden presentar son: edema pulmonar agudo, coagulación intravascular diseminada y ruptura hepática (SSA, 2007b).

Los signos y síntomas más comunes que presentan las mujeres embarazadas afectadas por estos padecimientos son: dolor de cabeza, zumbido de oídos, ardor en la boca del estómago, e hinchazón de las extremidades (SSA, 2005; Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2007; Suneeta, Stephen & Prabha, 2008). También pueden presentar náuseas, vómito, dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen (epigastria), trastornos de la visión, exaltación de los reflejos (hiperreflexia generalizada), estupor, irritabilidad, dolor al orinar, fiebre, hemorragias de cualquier parte del cuerpo, disminución o ausencia de movimiento del bebé, dolores de parto antes de tiempo y hormigueos en manos o pies (Instituto Nacional de

Aspectos psicológicos de las enfermedades hipertensivas del embarazo

Salud Pública [INSP], 2006); además, por supuesto, de la presión arterial por arriba de los criterios de normotensión.

En la mayoría de los casos, la terapia a base de antihipertensivos disminuye la presión arterial de la madre; sin embargo, puede ocasionar daños fetales, por lo que la única cura para estos trastornos es dar a luz al bebé en cuanto sea posible (Solomon & Seely, 2004).

Como consecuencia de las EHE, las pacientes deben prepararse para la inducción del parto, especialmente después de la semana 34 cuando se comprueba la madurez fetal o cuando la situación de la madre está en inminente peligro. La gestación posterior a estas semanas suele permitirse únicamente cuando se garantiza el bienestar materno y fetal (Flórez-Alarcón, 1998).

Según informes de la Secretaría de Salud de México (2005), los trastornos hipertensivos del embarazo como la preeclampsia y la eclampsia ocupan el primer lugar como causa de mortalidad materna, seguida por infecciones, hemorragias y cardiopatías. De hecho, de las EHE, la preeclampsia/eclampsia origina el 70% de los estados hipertensivos, y el 30% lo representan pacientes con hipertensión crónica preexistente durante el embarazo (SSA, 2002).

En el año 2004, la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud (SSA, 2007b), informó de 316 defunciones por trastornos hipertensivos durante la gestación, lo cual representó un 29.5% de las causas de mortalidad materna. De igual manera, en el 2005, el Sistema Nacional de Salud de nuestro país informó que casi el 34% del total de muertes maternas se debió a este tipo de complicaciones en el embarazo (SSA, 2007b). Más recientemente, la gravedad de esta situación se pudo observar en el 2007, ya que tan sólo en los primeros seis meses, el IMSS (2007) atendió a más de 10,500 pacientes por preeclampsia en el ámbito nacional.

El porcentaje de mortalidad materna en el país, debido a las enfermedades hipertensivas del embarazo, varía según la entidad federativa, ya que, por ejemplo, en Tlaxcala, Coahuila y Chihuahua, representa más del 50% del total de sus defunciones; y en Nayarit y Tabasco representa menos del 10%. Incluso existen entidades como Colima en la cual no se refieren defunciones por esta causa (SSA, 2007b).

Por otro lado, los trastornos hipertensivos durante la gestación se asocian también a complicaciones neonatales importantes. Como resultado de la alteración en el flujo sanguíneo o por infartos placentarios (degeneración o muerte de tejido de la placenta), resultan frecuentes la prematuridad, el retardo en el crecimiento intrauterino y la falta de líquido amniótico (oligohidramnios), además de mayor riesgo para desprendimiento prematuro de la placenta, y por tanto, que se requiera de cesárea (SSA, 2002).

Las EHE son de gran relevancia para la salud materna, puesto que además aumentan los riesgos de contraer otras enfermedades y complicaciones como hipertensión crónica y trastornos cardiovasculares después del parto, mismas que ocasionan graves consecuencias en la familia. Las cifras de mortalidad y morbilidad materna que se derivan de estos trastornos son elevadas, y aún no se sabe por qué las mujeres con EHE tienden a desarrollar enfermedades cardiovasculares más tarde en sus vidas, por lo que se ha señalado la necesidad de realizar más investigaciones al respecto (UNICEF, 2008).

1.1 Generalidades de la preeclampsia/eclampsia

La preeclampsia es un trastorno multisistémico que se caracteriza por una respuesta vascular anormal a la placentación, asociada a un incremento de la respuesta vascular sistémica, al aumento en la agregación plaquetaria, a la activación del sistema de coagulación y a la disfunción celular endotelial (SSA, 2007b).

El síndrome de preeclampsia (PE), también conocido como hipertensión inducida por el embarazo (HIE) es una complicación grave del embarazo y la primera causa de muerte materna en México que se presenta en el 12% de las mujeres (IMSS, 2007; INSP 2006). Se caracteriza principalmente por la elevación de la presión arterial y por la pérdida de proteínas a través del riñón (proteinuria) y aunque se suele presentar a partir de la vigésima semana del embarazo, su frecuencia máxima es entre las semanas 28 y 32 (SSA, 2002; SSA, 2005; UNICEF 2008; Wagner, 2004), por lo que es también una de las principales causas de partos prematuros (Flórez-Alarcón & Rodríguez, 2001; UNICEF 2008). Esta complicación se clasifica en leve y grave, y ambos tipos pueden durar hasta 30 días después del parto (SSA, 2002; Vázquez, 2007). Si la preeclampsia no se atiende médicamente, ésta se puede complicar

Aspectos psicológicos de las enfermedades hipertensivas del embarazo

hasta llegar a la eclampsia, lo cual implica mayor riesgo tanto para la madre como para el bebé.

De acuerdo con la OMS (WHO, 2005), la preeclampsia/eclampsia provoca muchos casos potencialmente mortales y se cobra cada año en el mundo entero la vida de más de 63,000 madres. En relación a las estadísticas internacionales, la incidencia de preeclampsia varía entre el 3 y el 14%, siendo Canadá, Inglaterra y Estados Unidos los países que presentan el índice más bajo; y los países del Caribe, América Latina y Asia, los que presentan las cifras más altas (IMSS, 2007).

Evidentemente, las condiciones de vida para los países desarrollados son muy diferentes a las que viven los países en vías de desarrollo, razón por la cual las complicaciones del embarazo como la preeclampsia y la eclampsia afectan al 0.4% de las gestaciones en los primeros, y al 2.8% en los últimos (WHO, 2005). De hecho las tasas de morbilidad y mortalidad materna asociadas a la preeclampsia/eclampsia han disminuido en los países desarrollados; lo cual no sucede en los países en vías de desarrollo debido a la carencia de servicios de salud básicos y especializados, además de una gran deficiencia de autocuidado de la salud en la población (SSA, 2007b).

Toda embarazada con o sin factores de riesgo puede desarrollar preeclampsia. Un 25% de los casos de preeclampsia se presenta en el momento del parto, aparentemente sin factores predictivos (INSP, 2006). La PE continúa siendo una importante causa de morbilidad y mortalidad materna-neonatal, ocasionando en la madre efectos y consecuencias en el sistema nervioso central, en la coagulación y en órganos como el hígado, corazón y riñones (SSA, 2002); y en el bebé, restricción en el crecimiento intrauterino, muerte perinatal y prematurez, así como las complicaciones secundarias a ésta como la inmadurez pulmonar y neurológica (SSA, 2007b).

El tratamiento de la hipertensión inducida por el embarazo busca facilitar el desarrollo fetal hasta que el producto sea viable, a prevenir el desarrollo de convulsiones, a facilitar el parto sin complicaciones para el producto o para la madre, y a prevenir la hipertensión posterior al parto. Este tratamiento, además del componente biomédico, tiene un alto componente comportamental, ya que la paciente debe guardar una dieta alta en proteínas, alta en calcio y

baja en sal, mantener constantemente una posición de reposo en decúbito lateral, y someterse a una vigilancia médica permanente (Flórez-Alarcón, 1998).

1.2 Clasificación de las enfermedades hipertensivas del embarazo

De acuerdo con el Lineamiento Técnico para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia/Eclampsia publicado por la Secretaría de Salud (2007b), dependiendo de sus características, las EHE pueden clasificarse en: hipertensión gestacional, preeclampsia leve, preeclampsia severa o grave, eclampsia, síndrome de HELLP, preeclampsia agregada a hipertensión crónica, e hipertensión crónica.

1.2.1 Hipertensión gestacional

Es la presencia de hipertensión arterial igual o mayor a 140/90 mm Hg después de la semana 20 de gestación y en ausencia de proteinuria. También se le llama hipertensión transitoria del embarazo cuando no se desarrolla preeclampsia y los valores regresan a la normalidad. Tiene una duración máxima de 12 semanas después del parto, y en caso de que continúe la hipertensión, se le clasifica como hipertensión crónica (SSA, 2007b). No se presentan alteraciones renales y generalmente se desarrolla sin complicaciones (INSP, 2006; McCoy & Baldwin, 2009; Solomon & Seely, 2004). La hipertensión gestacional puede reflejar una predisposición familiar a la hipertensión crónica, o puede ser una manifestación temprana de preeclampsia (Magee, Ornstein & Dadelszen, 1999).

1.2.2 Preeclampsia leve

La preeclampsia leve se manifiesta con presión arterial alta por encima de 140/90 mm Hg, o con la elevación de 30 mm Hg en la sistólica y 15 mm Hg en la diastólica, cuando se conocen las cifras basales previas (SSA, 2002). Para su diagnóstico es necesario registrar la presión arterial en dos ocasiones con mínimo cuatro horas de separación entre las mediciones (McCoy & Baldwin, 2009); y asegurarse de presentar proteinuria mayor a 300mg en un intervalo de 24 horas (SSA, 2007b). Se puede presentar después de la semana 20 de gestación o en las primeras seis semanas posparto en una mujer sin hipertensión arterial previa; sin embargo, en casos de embarazo múltiple puede presentarse antes de las 20 semanas (SSA, 2007b). Cuando la preeclampsia se identifica en una etapa inicial leve, las medidas son de vigilancia,

Aspectos psicológicos de las enfermedades hipertensivas del embarazo

indicándole a la paciente reposo y cuidados en su alimentación como reducir el consumo de sal (IMSS, 2007), ya que de lo contrario, la enfermedad se puede agravar.

1.2.3 Preeclampsia grave

Este trastorno se define por la presencia de presión arterial por encima de 160/110 mm Hg en al menos dos mediciones con un intervalo de seis horas y más de 2 gramos de proteinuria en un intervalo de 24 horas (McCoy & Baldwin, 2009; SSA, 2007b; Vázquez, 2007). Se manifiestan crisis hipertensivas; falla renal aguda; trastornos cerebrales y visuales; edema pulmonar acompañada por una coloración azulada de la piel (cianosis) (McCoy & Baldwin, 2009); cefalea; zumbidos en los oídos (acúfenos); ver luces o manchas (fosfenos); y disminución en la producción de orina (oliguria) de menos de 500 ml en 24 horas (SSA, 2007b). En estos casos la mujer debe ser hospitalizada, porque implica un alto riesgo tanto para ella como para el bebé, con manifestación de sufrimiento fetal, restricción del crecimiento intrauterino, e incluso la muerte (IMSS, 2007; Suneeta et al., 2008). Si la presión arterial continúa incrementando y es igual o mayor a 185/115 mm Hg, y existe proteinuria mayor a 5 gr., el riesgo de convulsionar es elevado (SSA, 2007b).

1.2.4 Eclampsia

Implica crisis convulsivas de tipo gran mal o estado de coma en pacientes con preeclampsia, que ocurren antes, durante o después del parto, en ausencia de otras causas de convulsiones (SSA, 2002; SSA, 2007b). Este padecimiento puede provocar graves secuelas relacionadas con insuficiencia renal, problemas cerebrales, daños en el sistema nervioso, o incluso la pérdida de la vida (IMSS, 2007). La administración de medicamentos como el sulfato de magnesio puede disminuir el riesgo de desarrollar eclampsia, ya que este trastorno puede ser fatal, y de hecho representa la tercera causa de muerte materna en el mundo (WHO, 2008). Se ha observado una frecuencia significativamente mayor de náusea y vómito en las mujeres que desarrollan eclampsia en comparación con las pacientes con preeclampsia grave; y por lo general, las mujeres con eclampsia presentan un control prenatal deficiente (Villanueva & Alanís, 2000), lo cual es necesario considerar para prevenir el desarrollo de este padecimiento.

1.2.5 Síndrome de HELLP

Uno de los mayores riesgos de las EHE es el síndrome de HELLP, que por sus siglas en inglés se refiere a hemólisis (desintegración de glóbulos rojos), elevación de enzimas hepáticas, y disminución plaquetaria (trombocitopenia) por debajo de $100,000/\text{mm}^3$ (SSA, 2007b). El diagnóstico se establece mediante el estudio de la sangre a través de una biometría hemática y por pruebas de funcionamiento hepático en pacientes con presencia de cualquier tipo de hipertensión durante el embarazo, sin importar la gravedad de ésta (SSA, 2002; Wagner, 2004). El síndrome de HELLP, complica aproximadamente al 10% de las pacientes con preeclampsia, y se requieren de dos o más criterios para establecer el diagnóstico. Aparentemente, algunos datos muestran que 10 a 20% de las pacientes que presentan este síndrome son normotensas (SSA, 2002); sin embargo, no hay que olvidar que muchas veces existe una elevación de la presión arterial con relación a los datos basales, pero que no llega a los 140/90 mm Hg. Así, por la variedad clínica, las pacientes con diagnóstico de síndrome de HELLP tienen mayor riesgo y deben ser manejadas preferentemente en la Unidad de Cuidados Intensivos (SSA, 2007b).

1.2.6 Preeclampsia agregada a hipertensión crónica

Se presenta en pacientes que presentaban hipertensión previa al embarazo o antes de las 20 semanas de gestación, y que posteriormente presentan proteinuria, elevación del ácido úrico igual o mayor de 6 mg/dl, incremento súbito de la presión arterial cuando estaban previamente controladas (SSA, 2007b), y/o síndrome de HELLP (Wagner, 2004). Este trastorno complica aún más el pronóstico de la madre y del feto (SSA, 2007b).

1.2.7 Hipertensión crónica

Se diagnostica cuando existe hipertensión arterial mayor a 140/90 mm Hg antes de la semana 20 de gestación o la que persiste después de doce semanas posteriores al parto. Las pacientes con hipertensión crónica deben ser evaluadas antes del embarazo para determinar la severidad de la hipertensión y facilitar la planeación de un embarazo mediante el cambio de medicamentos y de hábitos higiénicos-dietéticos para evitar complicaciones (SSA, 2007b). Se deberá descartar en pacientes con hipertensión de larga evolución la presencia de hipertrofia ventricular izquierda, retinopatía y daño renal. En caso de que ya existan complicaciones, la paciente debe ser informada que el embarazo puede agravar estas situaciones y ser orientada

Aspectos psicológicos de las enfermedades hipertensivas del embarazo

para adoptar un método anticonceptivo definitivo (SSA, 2007b). La hipertensión crónica complica de 1 a 5% de los embarazos (Magee et al., 1999) e incrementa el riesgo de muerte perinatal de dos a cuatro veces, ya que ocasiona prematuridad en un 62% y retardo en el crecimiento intrauterino en un 31% (SSA, 2002).

1.3 Etiología de las enfermedades hipertensivas del embarazo

Hasta ahora se infiere que los mecanismos fisiopatológicos que producen estas enfermedades tienen que ver con el estrechamiento de las arterias (vasoespasmos), la hiperreactividad vascular y la disfunción de la célula endotelial (Vázquez, 2007). Sin embargo, aún no existe un modelo satisfactorio que explique la causa de las EHE, probablemente debido a que la mayoría de las investigaciones sobre este tema se han enfocado principalmente en el aspecto biológico. En la actualidad se acepta la hipótesis de que estos trastornos se deben a causas multifactoriales, es decir, a la interacción entre factores orgánicos, culturales, sociales, económicos y geográficos (SSA, 2002), con los cuales interactúa el individuo a través de sus emociones, pensamientos y acciones.

Por esta razón, para una comprensión más amplia de las EHE, es necesario considerar todos estos aspectos en conjunto, es decir tanto los orgánicos como los psicológicos, sin dejar de lado las exigencias adaptativas de carácter psicosocial.

1.3.1 Factores de riesgo generales de las EHE

Existen numerosos factores de riesgo que predisponen a las EHE, dentro de los cuales se encuentran las alteraciones placentarias, vasculares, genéticas, metabólicas, renales, hepáticas, hematológicas e inmunológicas (SSA, 2002). Para facilitar su estudio, se pueden clasificar en preconceptionales, es decir, que ocurren antes del embarazo; y en conceptionales, que ocurren durante el embarazo (SSA, 2007b).

Dentro de los factores preconceptionales para las enfermedades hipertensivas del embarazo se encuentran: padecer obesidad, propensión a desarrollar coágulos sanguíneos (trombofilias), hipertensión arterial crónica o diabetes mellitus; haber presentado preeclampsia en embarazos anteriores o enfermedad renal previa; tener más de 40 años; tener una historia familiar de preeclampsia, diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica crónica e infertilidad; tener

más de 10 años desde el último embarazo; haber tenido una exposición limitada al semen (primipaternidad), y que el compañero haya sido el progenitor en un embarazo con PE en otra mujer (SSA, 2007b). Algunos otros factores que se han identificado son: tener menos de 18 años de edad, menos de dos años entre embarazos, presentar desnutrición (SSA, 2002), y que se trate del primer embarazo (UNICEF, 2008).

Los factores conceptionales son: infección de vías urinarias recurrente; presión arterial media igual o mayor a 95mm Hg. en el segundo trimestre; ganancia excesiva de peso en relación con la edad gestacional; diabetes gestacional; sospecha de restricción en el crecimiento intrauterino; embarazo múltiple (SSA, 2007b); embarazo molar (INSP, 2006), ausencia o deficiencia de control prenatal (SSA, 2002) y que exista malformación fetal (UNICEF, 2008). Por supuesto, la magnitud del riesgo depende del número de factores presentes.

De igual manera, existen otros factores preconceptionales o conceptionales que podrían ser causas de estos trastornos, como los desequilibrios hormonales, las deficiencias de calcio, y la resistencia a la insulina (Solomon & Seely, 2004; UNICEF, 2008). De hecho, muchas veces las modificaciones hormonales ocurridas en el embarazo ocasionan aumentos severos de la presión arterial, debidos a una vasoconstricción profunda, en donde el volumen plasmático se puede reducir del 10 al 40% y aumentar la resistencia periférica (Riveros, 2002).

El antecedente de preeclampsia es el factor con mayor peso predictivo de repetición en embarazos subsecuentes, ya que se tiene entre el 35 y el 50% de riesgo de volver a presentar la enfermedad en la siguiente gestación. Por esta razón debe evitarse otro embarazo, y en caso de insistir en el deseo de otro hijo, se requiere llevar un estricto control médico bajo la vigilancia de especialistas en obstetricia (INSP, 2006; SSA, 2005).

En cuanto a los factores de riesgo relacionados con la pareja, se sugiere que un intervalo corto de cohabitación sexual antes de la concepción está asociado con mayor riesgo de padecer preeclampsia. En un estudio se observó que la duración de cohabitación sexual en mujeres que presentaron hipertensión inducida por el embarazo fue significativamente más corta; mientras que la incidencia se redujo a la mitad en mujeres con más de 12 meses de cohabitación sexual antes de la concepción (de 10.6% a 5.1%). En general, las hipótesis de estos autores es que se trata de un fenómeno inmunológico de primipaternidad, de tal manera que las mujeres con larga duración de cohabitación sexual antes del embarazo, resultan con

Aspectos psicológicos de las enfermedades hipertensivas del embarazo

mayor exposición a los antígenos paternos, por lo que llegan a desarrollar mayor tolerancia y tienen menos riesgo de presentar una EHE (Robillard et al., 1994).

Por otro lado, tomando en cuenta la influencia de los genes, también se ha documentado que tanto hombres como mujeres que fueron el producto de un embarazo complicado por preeclampsia, tuvieron significativamente más probabilidad de tener un hijo en cuya gestación se presentó preeclampsia (Esplin et al., 2001).

Todo lo anterior muestra la importancia de los factores orgánicos, sin embargo, también es necesario revisar las cuestiones que tienen que ver con los hábitos y los comportamientos asociados con la salud. Por ejemplo, se ha observado que el consumo de más de cuatro tazas de café al día (Wergeland & Strand, 1997) y un consumo elevado de sal (UNICEF, 2008) predisponen a las EHE.

Con respecto al tabaquismo, contrario a lo que se podría pensar, existen hallazgos que sugieren que su consumo reduce el riesgo de desarrollar EHE. En un estudio, las mujeres que fumaron durante los tres primeros meses de embarazo, tuvieron un riesgo significativamente menor de presentar hipertensión gestacional, lo cual tuvo un efecto más fuerte en mujeres multíparas que en primíparas (Misra & Kiely, 1995). Asimismo, se observó que aquellas mujeres que fumaron, pesaban menos, subieron menos de peso durante el embarazo, y tuvieron menos EHE. La incidencia de hipertensión inducida por el embarazo entre fumadoras fue de 4%, comparada con 7.5% en las no fumadoras (Rasmussen & Oian, 1998). No obstante, hay que recordar que el consumo de tabaco provoca enfermedades crónicas como cáncer, enfermedades pulmonares y enfermedades cardiovasculares; además de que en otras ocasiones no se ha encontrado que el fumar esté asociado con una menor incidencia de preeclampsia (Sibai et al., 1997), por lo que aún hay inconsistencias respecto a este tema.

En general, se sabe que una vida sedentaria es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (Leung et al., 2008), por lo que también se ha investigado la relación entre el ejercicio y el riesgo de padecer enfermedades hipertensivas en el embarazo. En varios estudios se ha documentado que la actividad física durante el embarazo está inversamente relacionada con el riesgo de presentar EHE (Leung et al., 2008; Marcoux, Brisson & Fabia, 1989; Melzer, Shutz, Boulvain & Kayser, 2010). Desafortunadamente, es común que las mujeres disminuyan su nivel de actividad física una vez que descubren que

están embarazadas (Melzer et al., 2010). En un estudio reciente, se evaluó la actividad física de las participantes antes y durante el embarazo. Los resultados mostraron que existe una relación muy débil entre la actividad física realizada antes del embarazo y los trastornos hipertensivos de la gestación. En cambio, se observó un efecto protector ante estas complicaciones cuando la actividad física se llevó a cabo durante el embarazo (Martin & Huber, 2010).

De esta manera, se han logrado identificar algunos aspectos conductuales que disminuyen la probabilidad de desarrollar EHE. Sin embargo, todavía quedan por revisar cuestiones ambientales y psicológicas que podrían contribuir al entendimiento de estos padecimientos y enriquecer las acciones hacia su prevención y tratamiento.

Capítulo 2. El funcionamiento psicológico y la salud

De acuerdo con la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2006), la salud “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, por lo que los aspectos psicosociales son de igual importancia que los biológicos, ya que repercuten directamente en la funcionalidad de los individuos.

2.1 Componentes del funcionamiento psicológico

Para explicar el funcionamiento psicológico, a continuación se describen sus tres diferentes componentes: la conducta instrumental, las cogniciones o creencias, y las emociones, mismos que a su vez interactúan con factores ambientales, contribuyendo así al mantenimiento o pérdida de la salud (Sánchez-Sosa, 2002).

2.1.1 Conducta instrumental

La conducta instrumental comprende todas las actividades que sirven como medio para modificar el ambiente (social, físico o biológico) y para generar resultados relativamente específicos, por lo que las consecuencias que la conducta trae consigo (positivas o negativas) afectan las oportunidades de actuar de la misma manera en el futuro (Sánchez-Sosa, 2002; 2008). Estos comportamientos pueden no estar en el repertorio conductual del individuo o carecer de la forma, intensidad o frecuencia adecuadas para servirle en su interacción con el mundo (Sánchez-Sosa, 2008). Por ejemplo, los comportamientos como fumar, tomar, manejar muy rápido o no lavarse las manos antes de comer, están combinados con otros factores de riesgo que pueden llevar a desarrollar graves enfermedades y problemas de salud. En cambio, involucrarse con conductas positivas como comer saludablemente y hacer ejercicio, muy probablemente ayudarán a mantener la salud, ya que actúan como factores protectores ante los riesgos de la salud (Sánchez-Sosa, 2002).

De esta manera, los comportamientos relacionados con la salud constituyen una vía por medio de la cual el ambiente y las variables individuales afectan los mecanismos fisiológicos y el riesgo de presentar enfermedades (Adler & Matthews, 1994).

2.1.2 Cogniciones

Las cogniciones comprenden ideas, creencias o convicciones que pueden fácilmente modificar el estado de salud de las personas al ponerlas en riesgo o al involucrarlas en comportamientos protectores de la salud; esto se debe a que generalmente las personas actúan conforme a lo que piensan. Por ejemplo, una persona que cree que ir al médico o expresar sus dolencias le harán parecer frágil y débil, postergará hacerse una revisión general de su estado de salud, lo cual le traerá consecuencias perjudiciales a largo plazo. Cuando las personas ponen en riesgo su salud, es porque sus cogniciones son incompatibles con las demandas ambientales o con su propia adaptabilidad psicológica. Estas convicciones se derivan de información escasa o distorsionada, así como de sesgos cognitivos (prejuicios) generados o retroalimentados por quienes los rodean (Sánchez-Sosa, 2008). Por lo tanto, la manera de pensar acerca del ambiente, más que los estímulos ambientales por sí mismos, determinan nuestros niveles de estrés, por lo que si los pensamientos se pueden modificar, el estrés se puede reducir (Straub, 2007).

Otra de las formas en que las cogniciones pueden alterar la salud es a través de los efectos en la regulación de emociones; por ejemplo, al pensar que un problema es terrible o catastrófico, las emociones irán en sintonía con el pensamiento, de tal manera que uno se sentirá triste e incapaz de resolverlo. Este tipo de pensamientos genera sentimientos y emociones ligadas a reacciones fisiológicas, que de ser intensas y persistentes, pueden provocar estados debilitantes que ponen en riesgo la salud (Sánchez-Sosa, 2002).

Así, las cogniciones pueden afectar las oportunidades de mantenerse sano o de enfermarse a través de los efectos en el comportamiento y/o en las emociones (Sánchez-Sosa, 2002).

2.1.3 Emociones

Las emociones están conformadas por dos aspectos principales: el primero se refiere a la expresión social de los sentimientos, como los gestos, las posturas, y las verbalizaciones; y el segundo, a las reacciones fisiológicas, que son modificaciones en los diversos sistemas del cuerpo humano (Sánchez-Sosa, 2002).

Cuando existe una disfunción en este componente psicológico, las reacciones emocionales hacen sufrir al individuo y deterioran sus relaciones interpersonales o interfieren con el funcionamiento habitual, lo cual le impide lidiar con las demandas que le presenta la vida y auto-realizarse (Sánchez-Sosa, 2008).

Por ejemplo, en el caso de la ansiedad se puede observar incremento del ritmo cardiaco, incremento de la presión sistólica, aumento de la circulación de la sangre en los músculos, y baja circulación sanguínea en la piel e intestinos, por lo que los episodios frecuentes o sostenidos de esta emoción pueden interactuar con la fisiología del organismo y llevarlo a estados debilitantes (Sánchez-Sosa, 2002). Como consecuencia, el cuerpo puede arrojar nutrientes necesarios para protegerlo, o modificar secreciones hormonales afectando su habilidad para evitar las enfermedades (Selye, 1950). Así, las emociones pueden influir en el comportamiento instrumental interfiriendo con las acciones que se deberían tomar para evitar enfermarse o para recuperarse de la enfermedad (Sánchez-Sosa, 2002).

2.2 Interacción entre el individuo y el ambiente

La interacción entre la persona y el ambiente es de especial importancia para comprender cómo se perjudica, se mantiene o se mejora la salud, ya que las características del individuo afectan su entorno y viceversa.

De esta manera, los rasgos de personalidad y las experiencias de la vida resultan altamente interactivos. Por un lado, las características de la personalidad propician que los eventos de la vida sean afrontados o evadidos y que ciertas situaciones se consideren o no estresantes; y por otro lado, las experiencias estresantes influyen en el desarrollo de la personalidad (Cohen, 1982).

Por ejemplo, el temperamento de una persona puede predisponer a los individuos a ser susceptibles a episodios clínicos ante ciertos desencadenantes ambientales, o bien, su forma de ser puede afectar la probabilidad de que los individuos se expongan a situaciones en las que son vulnerables. Así, las variables en el ambiente y las individuales pueden influir en el inicio de una enfermedad a través de mecanismos psicológicos y/o a través de

Aspectos psicológicos de las enfermedades hipertensivas del embarazo

comportamientos relacionados con la salud que a su vez afectan estos mecanismos (Adler & Matthews, 1994).

Cuando las interacciones del individuo con el ambiente resultan defectuosas, la mayoría de las veces se desarrollan disfunciones psicológicas (Sánchez-Sosa, 2008), es decir, condiciones que alteran cualquiera de los componentes del funcionamiento psicológico antes mencionados.

Se ha demostrado que la gente que experimenta estrés es más propensa que quien no lo experimenta a involucrarse en comportamientos que son peligrosos para la salud, como fumar y beber alcohol en abundancia, consumir drogas, llevar una dieta deficiente, dormir poco y no hacer ejercicio. De esta manera, puede ser que el estrés actúe de manera indirecta como una causa de enfermedad, puesto que influye en comportamientos que afectan la salud (Marks et al., 2008).

Por eso, es fundamental tomar en cuenta que, ante un ambiente estresante, es necesario involucrarse en acciones para resolver el problema y cambiar la forma de pensar y/o regular las emociones negativas (Sánchez-Sosa, 2002), de tal manera que las personas logren disminuir el estrés, conservar su salud y mantener una interacción favorable con el entorno.

2.2.1 Importancia de las características de personalidad en la salud

El comportamiento humano está constituido por todos los aspectos del funcionamiento psicológico, es decir, por las reacciones fisiológicas y emocionales, por las cogniciones, y por la actividad instrumental. A pesar de que estos tres componentes psicológicos no siempre actúan juntos, sí tienden a afectarse unos a otros, generando consecuencias en la salud.

Particularmente, los factores que afectan la forma en que actúan las personas ante el estrés incluyen influencias biológicas, como los rasgos de personalidad heredados y el nivel de reactividad fisiológica; e influencias psicológicas y sociales, como las estrategias de afrontamiento, la perspectiva hacia la vida, la percepción de control, y la cantidad de apoyo social disponible (Straub, 2007).

Se sabe que tanto los pensamientos como las emociones desencadenan reacciones fisiológicas en el organismo, por lo que en situaciones de estrés se incrementan las respuestas cardiovasculares. Estos incrementos incluyen afectaciones, a corto o largo plazo, sobre el funcionamiento simpático y sobre el funcionamiento endócrino, además de un efecto inmunodepresor (Flórez-Alarcón, 1998).

Lo anterior se debe a que las situaciones que se perciben como amenazantes están asociadas con un patrón diferente de reactividad cardiovascular en comparación con las situaciones que se perciben como retos, puesto que las amenazas incrementan la presión arterial diastólica y la resistencia periférica total, provocando mayores riesgos en la salud (Maier, Waldstein & Synowski, 2003). Por ejemplo, se ha demostrado que las características negativas como la depresión y el pesimismo están asociadas con una salud deteriorada; mientras que las características positivas de las personas como el optimismo, una alta autoestima y un alto sentido de coherencia, están asociadas con la buena salud (Marks et al., 2008). De hecho, las emociones positivas funcionan como medio para crecer individualmente y para establecer conexiones sociales; lo cual trae como consecuencia un afrontamiento más efectivo al estrés y, por tanto, mayor bienestar (Fredrickson, 2001).

Asimismo, las personas con un control psicológico más fuerte; es decir, capaces de regular sus pensamientos, emociones y comportamientos, son más propensas a manejar de manera más directa y efectiva los comportamientos relacionados con la salud, modificando no sólo la conducta instrumental, sino los procesos biológicos activados por los estresores (Straub, 2007). Un ejemplo de esto es el estilo de personalidad resistente, que incluye tres rasgos amortiguadores del estrés: compromiso, retos y control. Las personas con estos rasgos de personalidad ven las demandas de la vida como retos más que como amenazas, son comprometidas con sus actividades y con sus grupos sociales porque le dan sentido a su vida, y tienen control sobre lo que hacen sintiéndose capaces de tomar buenas decisiones (Kobasa, 1979). En general, estos individuos utilizan estrategias de afrontamiento activas para solucionar sus problemas en vez de evadirlos, y buscan con mayor frecuencia el apoyo social, por lo que son menos propensos a alterarse en situaciones estresantes. Como consecuencia, responden con un incremento mínimo en su fisiología, obteniendo menores riesgos en su salud (Straub, 2007).

Aspectos psicológicos de las enfermedades hipertensivas del embarazo

Se ha observado que la activación orgánica se encuentra involucrada en diferentes características de personalidad que llevan a la enfermedad, ya que se asocian la personalidad tipo A, el bajo apoyo social y la hostilidad o el enojo con un alto riesgo de hipertensión o de enfermedad coronaria (Adler & Matthews, 1994; Rutledge & Hogan, 2002; Yan et al., 2003).

Con respecto a la hostilidad, en un estudio se encontró que los participantes más hostiles reflejaron incrementos en la presión arterial sistólica ambulatoria, mayor estrés interpersonal y menor apoyo social que las personas poco hostiles (Benotsch, Christensen & McKelvey, 1997). Esto concuerda con otra investigación que sugiere que los factores psicosociales como la anomia (carencia de normas sociales), el afrontamiento por esfuerzo, el dominio, y sobretodo la hostilidad, están relacionados con la presión arterial ambulatoria en el embarazo, y como consecuencia, con el parto prematuro (Tiedje et al., 2008). Dado que los puntajes de hostilidad estuvieron asociados con cuatro índices vasculares: presión arterial sistólica, presión arterial diastólica, tasa cardiaca y presión arterial media, resulta conveniente explorar esta característica en las mujeres que padecen hipertensión inducida por el embarazo.

En cuanto a las complicaciones obstétricas, una de las primeras investigaciones que estudió los factores maternos emocionales involucrados, lo hizo a través de las características de personalidad. A todas las participantes se les aplicó el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) y la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor (MAS), al principio del tercer trimestre de embarazo. Los tres grupos de complicaciones obstétricas (ruptura prematura de las membranas, incremento excesivo de peso y preeclampsia) obtuvieron mayores puntajes en introversión social, en hipocondriasis, y en ansiedad, comparados con el grupo control (McDonald, 1965).

En particular, las pacientes con preeclampsia mostraron mayores puntajes tanto en hipocondriasis como en histeria al compararlas con el grupo control, lo cual refleja mayor tendencia a manifestar preocupación por las funciones corporales, y a usar los síntomas físicos como medio de resolver los problemas difíciles o de evadir responsabilidades (McDonald, 1965). Esto último refleja los estilos de afrontamiento al estrés.

Los denominados rasgos de personalidad parecen jugar un papel importante en la interacción con el ambiente, ya que pueden disminuir o potenciar el impacto del estrés en el funcionamiento orgánico. Cuando estas características son positivas, proveen a las personas

con mejores habilidades sociales, de tal manera que son capaces de crear redes sociales más fuertes y de recibir más apoyo, obteniendo como resultado beneficios para su salud.

2.2.2 Importancia del apoyo social en la salud

El apoyo social es la compañía de otras personas en la cual se transmite interés emocional, ayuda material, y una sincera retroalimentación acerca de una situación (Straub, 2007). Bajo condiciones estresantes, las personas que perciben un alto nivel de apoyo social, experimentan menos estrés y pueden lidiar mejor con los problemas. Las habilidades sociales constituyen un importante recurso de afrontamiento al estrés, ya que aumentan la capacidad de comunicación, facilitan la resolución de los problemas en coordinación con otras personas, y generan una nueva perspectiva de las situaciones. Asimismo, este apoyo permite un adecuado funcionamiento social, en el cual las personas son capaces de desempeñar sus distintos roles y sentirse satisfechas con sus relaciones interpersonales (Lazarus & Folkman, 1984/1991).

Diferentes estudios han demostrado que la gente con redes sólidas de apoyo social vive más tiempo y disfruta de una mejor salud que los individuos en aislamiento relativo (Marks et al., 2008). Esto ocurre debido a que la presencia de otras personas que dan apoyo, evita la activación del sistema nervioso simpático, probablemente al disminuir la segregación de la hormona liberadora de corticotropina desde el hipotálamo (Straub, 2007), que ocurre ante la percepción de una situación desbordante de los recursos.

Otros estudios sugieren que el apoyo social puede reducir tanto la reactividad cardiovascular al estrés, como un posible riesgo de hipertensión o de enfermedad coronaria (Gerin, Pieper, Levy & Pickering, 1992; Kamarck, Manuck & Jennings, 1990; Phillips, Gallagher & Carroll, 2009). Tanto en hombres como en mujeres, los altos niveles de apoyo social reducen las posibilidades de ataques cardíacos (Holahan, Moos, Holahan & Brennan, 1997; Tsuchihashi-Makaya, Kato, Chishaki, Takeshita & Tsutsui, 2009), y una alta calidad del apoyo social tiene efectos benéficos sobre los sistemas cardiovascular, endócrino e inmune (Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996). Lo anterior se le atribuye al efecto amortiguador que tiene el apoyo social sobre la relación entre el estrés y la enfermedad, de tal forma que existe mayor probabilidad de enfermedad entre los individuos con niveles más bajos de apoyo (Cohen y Wills, 1985).

Aspectos psicológicos de las enfermedades hipertensivas del embarazo

En cuanto al embarazo, los fuertes lazos sociales se han relacionado con menores complicaciones maternas y fetales. En una investigación, las mujeres que recibieron mayor apoyo y aquellas que recibieron más alta calidad de apoyo, dieron a luz bebés con altas puntuaciones Apgar y tuvieron partos más cortos. Además, las mujeres que reportaron tener mayores redes sociales dieron a luz bebés con mayor peso al nacer (Collins, Dunkel-Schetter, Lobel & Scrimshaw, 1993). Sin embargo, estos efectos benéficos del apoyo social pueden diferir por etnia. Por ejemplo, en la raza negra, el apoyo de la pareja y de la madre parece contribuir a la disminución de complicaciones e incrementar la edad gestacional. En las mujeres de raza blanca, el apoyo social de las madres parece estar relacionado con mayores complicaciones en el embarazo. Y en mujeres hispánicas no se ha encontrado relación entre el embarazo y el apoyo social (Norbeck & Anderson, 1989). Esto último concuerda con otro estudio, en el cual se otorgó apoyo social a mujeres latinas pobres con embarazo de alto riesgo y no se mostró ningún efecto positivo en comparación con aquellas asignadas al tratamiento estándar (Villar et al., 1992). En ocasiones se ha cuestionado la efectividad del apoyo social debido a que no fue otorgado por alguien que tuviera una relación cercana con la mujer.

En contraste, en EUA se replicó un estudio que antes se había llevado a cabo en Guatemala (Sosa, Kennell, Klaus, Robertson & Urrutia, 1980) en el cual se mostraron menores complicaciones durante el parto en mujeres a quienes se les asignó una “doula”, es decir, una mujer que les hacía compañía para ayudarlas en el trabajo de parto. Las mujeres bajo estas condiciones mostraron mejores resultados: trabajo de parto más corto, menos cesáreas y menos casos de bebés que requirieron hospitalización, en comparación con aquellas que recibieron los cuidados estándar, y con quienes tuvieron un observador pasivo que sólo las monitoreaba durante el parto (Kennell, Klaus, McGrath, Robertson, & Hinkley, 1991).

Asimismo, se ha documentado la importancia en los resultados obstétricos de llevar una relación satisfactoria con la pareja, puesto que un pobre ajuste marital durante el embarazo se asocia con mayores ajeteos cotidianos, así como con mayor estrés y ansiedad estado en el tercer trimestre. Esto se debe a que el hecho de no recibir apoyo por parte de la pareja representa una fuente importante de estrés para la gestante (Da Costa, Larouche, Dritsa & Brender, 1999), y por ende, mayor propensión a desarrollar una enfermedad.

Por tanto, tomando en cuenta el funcionamiento de las redes sociales y del apoyo social en la salud en general, resulta conveniente explorar la influencia de estas variables en el desarrollo de las enfermedades hipertensivas del embarazo. Es muy probable que exista relación entre los resultados obstétricos y los antecedentes en interacción familiar y de crianza, mismos que se detallarán más adelante.

2.3 Factores de riesgo psicosociales de las enfermedades hipertensivas del embarazo

Debido a la influencia que tiene el funcionamiento psicológico en la salud de las personas, es de crucial relevancia abordar los factores de riesgo psicosociales que contribuyen al desarrollo de las enfermedades hipertensivas del embarazo. La importancia en considerar la situación psicosocial radica en el rol que tiene como elemento facilitador o inhibidor de la expresión de determinados factores de riesgo, protegiendo a la salud cuando se le evalúa como favorable o positiva, y poniéndola en riesgo cuando se le califica como desfavorable o negativa (Salvador-Moysén, Martínez-López, Lechuga-Quñones, Ruiz-Astorga & Terrones-González, 2000).

Al igual que los factores de riesgo generales, los factores de riesgo psicosociales para el desarrollo de este tipo de trastornos pueden ser tanto preconceptionales como conceptionales, es decir, que pueden ocurrir antes de la gestación o durante la misma, respectivamente. En este sentido se propone analizar diferentes variables que comprendan las experiencias a lo largo de la vida, y no únicamente las experiencias vividas a lo largo del periodo de gestación.

En México, la Secretaría de Salud (2002) sólo ha hecho mención de algunos factores psicosociales que predisponen a las EHE: la violencia familiar, la angustia y el estrés. Sin embargo, como se ha mostrado a lo largo del texto, es vital enlazar estos conceptos con aspectos psicológicos más amplios, de tal manera que se pueda dar una explicación detallada sobre la relación entre estos factores y el desarrollo de las enfermedades hipertensivas del embarazo. Por lo tanto, se prestará especial atención a las prácticas de crianza, a la ansiedad rasgo y estado, y a los estilos de afrontamiento al estrés.

2.3.1 Prácticas de crianza

El ambiente y las experiencias que vive una persona desde el momento de su nacimiento, tienen una fuerte influencia en el desarrollo físico, psicológico y social. Por tanto, las relaciones interpersonales desempeñan un papel muy importante, especialmente las establecidas con los padres o tutores quienes son los encargados de proporcionar atención y cubrir todas las necesidades de los hijos.

En la literatura se han investigado diversos riesgos asociados con la crianza que están directamente involucrados con el desarrollo de trastornos conductuales y emocionales de los individuos desde edades muy tempranas. Rutter (1987) identificó varios factores de vulnerabilidad en los que incluye: la falta de una buena relación con los padres, escasas habilidades de planeación, carencia de experiencias positivas en la escuela, falta de cuidado afectivo, y pocas habilidades sociales. En este contexto, el riesgo de enfermedad en un individuo puede generarse por abuso o negligencia de los padres, o por la carencia de relaciones entre los pares (Wenar & Kerig, 2000).

En un metanálisis de numerosas investigaciones se reveló que las familias caracterizadas por ser conflictivas, agresivas, negligentes y frías, representan un riesgo para la salud, ya que crean vulnerabilidades y/o interactúan con vulnerabilidades genéticas en la descendencia. Vivir en una familia con estas características puede provocar trastornos en el funcionamiento psicosocial (especialmente en el procesamiento de emociones y en la competencia social); trastornos en los sistemas de regulación biológica de respuestas del estrés; y propiciar comportamientos que deterioran la salud. Este perfil bioconductual conlleva a acumular riesgo para enfermedades crónicas, desórdenes mentales, y por ende, mortalidad temprana (Repetti, Taylor & Seeman, 2002).

Las consecuencias biológicas y comportamentales del ambiente en el que se desenvuelven estas familias representan un perfil de riesgo asociado con enfermedades crónicas como hipertensión y enfermedades cardiovasculares; así como desórdenes mentales lo largo de la vida que incluyen depresión y hostilidad (Repetti et al., 2002). El daño causado en la salud física de las personas que crecen bajo estas prácticas de crianza, puede iniciarse con alteraciones en las respuestas fisiológicas o neuroendócrinas ante las respuestas de estrés; efectos que pueden acumularse con el tiempo. De esta manera, la actividad simpática excesiva

puede darse como consecuencia del estrés prolongado (Marks et al., 2008; Repetti et al., 2002).

Como resultado, el desarrollo de enfermedades crónicas como hipertensión, enfermedades cardiovasculares, diabetes y algunos tipos de cáncer pueden empezar tan pronto como las irregularidades biológicas en la respuesta al estrés. Por lo tanto, el ambiente familiar en la niñez representa un vínculo importante para el entendimiento de la salud física y mental a través del periodo de vida (Repetti et al., 2002).

En este sentido, varios estudios dejan ver cómo los eventos que se viven en la infancia y en la adolescencia resultan importantes más tarde en la vida, puesto que llevan al desarrollo de padecimientos o enfermedades crónicas (Brady & Matthews, 2006; Repetti et al., 2002). Con base en esto, es posible que las enfermedades hipertensivas del embarazo también puedan tener sus orígenes en las experiencias tempranas de la vida.

A pesar de que algunos estudios muestran que las enfermedades hipertensivas del embarazo están fuertemente relacionadas con el estrés experimentado durante el periodo de gestación (Da Costa et al., 1999; Salvador-Moysén et al., 2000; Leeners, Neumaier-Wagner, Kuse, Stiller & Werner, 2007), también existe evidencia de que estos trastornos se asocian con las experiencias vividas durante la niñez.

Se ha observado que la estructura de la familia nuclear durante la niñez correlaciona con el desarrollo de EHE (Leeners et al., 2006). En este estudio, se investigó el número de cuidadores y el grado de involucramiento con las participantes en tres diferentes periodos de su infancia (desde el nacimiento hasta los 18 años), y se averiguó si habían pasado por la muerte de alguno de sus padres o por el divorcio de ellos. Los resultados mostraron que tanto para las mujeres con EHE, como para el grupo control conformado por mujeres embarazadas sanas, la separación y muerte parental tuvieron la misma frecuencia. Sin embargo, la información que resaltó fue que los padres de las mujeres que desarrollaron trastornos hipertensivos en el embarazo, se involucraron significativamente en un menor porcentaje en todos los grupos de edad durante la niñez, en comparación con las mujeres del grupo control. La ausencia física y/o psicológica del padre durante la niñez pudo haber provocado que estas mujeres crecieran siendo hostiles y poco sociables, características que constituyen factores de

Aspectos psicológicos de las enfermedades hipertensivas del embarazo

riesgo para las enfermedades cardiovasculares. Por otro lado, el número total de cuidadores involucrados fue significativamente más alto en las mujeres con EHE (Leeners et al., 2006).

Sin embargo, a pesar de aparear por edad, paridad, nacionalidad y nivel educacional, las mujeres que desarrollaron enfermedades hipertensivas en el embarazo tuvieron significativamente un mayor ingreso mensual, y estaban casadas o viviendo en una relación estable, en comparación con el grupo control (Leeners et al., 2006). Tanto en las mujeres del grupo control como en las que desarrollaron EHE, las madres fueron las principales cuidadoras durante los tres grupos de edad en la niñez, por lo que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre controles y pacientes (Leeners et al., 2006).

Del total de mujeres que sufrieron enfermedad hipertensiva del embarazo, 0.8% presentaron hipertensión crónica; 14.3%, hipertensión gestacional; 37.5%, preeclampsia; y 47.4%, síndrome de HELLP. Al comparar estos padecimientos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los primeros tres años ni a partir de los 11 en el involucramiento de los padres cuando estas mujeres eran niñas. Sin embargo, para las edades entre cuatro y 10 años, los padres estuvieron involucrados un porcentaje significativamente más alto en quienes presentaron hipertensión gestacional que en aquellas con preeclampsia o síndrome de HELLP (Leeners et al., 2006). Lo anterior llama la atención, ya que la hipertensión gestacional es una complicación raramente asociada con consecuencias a largo plazo; mientras que la preeclampsia y el síndrome de HELLP pueden llevar a discapacidades físicas y mentales graves (Leeners et al., 2006). Se concluyó que la calidad del cuidado parental y el número total de cuidadores en la niñez se encuentran relacionados con el riesgo de presentar trastornos hipertensivos en el embarazo; sin embargo, los autores sugieren analizar con mayor detalle la relación entre padres e hijos.

Con base en lo anterior, uno de los objetivos de la presente investigación fue estudiar las prácticas de crianza, con el fin de esclarecer la relevancia de las interacciones con los padres durante la niñez en el desarrollo de enfermedades hipertensivas del embarazo en la vida adulta.

A pesar de que la presencia de determinados factores de riesgo implica una mayor probabilidad de experimentar problemas psicológicos, es importante tener en cuenta que la exposición al riesgo por sí sola no determina la ocurrencia de algún trastorno, por lo que los

factores de riesgo no necesariamente se traducen en resultados desadaptativos en la niñez (Cummings, Davies & Campbell, 2000). Por esta razón, el concepto de resiliencia ayuda a comprender por qué muchos niños se desarrollan de manera competente y se adaptan exitosamente a los retos de la vida aun bajo condiciones adversas.

La resiliencia se refiere a aquellos procesos dinámicos de funcionamiento psicológico que, ante riesgos considerables, fomentan resultados positivos y reducen los negativos, actuando en oposición a los procesos de vulnerabilidad ante la adversidad (Cummings et al., 2000). Esto ocurre por la presencia de factores protectores, los cuales promueven la adaptación durante la niñez.

Muchos autores consideran los factores protectores como sinónimos de características positivas, por ejemplo, la presencia de padres amorosos y confiables; un estilo de crianza con calidez y estructura; apoyo social de una red extensa de familiares; y tener una ventaja socioeconómica (Wenar & Kerig, 2000). Sin embargo, los factores protectores no son necesariamente agradables o deseables, ya que de hecho pueden ser adversos o estresantes (Cummings et al., 2000). Por lo tanto, es importante diferenciar entre factores positivos y factores protectores, ya que en algunos casos, los primeros pueden ser también factores de riesgo.

Se ha observado que los individuos resilientes, en vez de evadir los resultados negativos asociados con la adversidad, demuestran una adaptación adecuada cuando se enfrentan a retos o a estrés (Cummings et al., 2000). Incluso, algunas investigaciones señalan que las condiciones estresantes, especialmente en dosis moderadas, pueden tener efectos fortalecedores reflejados en los estilos de afrontamiento (Rutter, 1987).

Los factores que protegen contra los riesgos psicológicos y promueven la resiliencia incluyen: a) la reducción del impacto del riesgo, cuando ciertas variables actúan como amortiguadores ante una situación; b) la reducción del tiempo de exposición al estresor; c) la reducción de las reacciones negativas en cadena debido a la influencia de las relaciones interpersonales; d) el establecimiento y mantenimiento de la autoestima y la autoeficacia; es decir, hacer sentir a las personas que pueden lidiar exitosamente con los problemas de la vida; e) la apertura a las oportunidades y opciones en la vida; y f) la capacidad de afrontamiento y de regulación emocional (Rutter, 1987; 1993).

Por lo tanto, la calidad en el trato hacia los hijos por parte de los padres, puede ser un factor que disminuye o incrementa la capacidad del niño para enfrentarse a situaciones estresantes o de riesgo. Todavía resulta difícil explicar la asociación entre el cuidado en la niñez y el riesgo de EHE debido a que se desconoce cómo influye el cuidado parental en los mecanismos biológicos, psicológicos y/o sociales. Sin embargo, se considera que los efectos del estrés y la ansiedad debidos a las condiciones desfavorables en las primeras etapas de la vida, podrían reflejarse más tarde en la edad adulta.

2.3.2 Estrés y ansiedad

Durante muchos años se ha estudiado al estrés a través de diferentes perspectivas teóricas, por lo que han surgido tres principales modelos: los focalizados en el estímulo, los focalizados en la respuesta, y los interaccionales.

Los modelos focalizados en el estímulo, hacen énfasis en los eventos externos o situaciones ambientales que pueden llegar a perturbar el funcionamiento del organismo, de tal manera que establecen una relación directa entre el estresor y el riesgo de contraer enfermedades físicas. Para esto se han realizado diversas clasificaciones que evalúan el estrés correspondiente a los sucesos cotidianos de acuerdo al grado de adaptación requerido por el individuo. Algunos ejemplos de estas situaciones son la pérdida de un ser querido, el divorcio, el desempleo, problemas en las relaciones personales, presiones laborales y molestias ambientales (Marks, et al., 2008). Sin embargo, estos modelos han sido criticados debido a que las personas no reaccionan de igual manera ante el mismo estresor.

Los modelos focalizados en la respuesta se centran en los síntomas físicos y psicológicos del estrés, como la tensión corporal, la fatiga, el insomnio, la ansiedad, la concentración deficiente, etc., e investigan los mecanismos que vinculan el estrés con las enfermedades físicas, relacionando los sistemas cardiovascular e inmune (Marks et al., 2008).

Por último, el modelo interaccional es el más integrativo, ya que además de conjuntar las aportaciones anteriores, considera al estrés como una relación dinámica entre el individuo y el ambiente. Por esta razón, para la comprensión de la presente investigación se propone analizar el estrés a través de esta última perspectiva.

En el modelo interaccional, el estrés psicológico se define como “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (Lazarus & Folkman, 1984/1991, p. 43). El modelo explica el concepto de valoración cognitiva, constituida por dos procesos: 1) valoración primaria, en la cual un suceso puede percibirse como benigno, potencialmente dañino, amenazante, o retador y; 2) valoración secundaria, en la cual se hace una evaluación de la habilidad para enfrentar la amenaza o el reto (afrentamiento). Por tanto, el estrés ocurre siempre que hay un desajuste entre la amenaza percibida y la habilidad percibida para hacer frente (Marks et al., 2008).

Debido a que los individuos difieren mucho en cuanto a los estímulos que son estresantes para ellos, se ha identificado una respuesta característica del estrés que ocurre sin importar la naturaleza de éste: la ansiedad (Marks et al., 2008). Es así que el estrés comprende la relación entre situaciones del medio externo o interno (estresores) y la reacción de activación que se produce en la persona en respuesta a dichos eventos (Flórez-Alarcón, 1998), por lo que la ansiedad es producto del estrés (Lazarus & Folkman, 1984/1991).

En general, existen dos tipos de ansiedad, la ansiedad estado y la ansiedad rasgo. La primera hace referencia a una “condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo” (Spielberger & Díaz-Guerrero, 1975, p. 1). Este tipo de ansiedad puede variar en intensidad y cambiar a través del tiempo. Por otro lado, la ansiedad rasgo se refiere a las “diferencias individuales, relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad estado” (Spielberger & Díaz-Guerrero, 1975, p. 1).

Es importante aclarar que la respuesta por sí sola no puede considerarse como reacción psicológica al estrés, sino que siempre es necesario hacer referencia al estímulo que la originó. Sólo en caso de que el estímulo sea un estresor, es decir, que represente una demanda, un daño, una amenaza o una carga, el resultado será una conducta o una respuesta fisiológica estresada (ansiedad) (Lazarus & Folkman, 1984/1991).

Aspectos psicológicos de las enfermedades hipertensivas del embarazo

En cuanto a las respuestas del organismo, Hans Selye (1950) fue el primero en utilizar el término “estrés”, refiriéndose a un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo. A este tipo de reacciones que ocurren las denominó Síndrome de Adaptación General (SAG), y explican por qué un estresor puede ser la causa de una enfermedad (Selye, 1950).

El SAG está conformado por tres fases: una reacción de alarma en la cual las defensas del cuerpo se movilizan; una fase de resistencia que ocurre cuando el cuerpo se adapta al estrés; y una fase de agotamiento cuando la capacidad del cuerpo para resistir se colapsa. Selye observó que si se prolonga la segunda fase, el organismo deja de funcionar adecuadamente, lo cual puede conducir a enfermedades de adaptación como úlceras, asma, reacciones alérgicas, resfriados, y enfermedades cardiovasculares como la hipertensión, entre otras (Marks et al., 2008; Straub, 2007).

En este sentido, el estrés resulta poco adaptativo cuando las situaciones estresantes no logran ser resueltas, ya sea por la carga excesiva que representa para la persona; por la carencia de recursos; o por una percepción inadecuada del evento, de los recursos de afrontamiento, o de ambos (Flórez-Alarcón, 1998).

Las contribuciones de Selye comprobaron el papel que tiene el estrés o la ansiedad en la génesis y el desarrollo de múltiples enfermedades. Específicamente, la ansiedad está relacionada con la hipertensión debido a las reacciones fisiológicas que implica: incremento de la presión sanguínea (sensación de mareo o zumbido); vasoconstricción periférica (manos y/o pies fríos); taquicardia (corazón acelerado); aumento en la secreción gástrica (mariposas en el estómago); aumento en la actividad eléctrica muscular (tensión muscular); respuesta galvánica de la piel (sudoración); y boca seca (Dominguez, Valderrama, Olvera, Pérez, Cruz & González, 2002).

Es así que el estrés genera en el organismo un estado de activación fisiológica en el cual se incrementa el funcionamiento del sistema nervioso autónomo, especialmente de la rama simpática, y como consecuencia disminuye la competencia inmunológica (Herbert & Cohen, 1993). Por esta razón, las personas que experimentan estrés pueden ser más susceptibles a la enfermedad.

Se ha comprobado que el estrés predice cambios en la presión arterial a largo plazo. En un estudio se midió la presión arterial de más de 4000 participantes mientras realizaban tareas estresantes, y años más tarde se observó que aquellas personas que habían presentado mayores incrementos en la presión arterial durante el estudio, fueron más propensas a padecer hipertensión crónica (Matthews et al., 2004).

En otro estudio realizado con adolescentes, se examinó si la acumulación de eventos estresantes en un año estuvo asociada con mayor presión arterial ambulatoria. La hipótesis de los autores fue que los estresores crónicos (por ejemplo, que un familiar tuviera problemas con el alcohol o drogas) tendrían mayor impacto en la presión arterial ambulatoria que la acumulación de estresores agudos (por ejemplo, la muerte de un familiar cercano), debido a la duración de la exposición. Los resultados mostraron que los informes de eventos negativos agudos no estuvieron asociados con presión arterial ambulatoria. Sin embargo, los adolescentes que experimentaron mayores eventos crónicos y negativos presentaron mayor presión arterial sistólica, independientemente de la etnia, sexo, índice de masa corporal, actividad física y consumo de alimentos, cafeína, y nicotina (Brady & Matthews, 2006). De acuerdo con estos autores, la presión arterial ambulatoria predice eventos cardiovasculares, ya que la sobreestimulación de la respuesta de estrés puede llevar a desgastar los sistemas y como consecuencia provocar enfermedades como hipertensión, arterioesclerosis, y enfermedades coronarias (Brady & Matthews, 2006).

Tomando en cuenta estas aportaciones, se han documentado investigaciones que estudian la asociación entre el estrés o la ansiedad y diversas complicaciones en el embarazo y en el parto. A pesar de que existen inconsistencias al respecto, los datos presentados podrían servir para atar cabos sobre los aspectos psicológicos involucrados en las enfermedades hipertensivas del embarazo.

Algunos de los trabajos que han evaluado el impacto del estrés prenatal en el embarazo (Istvan, 1986; Lobel, 1994), así como los efectos de la ansiedad y la depresión en los resultados obstétricos (Perkin, Bland, Peacock & Anderson, 1993), concuerdan en que no existe una asociación clara entre el estrés o la ansiedad y las complicaciones del embarazo, ni entre la depresión y este tipo de complicaciones.

Aspectos psicológicos de las enfermedades hipertensivas del embarazo

Sin embargo, con respecto al estrés, existen discrepancias entre las investigaciones que han abordado este tema. En un estudio se encontró que las mujeres que en el tercer trimestre informaron haber vivido más eventos estresantes en el año previo al embarazo, tuvieron bebés con menor peso al nacer y menores puntuaciones Apgar, en comparación con aquellas que experimentaron menos eventos. Además, no se encontraron asociaciones con los eventos durante el embarazo (Pagel, Smilkstein, Regen & Montano, 1990), por lo que en este caso, las consecuencias del estrés se manifestaron a mediano plazo.

Por otra parte, se ha observado que un factor modulador de la respuesta de ansiedad ante los estresores internos o externos, tiene que ver con la deseabilidad y oportunidad de quedar embarazada, ya que surgen diferentes tipos de preocupaciones. En general, las gestantes que previamente no deseaban quedar embarazadas presentan más temores referentes a su propia salud, mientras que las que sí lo deseaban presentan más temores relacionados con la salud del bebé (Leifer, 1977). Asimismo, el embarazo no planeado, o peor aún, no deseado, incrementa el estrés percibido (Messer, Dole, Kaufman, & Savitz, 2005), lo cual perjudica la salud de la gestante (Flórez-Alarcón, 1998).

En una investigación se identificaron los factores demográficos y psicosociales relacionados con la ansiedad estado, con los ajeteos cotidianos, y con el estrés del embarazo durante cada mes a partir del tercer mes de gestación (Da Costa et al., 1999). Los resultados mostraron que a pesar de que los ajeteos cotidianos se mantuvieron estables durante el embarazo, las mujeres reportaron una mayor ansiedad estado en el tercer trimestre del embarazo, en comparación con los primeros dos. Se observó que un pobre ajuste marital predijo mayores ajeteos cotidianos durante el embarazo, así como mayor estrés y ansiedad estado en el tercer trimestre. Las mujeres que reportaron que el embarazo tendría un impacto negativo en su carrera puntuaron más alto en ajeteos cotidianos durante el embarazo y más alto en estrés en el tercer trimestre. Las mujeres más jóvenes reportaron mayor estrés en el tercer trimestre, debido a que aún se encontraban adaptándose a las demandas de diferentes roles como el matrimonio y la carrera, y no porque fueran primigestas. Se concluyó que los incrementos de estrés en el tercer trimestre se relacionan con la ocurrencia de las siguientes complicaciones gestacionales: sangrado vaginal en más de dos ocasiones; diabetes gestacional; hipertensión gestacional; preeclampsia/eclampsia; y/o placenta previa (Da Costa et al., 1999).

De igual manera, al examinar la situación psicosocial percibida durante la gestación por un grupo de adolescentes sanas y un grupo de adolescentes con EHE, se encontró que la percepción de fuentes de estrés fue mayor en el grupo de casos. Por el contrario, el estado anímico positivo y la percepción de fuentes de apoyo favorecieron al grupo control, por lo que se sugiere una relación de la situación psicosocial desfavorable con la enfermedad hipertensiva del embarazo (Salvador-Moysén et al., 2000).

El propósito de uno de los estudios más recientes fue investigar la correlación entre el estrés durante el embarazo y el riesgo de enfermedades hipertensivas. Los resultados mostraron que el estrés durante el embarazo parece incrementar el riesgo de preeclampsia en un factor de 2.1 y el riesgo de síndrome de HELLP en un factor de 1.6. De hecho, las pacientes que desarrollaron alguna EHE presentaron con mayor frecuencia estrés grave durante el embarazo, en comparación con las mujeres sanas. Esta diferencia fue estadísticamente significativa para las mujeres con preeclampsia o síndrome de HELLP, pero no para las de hipertensión gestacional. Lo mismo ocurrió al reportar un estilo de vida lleno de acontecimientos durante el embarazo. Las tres razones más importantes de estrés fueron: la muerte de un familiar o amigo cercano; lesión o enfermedad personal; y una grave enfermedad en un pariente cercano o amigo. Las mujeres que desarrollaron EHE mencionaron significativamente y con mayor frecuencia la presencia de: cambios en sus condiciones de vida, cambios en la salud de un familiar o amigo cercano, conflictos matrimoniales, divorcio o separación, y problemas ocupacionales. Además, se observó que era más común que estas mujeres hubieran experimentado al menos un aborto, lo cual implica mayor riesgo de estrés en embarazos subsecuentes. Por lo tanto, es probable que las mujeres que presentaron enfermedades hipertensivas hayan empezado su embarazo con altos niveles de estrés (Leeners et al., 2007).

Como se puede observar, algunos estudios indican que la hipertensión crónica o los incrementos en la presión arterial ambulatoria están relacionados con un mayor número de eventos previos que resultaron estresantes (Brady & Matthews, 2006; Matthews et al., 2004), lo cual concuerda con el hecho de considerar el ambiente y las interacciones familiares durante la niñez como antecedentes de las EHE. Sin embargo, otros estudios muestran que es realmente el estrés durante el embarazo lo que propicia el desarrollo de trastornos hipertensivos (Da Costa et al., 1999; Leeners et al., 2007; Salvador-Moysén et al., 2000).

Aspectos psicológicos de las enfermedades hipertensivas del embarazo

Por las razones antes expuestas, Da Costa et al. (1999) y Leeners et al. (2007) consideran que las intervenciones psicosociales durante la gestación pueden ayudar a reducir el estrés, el riesgo de desarrollar trastornos hipertensivos, y por tanto, las probabilidades de sufrir consecuencias perjudiciales en la salud. Estos autores sugieren evaluar el apoyo social percibido y los estilos de afrontamiento al estrés de las mujeres embarazadas en futuras investigaciones.

Contrario a los resultados anteriores, en un estudio se encontró que los rasgos de tranquilidad estuvieron asociados con un alto riesgo de desarrollar hipertensión inducida en el embarazo (HIE) después de la semana 28. La interpretación de los autores fue que las mujeres que se consideraban tranquilas generalmente tenían mayor probabilidad de desarrollar HIE debido a que mantenían esta percepción de sí mismas a través de negar las experiencias estresantes y de expresar la ansiedad de manera encubierta a través de medios fisiológicos como la hipertensión (Poland, Giblin, Lucas & Sokol, 1986), lo cual también hace referencia a un estilo de afrontamiento “represivo”.

Por otro lado, con respecto a los problemas ocupacionales, también se han considerado las condiciones laborales adversas en el desarrollo de enfermedades hipertensivas del embarazo. En una investigación se compararon mujeres empleadas y mujeres que trabajaban en el hogar, y se examinaron las siguientes características del trabajo relevantes para el estrés: complejidad del trabajo, presiones laborales, nivel de control y libertad de decisión en el trabajo. Los resultados mostraron que todos los casos de hipertensión inducida en el embarazo ocurrieron en las mujeres empleadas que trabajaron durante el primer trimestre del embarazo. En particular, la hipertensión gestacional estuvo asociada con presiones laborales y bajo nivel de control en las mujeres con trabajos de alto estatus, es decir que requerían un título profesional; mientras que para trabajos con menor jerarquía se asoció con baja libertad de decisión y baja complejidad laboral (Landsbergis & Hatch, 1996). Asimismo, la preeclampsia estuvo asociada con nuliparidad, edades más tempranas, y un estatus socioeconómico más alto; mientras que la hipertensión gestacional estuvo relacionada con una historia de hipertensión, pocas horas laborales a la semana, y un bajo estatus socioeconómico.

En otro estudio también se encontró alta incidencia de preeclampsia en mujeres que cargaban cosas pesadas en su trabajo, que tenían un ritmo de trabajo agitado, o que trabajaban con sus

manos por arriba del nivel de sus hombros. El trabajo por turnos también estuvo asociado con este riesgo pero sólo para mujeres que ya habían dado a luz (Wergeland & Strand, 1997).

Como se puede apreciar, en general, el estrés es uno de los principales elementos que desencadenan el desarrollo de enfermedades. En este caso, la evidencia muestra su fuerte influencia en los trastornos hipertensivos de la gestación, por lo que es de gran importancia abordar los estilos de afrontamiento, con el fin de explorar qué habilidades para hacer frente al estrés resultan más efectivas como factores protectores contra las EHE.

2.3.3 Afrontamiento del estrés

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984/1991), no es posible entender por completo el concepto de estrés al considerar los estímulos ambientales y las respuestas de las personas como entidades separadas; sino que es necesario considerarlas como una interacción, de tal manera que cada persona debe adaptarse continuamente a los desafíos diarios. A estas respuestas dinámicas o interacciones continuas entre las personas y el medio, se les denomina afrontamiento al estrés.

Como se explicó previamente, el hecho de considerar una situación o evento como estresante, no lleva automáticamente a las consecuencias psicológicas y fisiológicas adversas, sino que el manejo de estas situaciones es el que resulta determinante en la salud (Straub, 2007). Así, una vez que se evalúa un evento como amenazante o retador, el siguiente paso es evaluar las habilidades que se poseen para identificar si son adecuadas para lidiar con la situación, o si es preferible evitar ese daño potencial. Cuando las habilidades son excedidas por las demandas de la situación, se genera estrés.

En general, el afrontamiento se refiere a “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus & Folkman, 1984/1991, p. 164). Es decir, incluye todo lo que el individuo hace o piensa con el fin de reducir la situación estresante y adaptarse a ella, independientemente de los resultados que obtenga.

Aspectos psicológicos de las enfermedades hipertensivas del embarazo

En este proceso cambiante, el individuo debe contar tanto con estrategias defensivas, como con estrategias que le sirvan para resolver el problema, por lo que ninguno de estos dos tipos de estrategias se considera mejor que la otra. En realidad, la calidad de las estrategias está determinada por sus efectos en una situación específica y por sus consecuencias a largo plazo (Lazarus & Folkman, 1984/1991). Por ejemplo, algunas estrategias proveen alivio temporal, pero tienden a ser perjudiciales en el futuro, ya que no sirven para eliminar la situación estresante; como cuando una persona se aleja de la fuente de estrés, o cuando se involucra en el alcohol o en las drogas, con el fin de negar su existencia (Straub, 2007). Por esta razón, “el mejor afrontamiento es aquél que modifica la relación individuo-entorno en el sentido de mejorarla” (Lazarus & Folkman, 1984/1991, p. 161).

No obstante, es importante aclarar que no todas las fuentes de estrés pueden eliminarse, por lo que no se debe confundir el afrontamiento con el dominio sobre el entorno. En estos casos, el afrontamiento eficaz debe ayudar al individuo a tolerar, minimizar, aceptar o, incluso, ignorar todo aquello que no puede dominar (Lazarus & Folkman, 1984/1991).

Por otro lado, uno de los factores asociados con la selección de habilidades de afrontamiento son las características o recursos personales, puesto que influyen en el estado de salud. Estos recursos se refieren a: la edad, el sexo, la educación, la habilidad intelectual, la fuerza del ego, la autoconfianza, las creencias religiosas, las experiencias previas relacionadas con la salud, y las características de personalidad relativamente estables como la extroversión, el optimismo, el control interno, el sentido de coherencia y los estilos de solución de problemas (Moss & Holahan, 2007). De esta manera, si los recursos de afrontamiento de una persona son lo suficientemente fuertes, no habrá estrés, aún cuando para otras personas la situación parezca insoportable; y si los recursos son débiles o inefectivos, el estrés ocurrirá, aún cuando para otras personas las demandas de la situación puedan cubrirse fácilmente (Straub, 2007). Con respecto a esto, el hecho de que una persona posea muchos recursos no sólo significa que dispone de una gran cantidad de ellos, sino que tiene la habilidad para aplicarlos ante diferentes situaciones (Lazarus & Folkman, 1984/1991).

El afrontamiento exitoso ante situaciones estresantes refuerza los recursos personales, lo cual genera procesos de resiliencia. De esta manera, las situaciones difíciles promueven el desarrollo de habilidades de afrontamiento y de nuevos recursos personales y sociales (Moss & Holahan, 2007).

Cabe resaltar que, los recursos económicos aumentan en gran medida las opciones de afrontamiento en la mayoría de las situaciones estresantes, ya que proporcionan facilidades para la asistencia médica, financiera, legal, etc. Contar con dinero puede reducir la vulnerabilidad de las personas a la amenaza, incluso aunque no se utilice, y como consecuencia, facilitar el afrontamiento efectivo (Lazarus & Folkman, 1984/1991).

Por otra parte, en cuanto a las estrategias posibles de afrontamiento, se han tipificado dos grandes grupos: las que se centran en el problema para modificar la situación (afrontamiento dirigido al problema); y las que modulan la respuesta emocional que dicho problema provoca (afrontamiento dirigido a la emoción). Ambas estrategias se influyen la una a la otra y pueden potenciarse o interferirse (Lazarus & Folkman, 1984/1991).

Generalmente, se usa el afrontamiento dirigido al problema para lidiar directamente con la situación estresante, ya sea al reducir sus demandas o al incrementar la capacidad para hacer frente a ese estresor. Y el afrontamiento dirigido a la emoción se utiliza para lidiar con las respuestas emocionales al estrés. Asimismo, se utiliza el primero cuando se cree que las situaciones pueden cambiar; y el segundo, cuando se cree que no se puede hacer mucho para modificar las situaciones estresantes, o que las habilidades de afrontamiento son realmente insuficientes para cubrir las demandas de esa situación (Straub, 2007).

También existen dos principales propuestas que se utilizan para clasificar las estrategias de afrontamiento. La primera enfatiza el enfoque de afrontamiento, es decir la orientación y actitud de las personas en respuesta a un estresor: aproximarse o evadirlo. Y la segunda, se centra en el método de afrontamiento, es decir, si la respuesta implica esfuerzos cognitivos o conductuales (Moos & Holahan, 2007).

Al combinar estas dos propuestas, resultan cuatro tipos de afrontamiento: el afrontamiento cognitivo de aproximación; el afrontamiento conductual de aproximación; el afrontamiento cognitivo de evitación; y el afrontamiento conductual de evitación. Cada uno de estos se divide en estrategias específicas, por lo que al final resultan ocho estilos de afrontamiento (Moos & Holahan, 2007) (ver tabla 1).

Tabla 1

Estrategias de afrontamiento

Tipo de afrontamiento	Descripción	Ejemplo
Aproximación cognitiva		
Análisis lógico y búsqueda de significado	Esfuerzos individuales para aprender más acerca de las condiciones que rodean a un individuo.	Prestar atención a un aspecto de la crisis a la vez para hacer el problema más manejable; reflexionar sobre las experiencias pasadas; no actuar impulsivamente; repasar mentalmente las posibles acciones y sus consecuencias; reforzar la autoconfianza al recordar cómo se tuvo éxito en situaciones anteriores.
Revaloración positiva	Aceptación de la realidad de la situación, adoptando una perspectiva más favorable.	Recordarse a uno mismo que las cosas siempre pueden ser peores; percibirse a uno mismo como afortunado comparado con otras personas; modificar las prioridades de acuerdo con la realidad; pensar en que se obtendrá algo bueno del problema.
Aproximación conductual		
Búsqueda de guía y soporte	Obtener información acerca de las circunstancias y de las posibles consecuencias.	Buscar apoyo emocional y material de la familia y amigos; así como apegarse a la religión con el fin de encontrar consuelo en un poder superior.
Acciones para la solución de problemas	Comportamientos que sirven para lidiar directamente con la situación.	Pensar en varias formas de resolver el problema; resolver el problema paso a paso. En caso de enfermedad, aprender cómo controlar los síntomas; cambiar de hábitos; hacer ejercicio.
Evitación cognitiva		
Evitación cognitiva o negación	Respuestas dirigidas a negar o minimizar la seriedad de una situación.	Alejarse de las personas; no creer lo que está pasando; no preocuparse y pensar que todo saldrá bien.
Aceptación y resignación	Aceptación del problema; adoptar una actitud de resignación ante la realidad.	Tratar de conocer más del problema; hablar sobre el problema; tratar de llegar a un acuerdo para rescatar algo positivo de la situación.
Evitación conductual		
Búsqueda de Recompensas alternativas	Paliar el efecto del estrés involucrándose en otras actividades que generen satisfacción.	Dirigirse a nuevas metas cuando un objetivo se vuelve inalcanzable; hacer otras cosas para no pensar en el problema.
Contención emocional	Esfuerzos dirigidos a evitar la expresión de sentimientos negativos	Abstenerse de gritar, llorar, y/o desquitarse con otras personas.

Tomando en cuenta los recursos personales antes mencionados, se ha observado que los individuos que tienen un locus de control interno, mayor autoconfianza, mayor autoeficacia, y un mayor sentido de coherencia, son más propensos a utilizar estilos de afrontamiento de aproximación, como la solución de problemas, en lugar de los estilos de afrontamiento evitativos (Moss, & Holahan, 2007). Además, en un metanálisis se demostró que las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema correlacionan con un mejor estado de salud, en comparación con las estrategias dirigidas a la emoción, como el distanciamiento y la evitación (Penley, Tomaka & Wiebe, 2002).

Dependiendo de los resultados obtenidos, las estrategias de afrontamiento pueden ser adaptativas o desadaptativas. Dentro de las adaptativas por lo general se encuentran: escuchar música, caminar por gusto, hacer ejercicio físico, respirar abdominalmente, platicar, confiar en otras personas, darse un tiempo para pensar en la situación, buscar alternativas, distraerse con algún pasatiempo, pensar positivamente, leer por placer, rezar, y bailar por gusto. En las desadaptativas se encuentran: aislarse, aguantarse en silencio, callarse, no hablar del problema, llenarse de trabajo, no escuchar, desarrollar pensamientos negativos o catastróficos, comerse las uñas, fumar, comer en exceso, discutir por todo, ingerir bebidas alcohólicas, golpear, arrojar cosas, y ver televisión en exceso. Hay algunas otras estrategias que dependiendo del contexto y de la frecuencia e intensidad con que se presenten pueden ser adaptativas o desadaptativas, como platicar de los problemas, dormir y moverse constantemente (Dominguez et al., 2002).

Asimismo, existe un proceso de adaptación emocional que puede convertirse en una fuente de estrés de tipo negativo: la inhibición activa. Esto ocurre cuando un estímulo negativo se minimiza o se niega, por lo que se posterga el momento de enfrentar la situación, generando un desgaste físico y psicológico. Este proceso lo utilizan inicialmente las personas para protegerse, pero en realidad implica un esfuerzo extra, ya que al pretender que todo está bien, al no expresar las emociones que giran alrededor del evento (enojo, tristeza, miedo, ansiedad), y al mantenerse éstos por periodos prolongados, aumenta la probabilidad de que se presenten diversas enfermedades. De esta manera, la salud física y psicológica de las personas puede afectarse gravemente, debido a las reacciones de vasoconstricción, tensión muscular, y cambios en la presión arterial, provocadas por la inhibición activa. Aparte, cuando una persona oculta eventos de su vida, pensamientos o sentimientos significativos relacionados

Aspectos psicológicos de las enfermedades hipertensivas del embarazo

con un hecho desagradable, no es capaz de entenderlos ni mucho menos de pensar en ellos de manera integradora como para plantearse soluciones (Dominguez et al., 2002).

En relación con lo anterior, en un estudio se encontró que las personas que padecen hipertensión tienden a negar los acontecimientos emocionalmente significativos (Sapira, Scheib, Moriarty & Shapio, 1971), lo cual sugiere un estilo de afrontamiento supresor. De igual manera, se ha estudiado la asociación entre el afrontamiento represivo y la presión arterial, indicando que las personas represivas muestran mayor reactividad en la presión arterial sistólica, tanto en situaciones desafiantes, como en situaciones de reposo (King, Taylor, Albright & Haskell, 1990).

En otro estudio realizado con hombres y mujeres, se observó que las mujeres mostraron correlaciones inversamente significativas entre el comportamiento adaptativo o saludable y la presión sistólica y diastólica. Además, tanto para hombres como para mujeres, el afrontamiento evitativo estuvo asociado con mayor estrés laboral (Lindquist, Beilin & Knuiman, 1997).

Más recientemente, se observó que los antecedentes genéticos de hipertensión aunados al afrontamiento evitativo, son los mejores predictores de reactividad cardiovascular ante estresores específicos, por lo que en conjunto con la regulación emocional pueden aumentar el riesgo de padecer hipertensión (Schwerdtfeger, Schmukle & Egloff, 2005).

Es importante considerar que los esfuerzos de afrontamiento afectan la salud a lo largo del tiempo, por lo que si las estrategias de afrontamiento resultan desadaptativas, se convertirán en precursoras de enfermedades, situación que también requiere afrontamiento. En este sentido, y para comprender la importancia de este tema en las enfermedades hipertensivas del embarazo, el interés de abordar el afrontamiento no va enfocado a cómo manejan las personas estos trastornos, sino a cuáles son las distintas vías por las que las formas de lidiar con los acontecimientos diarios pueden afectar la salud de las mujeres generando EHE. De acuerdo con Leeners et al. (2007), es probable que la mejora en las estrategias de afrontamiento pueda ayudar a reducir el riesgo de desarrollar trastornos hipertensivos en la gestación.

En resumen, el afrontamiento “es una variable que afecta a muchas otras, directamente relacionadas con la hipertensión y la reactividad, como son las emociones, y las relacionadas

con conductas protectoras, de riesgo, y de adhesión terapéutica, por lo que puede considerarse una variable particularmente integradora” (Riveros, 2007, 51,52).

Por lo tanto, considerando los factores psicosociales antes expuestos, el objetivo principal de este trabajo fue identificar posibles diferencias en las prácticas de crianza, los estilos de afrontamiento, y la ansiedad, entre mujeres embarazadas sanas, mujeres embarazadas con enfermedad hipertensiva, y mujeres embarazadas con algún otro padecimiento. Otro de los intereses fue explorar la relación entre las prácticas de crianza, los estilos de afrontamiento, la ansiedad, y las variables sociodemográficas.

Capítulo 3. Método

3.1 Participantes

Se invitó a participar a 119 pacientes embarazadas del Hospital General de Atizapán, quienes acudieron a los servicios de consulta externa, de urgencias, y de ginecoobstetricia. A 29 pacientes se les eliminó del análisis final, ya que 22 no completaron los instrumentos, y a 7 no se les pudo confirmar su diagnóstico al final de la gestación. Por lo tanto, el estudio estuvo conformado por 90 mujeres embarazadas.

La selección de las participantes fue no probabilística accidental, dando lugar a tres grupos:

1) El de mujeres embarazadas sanas, conformado por 29 participantes (32.2%); 2) el de mujeres embarazadas con algún padecimiento distinto a la hipertensión, conformado por 23 participantes (25.5%); y 3) el de mujeres embarazadas con enfermedad hipertensiva, conformado por 38 participantes (42.2%).

Los criterios de asignación a los grupos fueron los siguientes:

Embarazadas sanas (ES): Este grupo estuvo conformado por mujeres que no refirieron ningún tipo de enfermedad, y que no presentaron complicaciones prenatales o perinatales en embarazos anteriores (EHE, aborto o amenazas de aborto, complicaciones de placenta, etc.), ni en la presente gestación.

Otros padecimientos (OP): Las mujeres que conformaron este grupo refirieron padecer alguna enfermedad distinta de la hipertensión, o haber presentado complicaciones prenatales o perinatales, ya fuera en embarazos anteriores o en la presente gestación. Cinco de ellas presentaron un aborto en embarazos anteriores (21.73%); cuatro, amenazas de aborto en esta gestación (17.39%); a tres de ellas se les bajó la presión durante el parto (13.04%); tres padecían anemia (13.04%); dos presentaron enfermedad hipertensiva en ocasiones anteriores (8.69%); dos reportaron calcificación de la placenta (8.69%); dos de ellas tuvieron desprendimiento previo de la placenta (8.69%); dos presentaron complicaciones biliares (8.69%); una reportó escasez de líquido amniótico (oligohidramnios) (4.34%); una padecía gastritis y colitis (4.34%); una reportó ser prediabética (4.34%); una presentaba endometriosis

Aspectos psicológicos de las enfermedades hipertensivas del embarazo

(4.34%); y una reportó tener un microadenoma (4.34%). En algunas participantes estas complicaciones se presentaron de manera combinada.

Enfermedades hipertensivas del embarazo (EHE): Conformado por mujeres que presentaron cualquiera de las variantes de hipertensión, sin incluir a aquellas que tuvieron comorbilidad con otra enfermedad. Cabe señalar, que no todas las participantes de este grupo se encontraban en las mismas condiciones al momento de la aplicación, puesto que a un 26.31% se les entrevistó antes de que presentaran la enfermedad hipertensiva; a un 39.4%, cuando apenas presentaban síntomas o ya tenían el diagnóstico; y a un 34.21%, en las primeras 48 horas después del parto mientras se encontraban hospitalizadas debido a que el inicio del trastorno hipertensivo ocurrió súbitamente, por lo que las circunstancias no permitieron la aplicación previa al parto.

En general, todas las participantes pertenecían a un nivel socioeconómico medio-bajo. La edad promedio del primer grupo fue de 23 años (min. 15 y máx. 38, 7.11 DE); la del segundo grupo, de 21 años (min. 16 y máx. 30, 4.52 DE); y la del tercero, de 25 años (min. 15 y máx. 37, 6.62 DE). Las características sociodemográficas de los grupos y las relativas a la gestación, se presentan en las tablas 2 y 3.

Como se puede observar en la tabla 2, la mayoría de las participantes residía en el Estado de México, tenía una escolaridad de secundaria, vivía en unión libre y se dedicaba al hogar. Del grupo con enfermedades hipertensivas del embarazo, se puede notar que, un porcentaje muy bajo fueron solteras, y hubo un mayor porcentaje de personas de otros estados de la República (Michoacán, Oaxaca, Chiapas, Hidalgo, San Luis Potosí, Veracruz y Guerrero) en comparación con los otros grupos. Destaca la escolaridad del grupo con otros padecimientos, ya que obtuvieron mayores porcentajes en preparatoria, licenciatura y posgrado. También hubo un mayor porcentaje de estudiantes o empleadas en el grupo con otros padecimientos, en comparación con los demás grupos.

Tabla 2.

Características sociodemográficas de las participantes.

	Grupo (n = 90)		
	ES (n= 29) Frecuencia (%)	OP (n= 23) Frecuencia (%)	EHE (n=38) Frecuencia (%)
Estado civil			
Soltera	9 (31.03%)	8 (34.78%)	3 (7.89%)
Unión libre	11 (37.93%)	8 (34.78%)	21 (55.26%)
Casada	9 (31.03%)	7 (30.43%)	13 (34.21%)
Divorciada	0 (0%)	0 (0%)	1 (2.63%)
Lugar de nacimiento			
Estado de México	17 (58.62%)	15 (65.21%)	19 (50%)
Distrito Federal	9 (31.03%)	6 (26.08%)	10 (26.31%)
Int. de la República	3 (10.34%)	2 (8.69%)	9 (23.68%)
Escolaridad			
Primaria	4 (13.79%)	2 (8.69%)	6 (15.78%)
Secundaria	13 (44.82%)	8 (34.78%)	20 (52.63%)
Comercio/CT	2 (6.89%)	2 (8.69%)	2 (5.26%)
Preparatoria	7 (24.13%)	7 (30.43%)	8 (21.05%)
Licenciatura	2 (6.89%)	3 (13.04%)	2 (5.26%)
Posgrado	1 (3.44%)	1 (4.34%)	0 (0%)
Ocupación			
Hogar	26 (89.65%)	17 (73.91%)	35 (92.10%)
Estudiante	0 (0%)	2 (8.69%)	1 (2.63%)
Empleada	2 (6.89%)	4 (17.39%)	2 (5.26%)
Estudiante y empleada	1 (3.44%)	0 (0%)	0 (0%)

Nota: ES= Embarazadas sanas; OP= Otros padecimientos; EHE= Enfermedades hipertensivas del embarazo; CT= Carrera técnica.

Por otra parte, en la tabla 3 se puede observar que, para la mayoría de las participantes se trataba de su primer o segundo embarazo, sin embargo, en comparación con los otros grupos, hubo un mayor porcentaje de mujeres con EHE que se encontraban en su cuarto o quinto embarazo. De todos los grupos, la mayoría de las participantes que ya habían tenido hijos continuaba con la misma pareja. Se puede observar en el grupo con otros padecimientos, que el tiempo que transcurrió desde el embarazo anterior fue menor en comparación con los demás. A todas las participantes se les abordó a partir del segundo trimestre de gestación, y a algunas mujeres con EHE en los primeros días posteriores al parto. En el grupo con EHE destacan las complicaciones en embarazos anteriores y un mayor porcentaje en partos prematuros en comparación con los otros grupos. Asimismo, en el grupo con otros padecimientos se observa un mayor porcentaje en los partos posteriores a las 40 semanas de gestación.

Tabla 3

Características de la gestación de las participantes

	Grupo (n = 90)		
	ES (n= 29) Frecuencia (%)	OP (n= 23) Frecuencia (%)	EHE (n= 38) Frecuencia (%)
Número de embarazo			
Primero	18 (62.06%)	16 (69.56%)	19 (50%)
Segundo	8 (27.58%)	3 (13.04%)	10 (26.31%)
Tercero	2 (6.89%)	3 (13.04%)	4 (10.52%)
Cuarto	1 (3.44%)	1 (4.34%)	3 (7.89%)
Quinto	0 (0%)	0 (0%)	2 (5.26%)
Complicaciones en embarazos anteriores			
No	11 (37.93%)	0 (0%)	6 (15.78%)
Aborto	0 (0%)	5 (21.73%)	3 (7.89%)
EHE	0 (0%)	2 (8.69%)	6 (15.78%)
Desprendimiento de placenta	0 (0%)	0 (0%)	1 (2.63%)
Amenaza de aborto	0 (0%)	0 (0%)	1 (2.63%)
Desprend. de placenta y aborto	0 (0%)	0 (0%)	1 (2.63%)
EHE y aborto	0 (0%)	0 (0%)	1 (2.63%)
(Primer embarazo)	18 (62.06%)	16 (69.56%)	19 (50%)
Misma pareja en todos los embarazos			
Sí	6 (20.68%)	6 (26.08%)	13 (34.21%)
No	5 (17.24%)	1 (4.34%)	6 (15.78%)
(Primer embarazo)	18 (62.06%)	16 (69.56%)	19 (50%)
Tiempo desde el último embarazo			
1 a 3 años	5 (17.24%)	3 (13.04%)	8 (21.05%)
4 a 6 años	2 (6.89%)	4 (17.39%)	4 (10.52%)
7 a 9 años	3 (10.34%)	0 (0%)	4 (10.52%)
10 años o más	1 (3.44%)	0 (0%)	3 (7.89%)
(Primer embarazo)	18 (62.06%)	16 (69.56%)	19 (50%)
Edad gestacional			
Primer trimestre	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Segundo trimestre	5 (17.24%)	7 (30.43%)	7 (18.42%)
Tercer trimestre	24 (82.75%)	16 (69.56%)	31 (47.36%)
(Postparto)	0 (0%)	(0%)	13 (34.21%)
Momento del parto			
Prematuro (antes de 38 semanas)	5 (17.24%)	3 (13.04%)	14 (36.84%)
Normal (semanas 38 a 40)	22 (75.86%)	15 (65.21%)	22 (57.89%)
Después de 40 semanas	2 (6.89%)	5 (21.73%)	2 (5.26%)

Nota: ES= Embarazadas sanas; OP= Otros padecimientos; EHE= Enfermedades hipertensivas del embarazo.

Criterios de inclusión

Participaron mujeres embarazadas capaces de entender y escribir en castellano. No hubo restricciones en cuanto a la edad, ni en cuanto a la edad gestacional, ya que incluso se evaluó a mujeres que tenían pocas horas de haber dado a luz.

Criterios de exclusión

Se excluyó a las personas que presentaron alteraciones graves que les impidieran la comprensión de los instrumentos.

Criterios de eliminación

Se eliminó a aquellas participantes que no completaron los cuestionarios y/o que no se les pudo localizar posteriormente para confirmar el diagnóstico.

3.2 Materiales e instrumentos

Carta de consentimiento informado

Conforme a lo estipulado por el Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología [SMP], 2010), en este documento se describieron los objetivos generales del estudio, las condiciones necesarias para participar, las actividades a realizar, la duración de ellas, y la estipulación reiterada de que la participación sería anónima, voluntaria y aun en caso de decidir retirarse no habría consecuencias como usuaria de los servicios de la institución o de cualquier otra índole (ver anexo 1).

Entrevista

Con el fin de recolectar datos sociodemográficos, factores de riesgo, características sobre el embarazo, e identificar la presencia de hipertensión, se realizó una entrevista semiestructurada basada en el formato de entrevista para pacientes hipertensos de Riveros (2007), y en el formato de evaluación inicial del inventario de evaluación de estrés prenatal de Flores-Alarcón (1998). Este cuestionario incluyó preguntas sobre el apoyo social con el que contaban las participantes y relativas a la percepción emocional en cuanto al estrés y al enojo (ver anexo 2).

La entrevista fue diseñada ex profeso, comprobando la claridad y pertinencia de las preguntas por medio de un piloteo a 25 participantes del mismo hospital. Posterior a esto, se decidió agregar una escala del uno al diez (“1” significaba el mínimo y “10” el máximo) a las preguntas referentes a la percepción emocional de las participantes, al ejercicio realizado a lo largo de su vida, y a la relación con su pareja, de tal manera que ellas mismas se pudieran asignar una calificación en cuanto a estos aspectos y así cuantificar sus respuestas.

Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC)

Este instrumento, conformado por dos secciones, mide diversos factores de riesgo psicosociales relacionados específicamente con las dinámicas familiares en la niñez y recaba información sociodemográfica. Se seleccionaron sesenta reactivos correspondientes a la segunda sección del Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (Sánchez-Sosa & Hernández-Guzmán, 1993) (ver anexo 3). Específicamente, los reactivos fueron los siguientes: 85, 86, 88, 89, 91, 92, 93, 98, 99, 100, 102, 103, 104, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 145, 146, 147, 148, 149, 170, 174, 175, 176, 177, 178.

Tomando como base los factores descritos por Jurado (2002), los reactivos de este instrumento se agruparon en seis áreas según su contenido:

- Déficit en la crianza positiva (Alfa = .7912)
Reactivos: 104, 108, 110, 111, 112, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 131.
- Desinterés de los padres (Alfa = .6383)
Reactivos: 102, 104, 108, 110, 111, 112.
- Crianza negativa (Alfa = .5657)
Reactivos: 113, 114, 116, 117, 120, 121, 133, 134, 135, 136, 139.
- Padres que usaban castigo (Alfa = .6495)
Reactivos: 113, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 121.
- Relación negativa con la madre (Alfa = .7474)
Reactivos: 110, 112, 123, 124, 125, 127, 129, 131.
- Relación negativa con el padre (Alfa = .6296)
Reactivos: 111, 122, 124, 125, 126, 128, 131.

Los reactivos restantes se utilizaron con el objetivo de ampliar la información sociodemográfica. Todos se codificaron de tal manera que un mayor puntaje indicaba mayor deficiencia en las prácticas de crianza, por lo que concordaron con lo que medía cada una de las áreas.

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)

Se utilizó la versión adaptada al castellano por Spielberger y Díaz-Guerrero (1975) del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. Este instrumento está constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: estado y rasgo. El inventario muestra un alto grado de consistencia interna marcado por coeficientes alfa de Cronbach con valores entre .83 y .92. Cada escala contiene 20 reactivos que se contestan por medio de una escala Likert de 4 puntos (ver anexo 4).

Previo al estudio se modificó la redacción de los reactivos con la finalidad de que fueran más claros y comprensibles. Se realizó un piloteo con 25 participantes, y se cambiaron los reactivos que no se comprendieron fácilmente. Los reactivos se codificaron de tal manera que un mayor puntaje indicaba mayor ansiedad, ya fuera ansiedad estado o ansiedad rasgo, conforme a la estructura original del instrumento.

Escala de Afrontamiento de Moos (forma B)

Este instrumento evalúa las distintas formas de responder ante una situación problemática. Se utilizó la forma B de la escala en su versión adaptada al castellano, validada para pacientes crónicos de bajos recursos (Ayala, Aduna, Vázquez y Lozano, 1988, en Aduna 1998), obtenida de la Escala de Salud y Vida cotidiana (Moos, Cronkite, Billings & Finney, 1986) (ver anexo 5).

Esta escala mostró estructura factorial con rotación varimax (60.59% de la varianza explicada) en un estudio preliminar con 130 pacientes hipertensos. Se eliminaron las áreas Re-evaluación positiva, y Búsqueda de recompensas alternativas que mostraron cargas muy bajas en la rotación (Riveros, 2007). De los factores restantes se evaluaron las siguientes áreas: Análisis lógico, Contención emocional, Búsqueda de guía y soporte, y Aceptación o resignación.

3.3 Diseño

Se utilizó un diseño no experimental, correlacional, transversal y retrospectivo en mujeres embarazadas sanas, mujeres embarazadas con enfermedad hipertensiva, y mujeres embarazadas con algún otro padecimiento (Hernández, Fernández-Collado, Baptista, 2006).

3.4 Procedimiento

Se abordó a las participantes en las salas de espera de los servicios de Consulta Externa y de Urgencias, así como en las camas del servicio de Ginecoobstetricia (cuando se trató de pacientes con EHE) del Hospital General de Atizapán, desde enero hasta mayo de 2010.

Primeramente, se les informó sobre el estudio a las mujeres embarazadas y se les invitó a participar; en caso de que accedieran se procedió a la lectura y firma del consentimiento informado. Posterior a esto, se realizó la entrevista y se les pidió que contestaran los instrumentos, comenzando por el SEVIC (por tratarse del más extenso), siguiendo con el IDARE, y finalizando con la Escala de Afrontamiento de Moos.

Con el fin de evitar posibles sesgos del experimentador, los instrumentos que se emplearon fueron autoadministrables y siempre se mantuvo una distancia prudente de las participantes. En el caso de las pacientes que se encontraban hospitalizadas o que requirieron ayuda para contestar los instrumentos, se tuvo cuidado de no inducir las respuestas, manteniendo el mismo tono de voz en todas las opciones.

Durante la aplicación siempre se mantuvo total disposición para contestar las dudas de las participantes. El tiempo total requerido para el llenado de los instrumentos osciló entre 30 y 45 minutos. Al finalizar, se corroboraron los datos de las participantes y se les informó que se les llamaría por teléfono en las primeras semanas posteriores al parto con el fin de confirmar sus diagnósticos. De esta manera se pudo conocer el estado de salud de las participantes, el momento en el que ocurrió el nacimiento y si tuvieron alguna complicación hipertensiva durante el embarazo, el parto, o postparto.

Capítulo 4. Resultados

Con la finalidad de determinar si existía normalidad y homogeneidad de varianzas entre los grupos, se emplearon las pruebas de significación estadística de Kolmogorov-Smirnov y de Levene, respectivamente, para los tipos de ansiedad, los estilos de afrontamiento y las prácticas de crianza. En todos los casos, los niveles críticos resultaron mayores al .05, por lo que los grupos obtenidos procedieron de poblaciones normales y presentaron igualdad de varianzas. Dado que se encontró parametría entre los grupos, se utilizó el Análisis de Varianza (ANOVA) con la prueba post hoc de Tukey, por considerarse la más apropiada. De esta manera se identificó si había diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos (ver tabla 4).

Tabla 4

Medias aritméticas (ANOVA) respecto a ansiedad, afrontamiento y prácticas de crianza.

Áreas	Medias de los grupos de comparación			F	P asociada
	ES (n= 29)	OP (n= 23)	EHE (n= 38)		
Ansiedad					
Estado	12.52	9.61	14.53	2.07	.132
Rasgo	20.10	17.17	18.92	.646	.527
Afrontamiento					
Aceptación o resignación	9.38	11.61	8.84	4.555	.013 *
Análisis lógico	16.41	16.65	15.53	.503	.606
Contención emocional	13.41	12.39	12.97	.861	.426
Búsqueda de guía y soporte	8.10	8.52	8.63	.155	.856
Crianza					
Déficit en la crianza positiva	21.34	18.26	15.10	2.657	.076 §
Desinterés de los padres	12.48	11.09	9.95	1.47	.236
Crianza negativa	13.10	13.83	10.92	.853	.430
Padres que usaban castigo	11.00	10.61	8.50	1.844	.164
Relación negativa con la madre	11.48	12.17	8.63	1.556	.217
Relación negativa con el padre	15.90	11.09	10.18	5.2	.007 **

Nota: Las medias de los grupos estadísticamente significativas se muestran en negritas. ES= Embarazadas sanas; OP= Otros padecimientos; EHE= Enfermedades hipertensivas del embarazo.

Diferencia significativa conforme a la prueba post hoc de Tukey HDS: * p<.05, ** p<.01, § p<.09 (límitrofe).

Aspectos psicológicos de las enfermedades hipertensivas del embarazo

Como se puede observar en la tabla 4, las únicas áreas que resultaron estadísticamente significativas fueron la relación negativa con el padre, que es más desfavorable en el grupo de sanas, y la aceptación o resignación, que resultó mayor en el grupo con otros padecimientos. A pesar de que el déficit en la crianza positiva tuvo una significancia limítrofe, se puede observar que, en general, el grupo con enfermedades hipertensivas muestra las puntuaciones más bajas en las prácticas de crianza deficiente. En cuanto a la ansiedad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Las características de la distribución de los tipos de ansiedad, los estilos de afrontamiento y las prácticas de crianza se muestran en gráficas de caja, las cuales contienen el 50% de los casos centrales. Los bordes superior e inferior hacen referencia a los percentiles 75 y 25, respectivamente, de tal manera que la línea central es el valor de la mediana. Las líneas externas representan los valores máximo y mínimo de la distribución. En este tipo de gráficas también se indican los casos atípicos, los cuales aparecen como pequeños círculos alejados de las líneas de los valores máximo y mínimo (ver figuras 1 a 13).

Se utilizaron los puntajes totales al comparar cada una de las áreas en los diferentes grupos. Sin embargo, dado que en la Escala de Afrontamiento y en el SEVIC las áreas están conformadas por un número diferente de reactivos, se obtuvieron los porcentajes con el fin de poder comparar entre sí todos los estilos de afrontamiento y las prácticas de crianza en cada uno de los grupos.

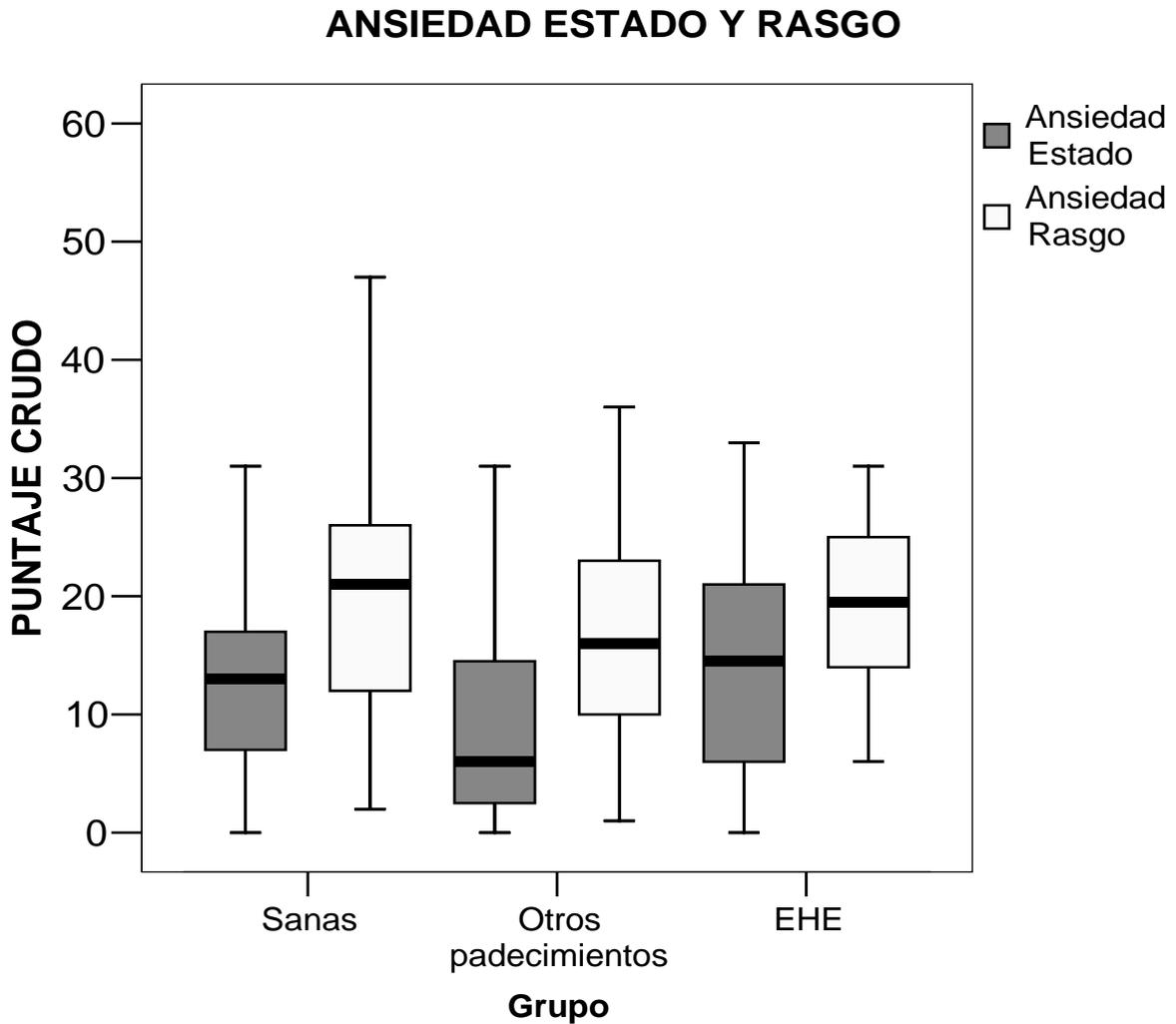


Figura 1. Distribución de los puntajes de ansiedad estado y rasgo por grupo.

En cuanto a la ansiedad estado, la variación entre los valores máximo y mínimo fue similar en los tres grupos; sin embargo, la mediana y los casos centrales (la caja) del grupo con enfermedades hipertensivas reflejan mayor ansiedad estado al ubicarse por encima de los demás. El grupo con otros padecimientos mostró la mediana más baja, por lo que el grupo de sanas ocupa un lugar intermedio. Por otro lado, en cuanto a la ansiedad rasgo, el grupo de sanas mostró los valores más altos, y el grupo con enfermedades hipertensivas indica valores mínimos menos extremos en comparación con los otros grupos (ver figura 1).

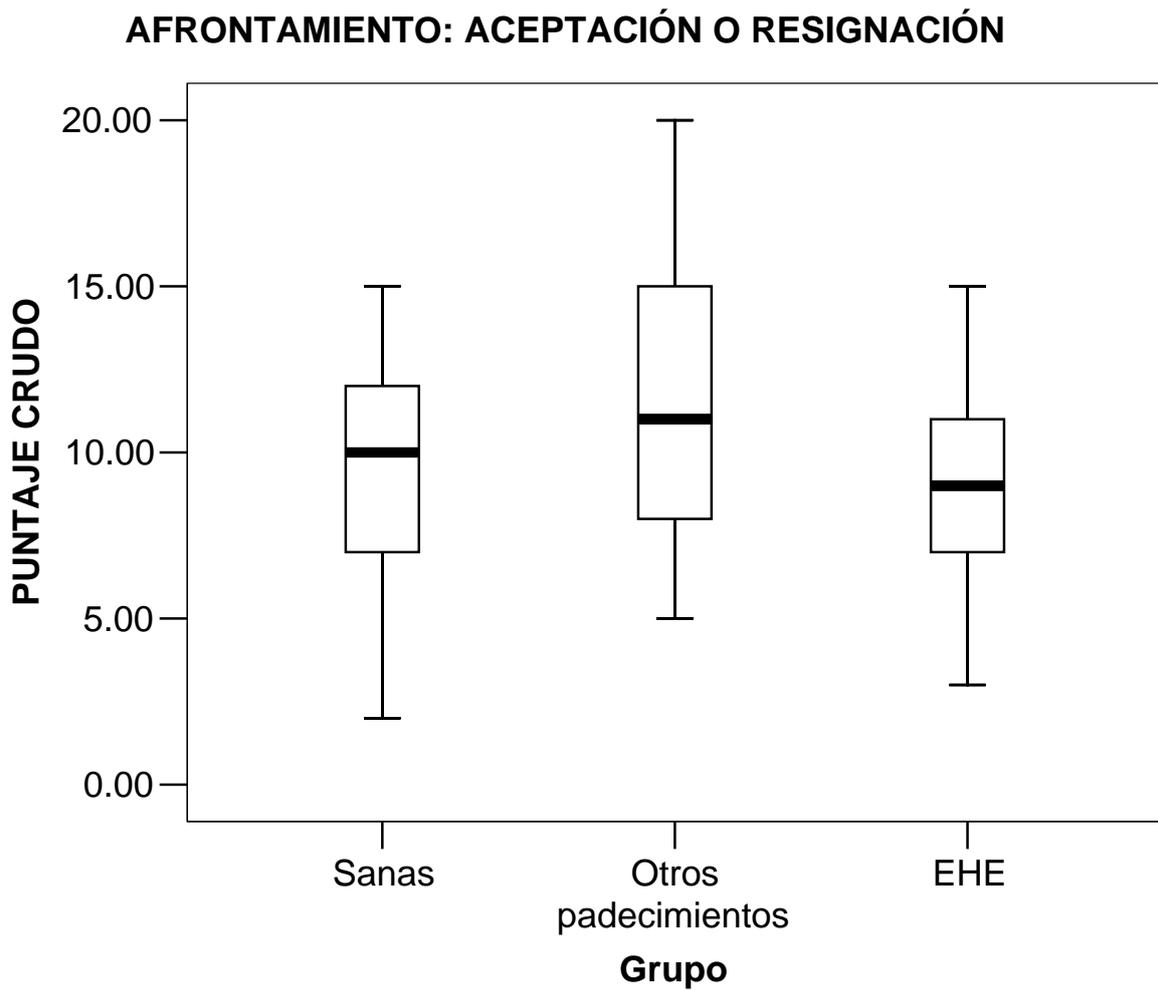


Figura 2. Distribución de los puntajes de aceptación o resignación por grupo.

Como se puede observar, cuando se evaluó la aceptación o resignación, el grupo con otros padecimientos obtuvo los puntajes más altos, lo cual indica una mayor utilización de este estilo de afrontamiento. En los otros grupos, la variabilidad entre los puntajes máximo y mínimo fue muy parecida; sin embargo, la mediana del grupo con enfermedades hipertensivas se ubicó por debajo de los demás (ver figura 2).

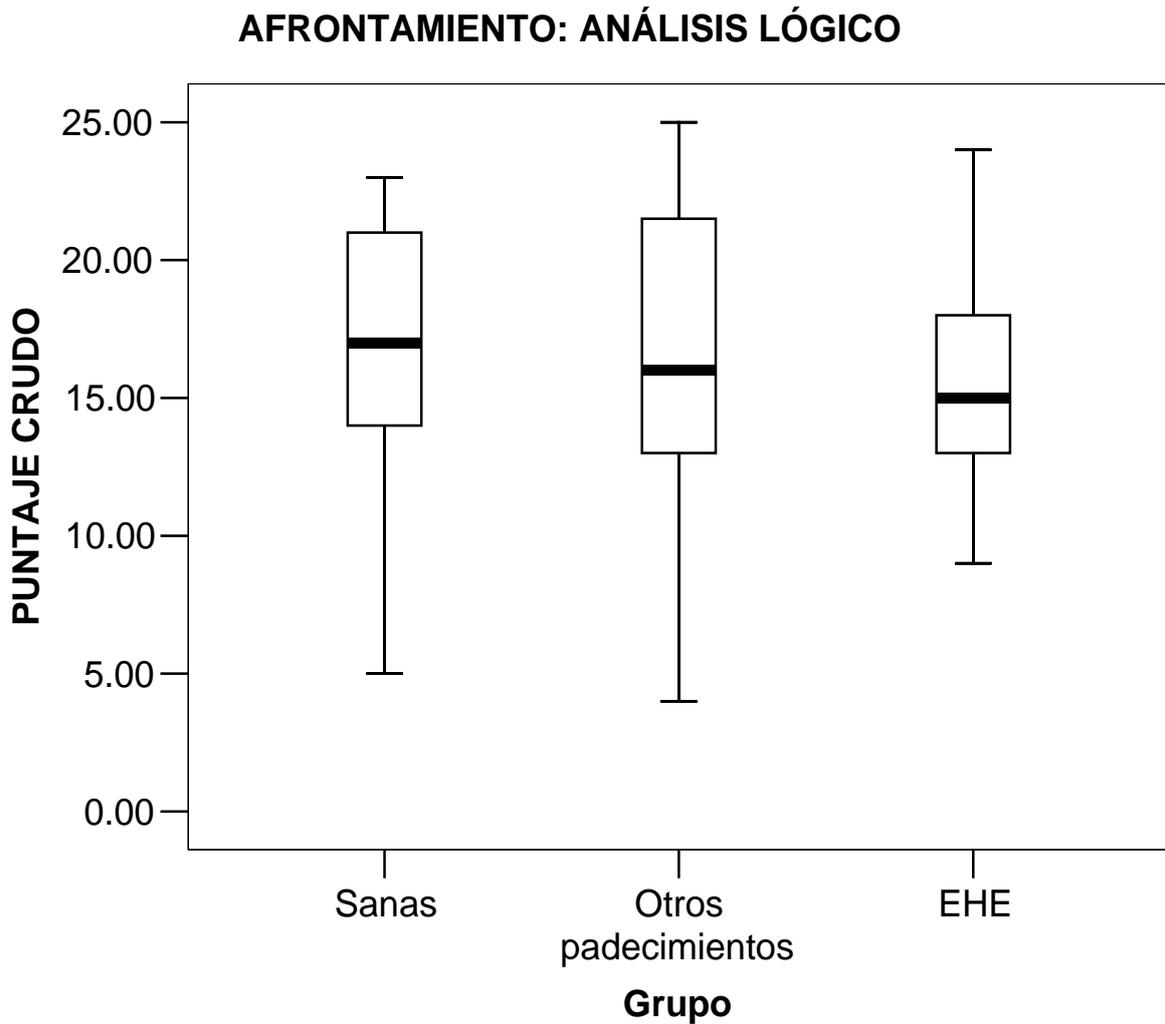


Figura 3. Distribución de los puntajes de análisis lógico por grupo.

En el estilo de análisis lógico, el grupo con otros padecimientos muestra mayor variabilidad en sus puntajes máximo y mínimo, sin embargo la mediana del grupo de sanas es la más alta. Al ser más compacta la distribución en el grupo de enfermedades hipertensivas, los casos centrales se ubican por debajo de los otros grupos, mostrando valores mínimos superiores en comparación con demás (ver figura 3).

AFRONTAMIENTO: CONTENCIÓN EMOCIONAL

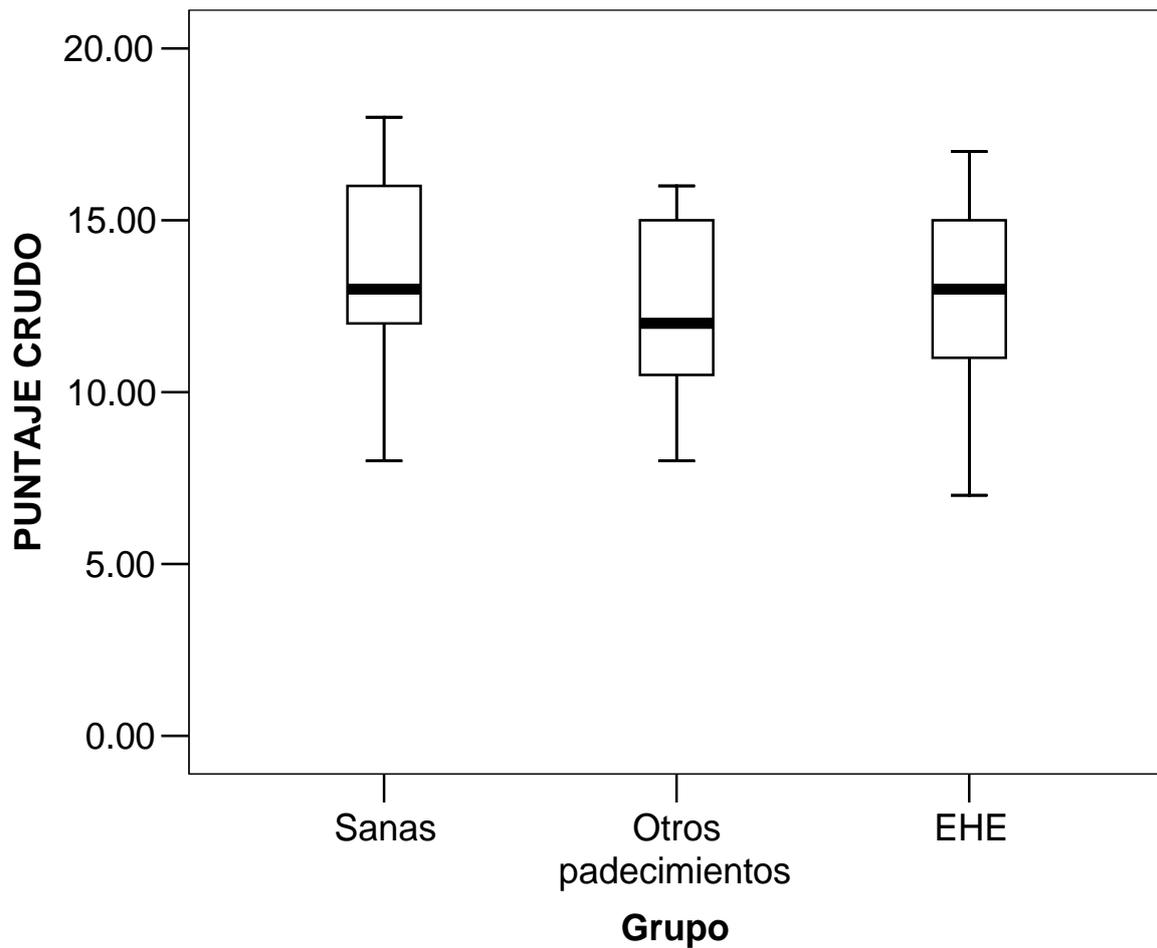


Figura 4. Distribución de los puntajes de contención emocional por grupo.

En cuanto a la contención emocional, a pesar de que tanto el grupo de sanas como el de hipertensas muestran valores idénticos en sus medianas, el primero de ellos obtuvo los puntajes más altos, lo cual se puede observar en la distribución de los casos centrales y en los puntajes máximos. En el grupo con otros padecimientos, el valor de la mediana es inferior comparado con los otros dos, sin embargo el grupo con enfermedades hipertensivas muestra puntajes inferiores (ver figura 4).

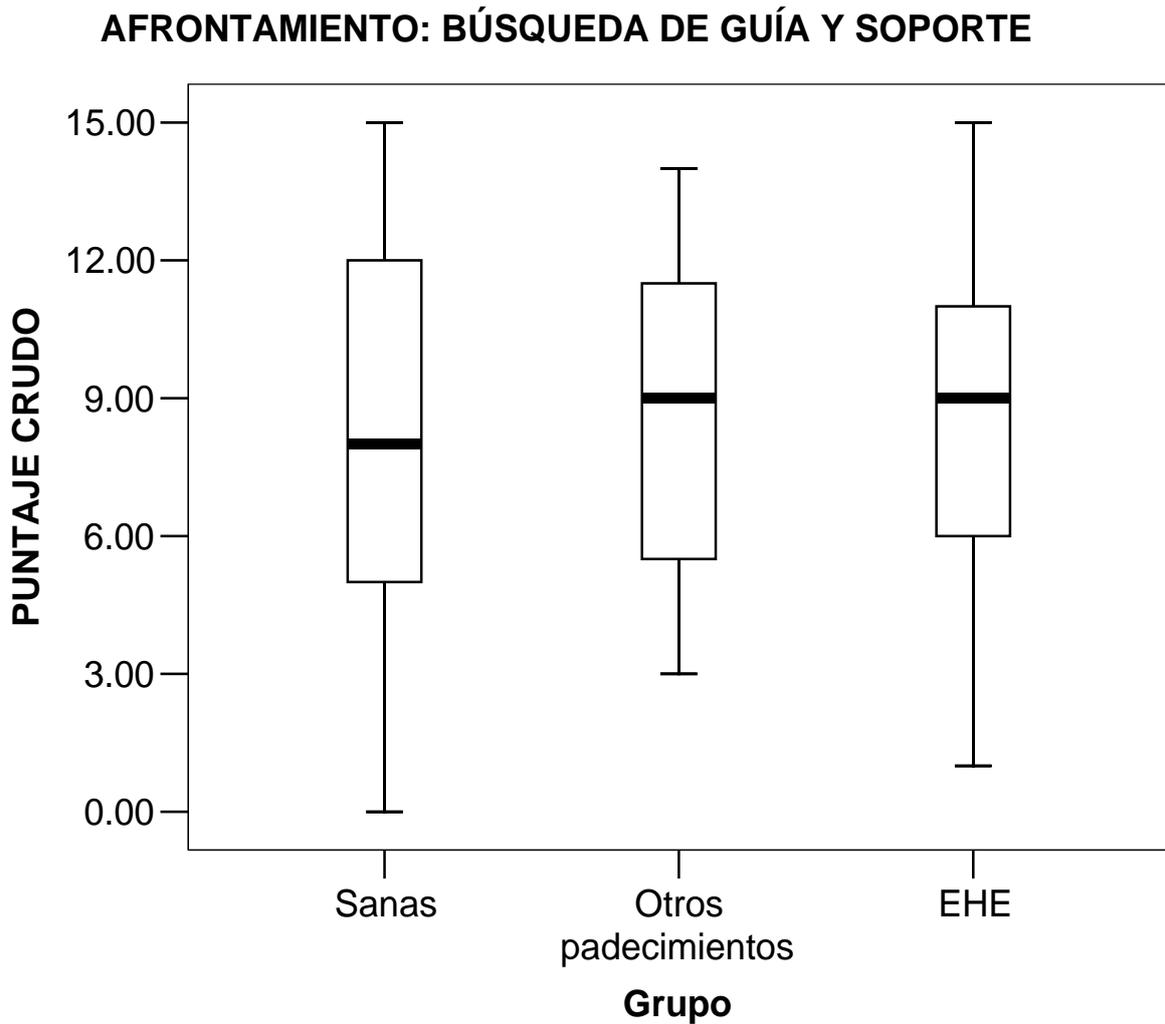


Figura 5. Distribución de los puntajes de búsqueda de guía y soporte por grupo.

En la figura 5, se observa que al evaluar la búsqueda de guía y soporte, el grupo de sanas obtuvo mayor variabilidad entre los puntajes máximo y mínimo, sin embargo su mediana es inferior a la de los otros grupos. El grupo de enfermedades hipertensivas alcanzó los puntajes máximos al igual que el grupo de sanas, y su mediana es igual a la del grupo con otros padecimientos. En este último grupo, los valores mínimos fueron superiores a los de los otros grupos.

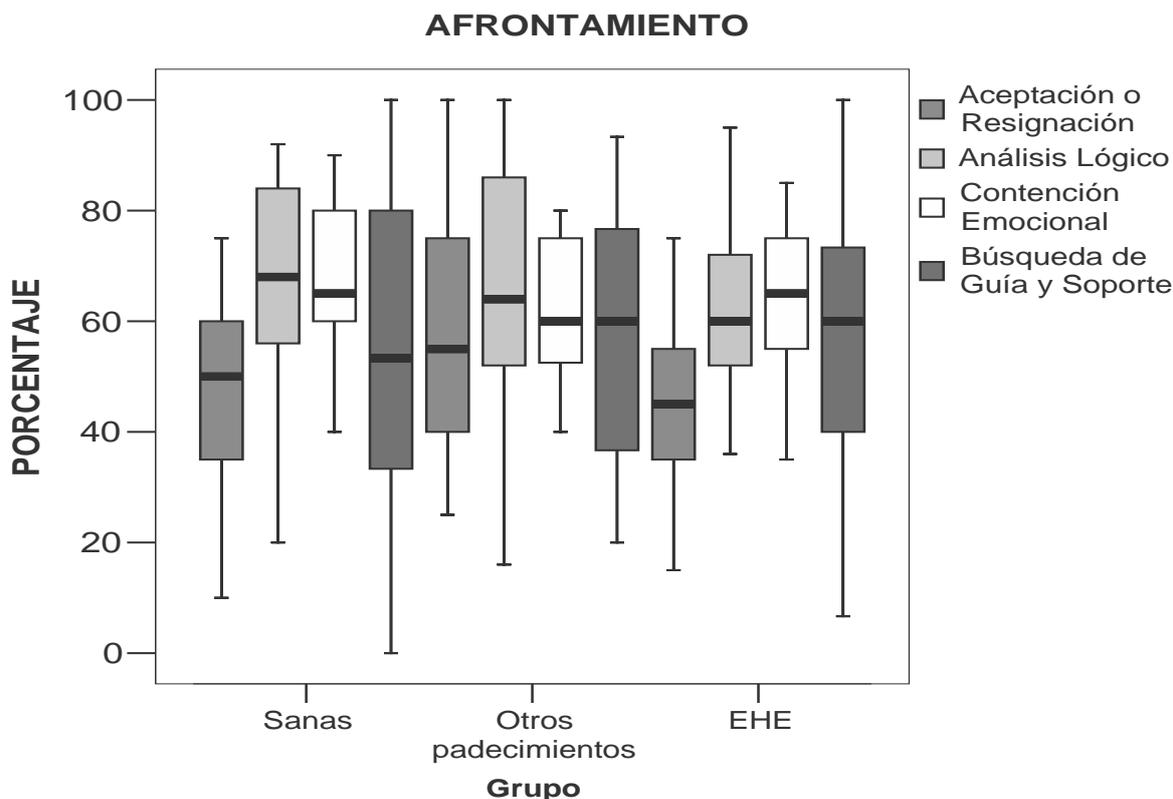


Figura 6. Distribución de los estilos de afrontamiento en cada uno de los grupos

En general, los estilos de afrontamiento más utilizados en el grupo de las sanas son el análisis lógico y la contención emocional por los valores de las medianas. A pesar de que la aceptación o resignación muestra la mediana más baja; los puntajes más bajos son alcanzados en el estilo de búsqueda de guía y soporte, el cual muestra gran variabilidad entre los puntajes máximo y mínimo.

El grupo con otros padecimientos también indica que el valor más alto de las medianas se encuentra en el análisis lógico, mientras que el más bajo se encuentra en aceptación o resignación. Las medianas de los estilos de afrontamiento restantes son muy parecidas; sin embargo, se observa mayor variabilidad en los puntajes de búsqueda de guía y soporte.

Por último, en el grupo con enfermedades hipertensivas, los valores de contención emocional se ubican por arriba de los otros estilos de afrontamiento. Cabe desatacar, que la mediana de la contención emocional es igual a la del grupo de sanas; a diferencia del resto de los grupos, es el estilo más utilizado dentro de su propia distribución, lo cual hace notorio el déficit en otros estilos de afrontamiento como aceptación y resignación, y análisis lógico (ver figura 6).

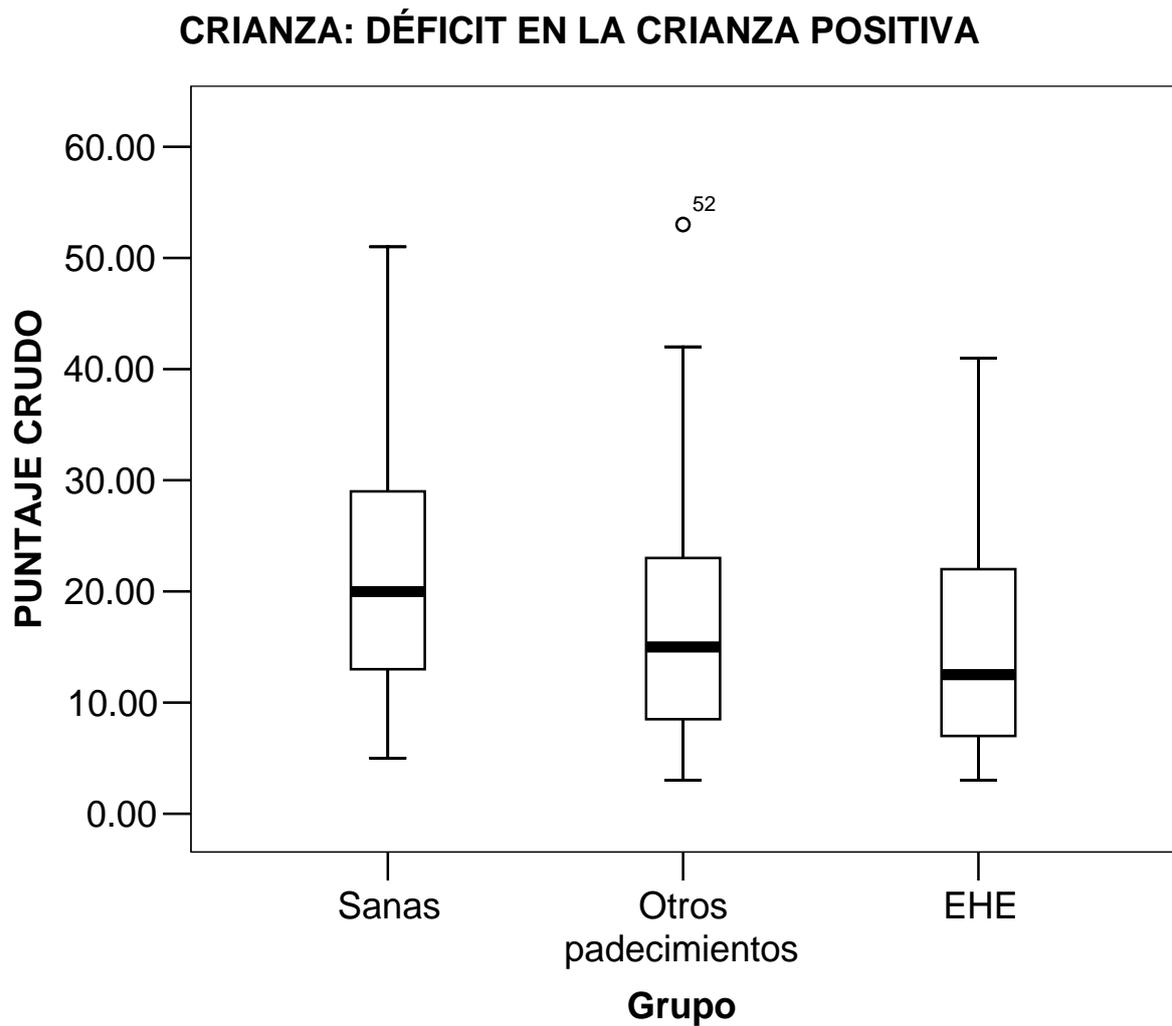


Figura 7. Distribución de los puntajes del déficit de crianza positiva por grupo.

En cuanto al déficit de crianza positiva, los puntajes son superiores en el grupo de las sanas, lo cual indica mayor carencia de prácticas positivas de crianza. Los grupos restantes muestran distribuciones semejantes, con una ligera diferencia en sus medianas indicando que las mujeres con enfermedades hipertensivas tuvieron una crianza más positiva (ver figura 7).

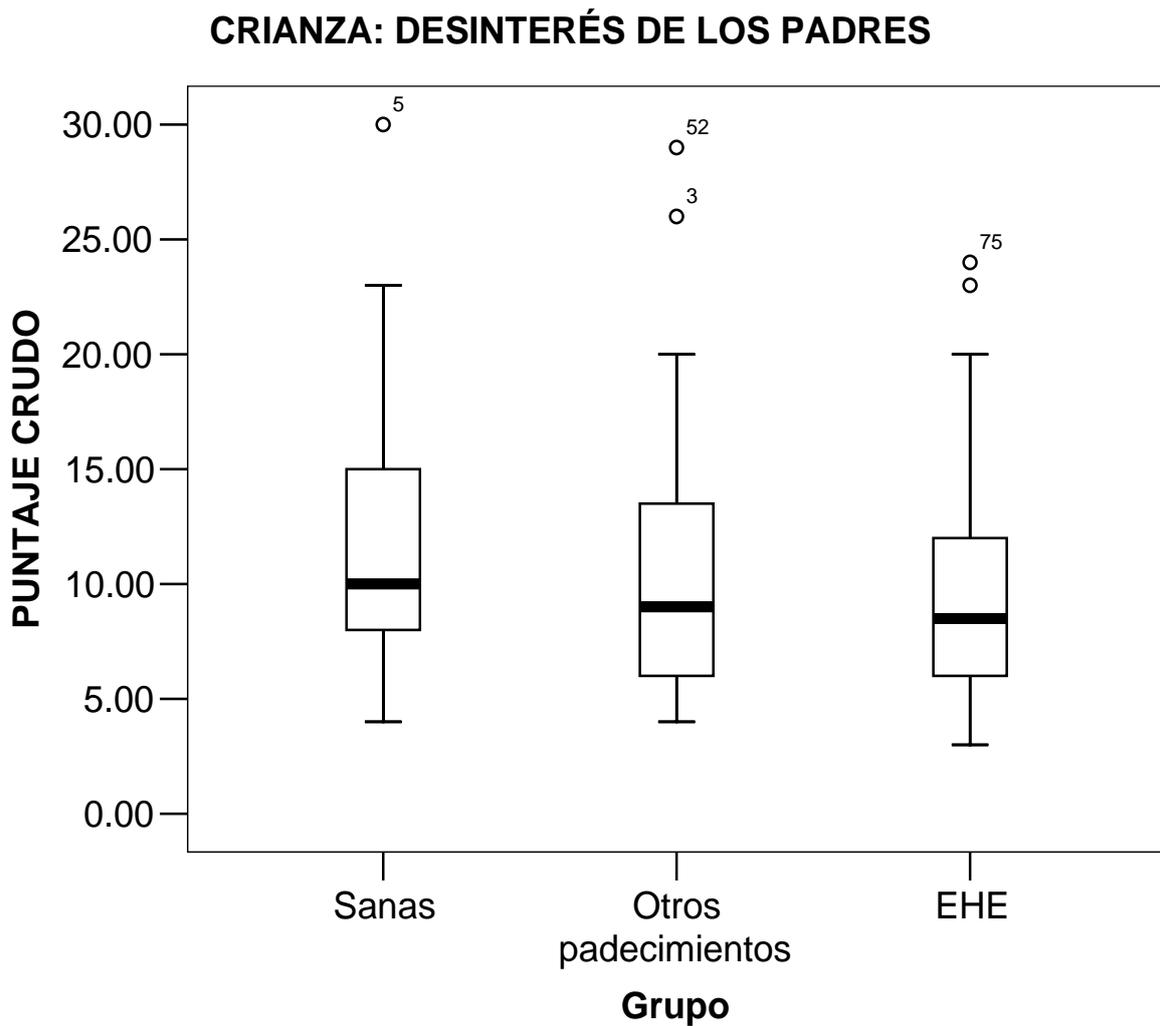


Figura 8. Distribución de los puntajes de desinterés de los padres por grupo.

En la variable desinterés de los padres, el grupo de sanas muestra los valores más altos, lo cual se puede apreciar tanto en los casos centrales, como en el valor de la mediana, y en los puntajes máximos. A pesar de que la distribución del grupo con otros padecimientos es similar a la del grupo con enfermedades hipertensivas, éste último indica los valores más bajos, es decir, menor desinterés por parte de los padres (ver figura 8).

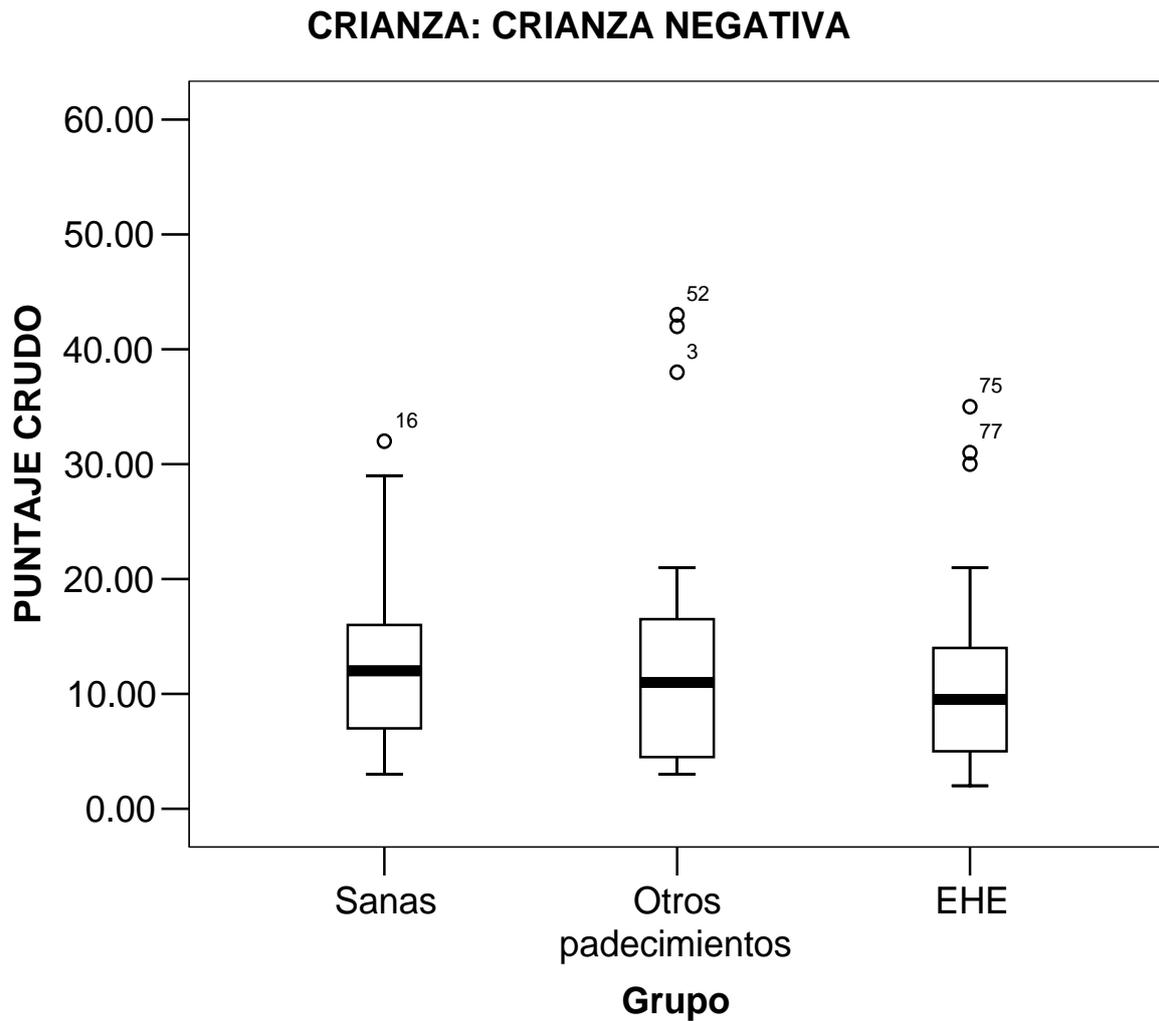


Figura 9. Distribución de los puntajes de crianza negativa por grupo.

Con respecto a la crianza negativa, esta figura indica correspondencia con las anteriores, en donde el grupo de sanas muestra los valores más altos, es decir las prácticas de crianza más deficientes, en contraste con el grupo de enfermedades hipertensivas (ver figura 9).

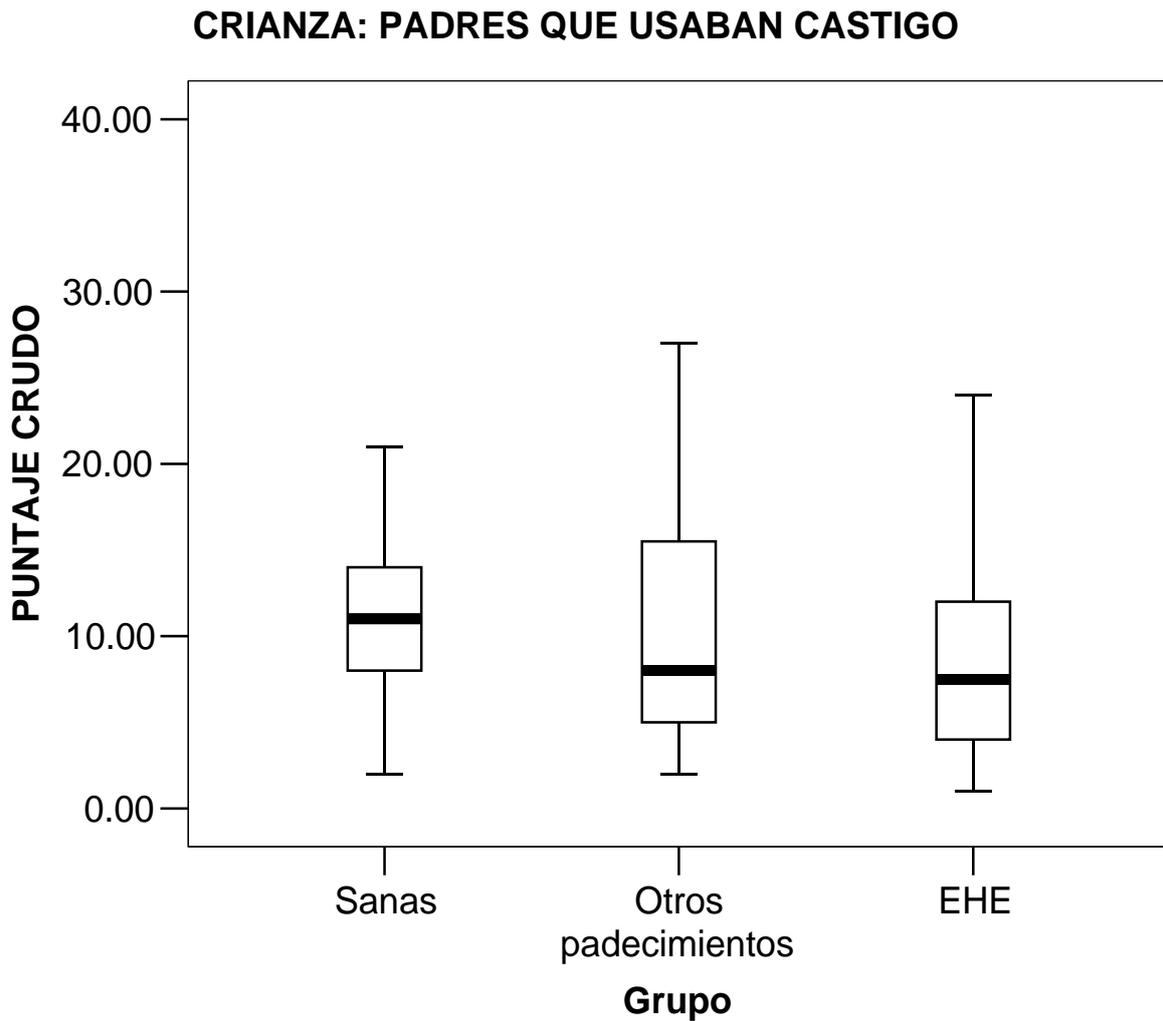


Figura 10. Distribución de los puntajes de padres que usaban castigo por grupo.

En padres que usaban castigo, el grupo de sanas muestra el valor más alto en cuanto a la mediana, sin embargo, el grupo con otros padecimientos alcanza valores más altos en su distribución. La mediana del grupo con enfermedades hipertensivas es muy parecida a la del grupo con otros padecimientos (ver figura 10).

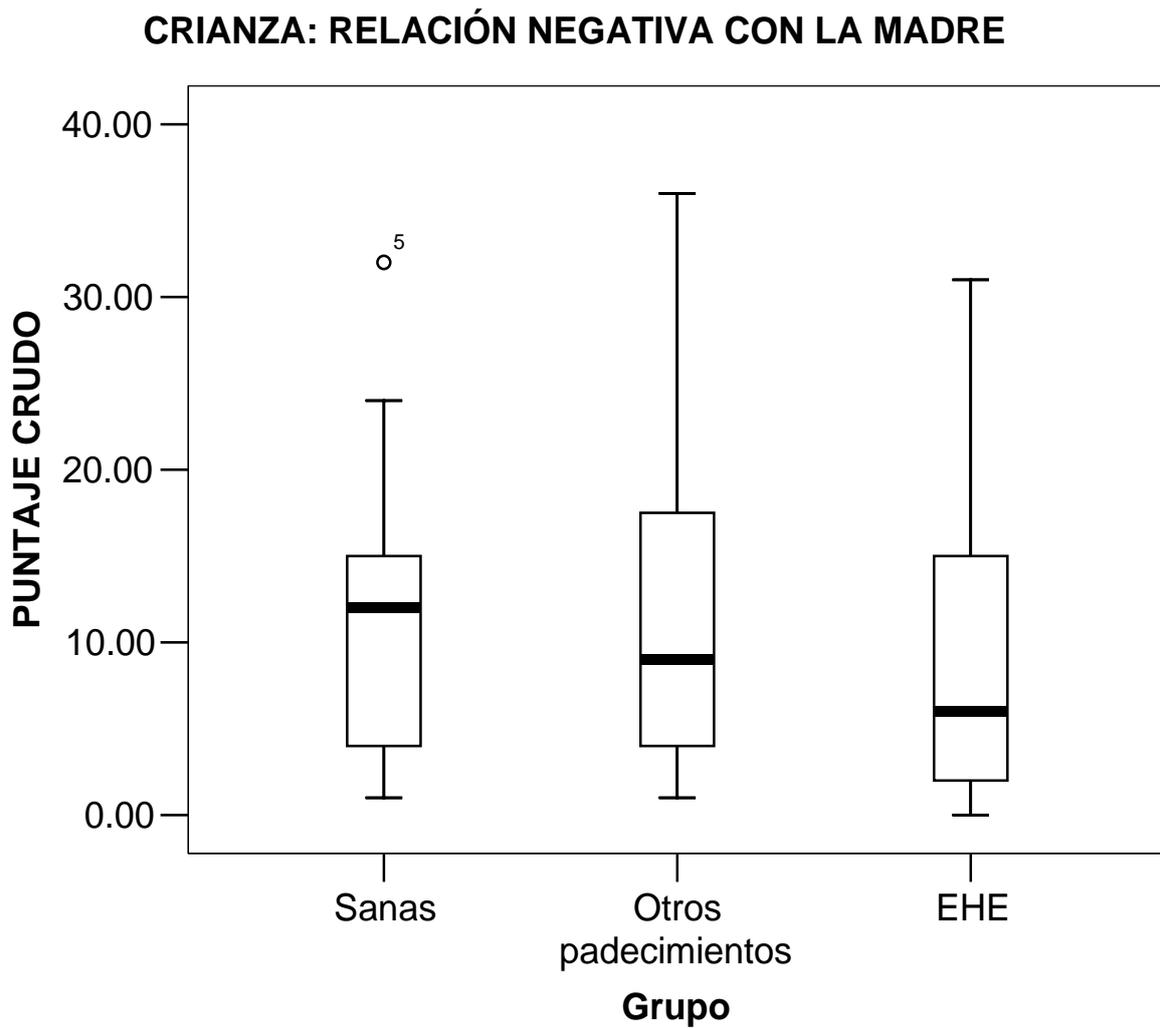


Figura 11. Distribución de los puntajes de la relación negativa con la madre por grupo.

En cuanto a la relación negativa con la madre, como se puede observar, la mediana del grupo de sanas indica los valores más altos en comparación con los otros grupos. A pesar de esto, se identifican mayores puntajes en los máximos del grupo con otros padecimientos y del grupo con enfermedades hipertensivas (ver figura 11).

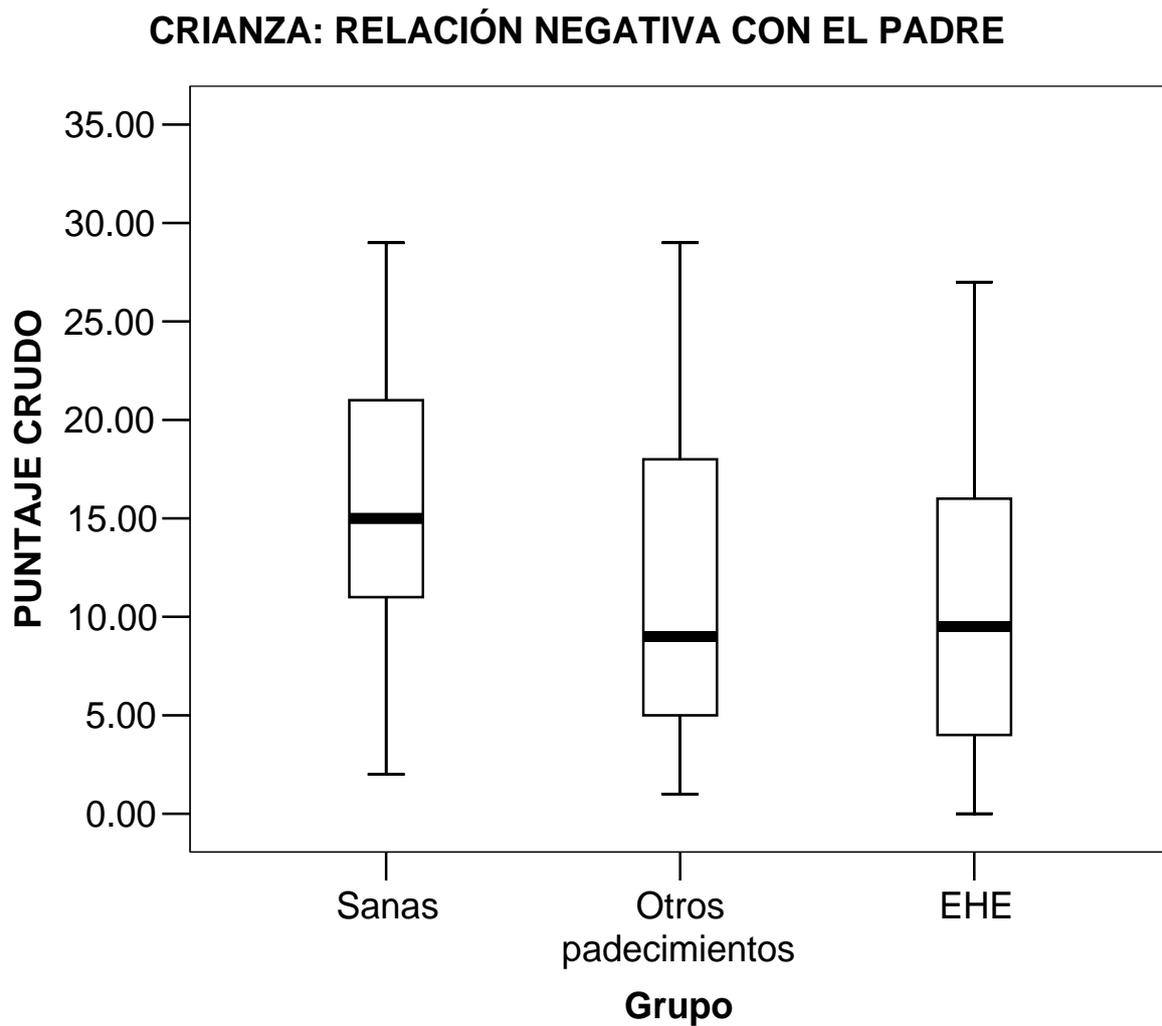


Figura 12. Distribución de los puntajes de la relación negativa con el padre por grupo.

En la relación negativa con el padre, tanto el grupo con otros padecimientos como el grupo con enfermedades hipertensivas muestran puntajes similares en sus medianas, siendo superados por el grupo de sanas, el cual indica los puntajes más altos. Los puntajes superiores del grupo con enfermedades hipertensivas son menos extremos en comparación con los otros grupos (ver figura 12).

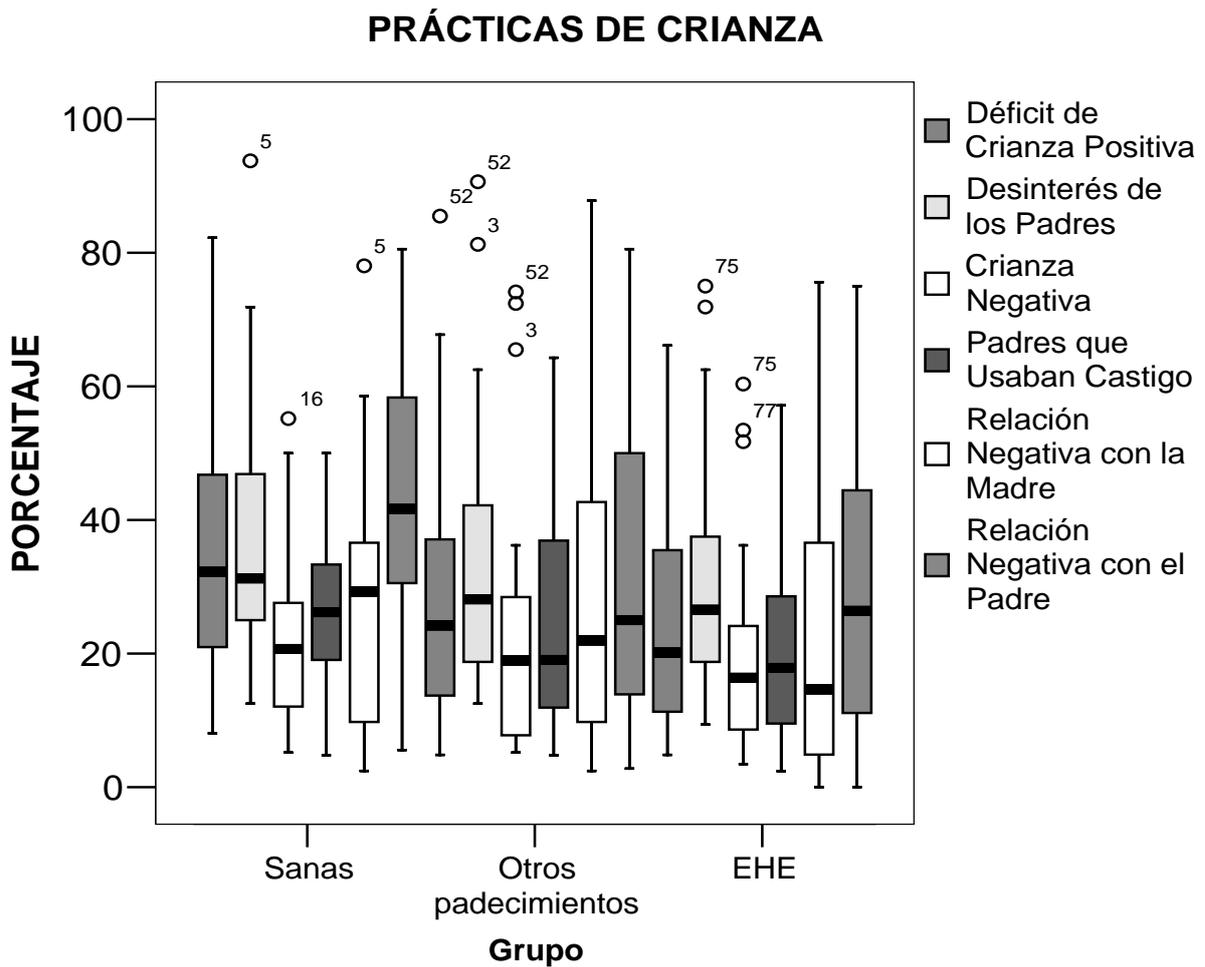


Figura 13. Distribución de los puntajes de las prácticas de crianza por grupo.

Considerando todas las prácticas de crianza evaluadas, en el grupo de sanas se muestra un mayor puntaje en la relación negativa con el padre, seguida por el déficit de crianza positiva y por el desinterés de los padres. En la crianza negativa se obtuvieron los puntajes más bajos.

El grupo con otros padecimientos mostró un valor más alto en la mediana del desinterés de los padres; sin embargo, la relación negativa con la madre tuvo puntajes más altos en su distribución. Los valores más bajos se ubicaron en las áreas de crianza negativa y en la de padres que usaban castigo.

Se observó, del grupo con enfermedades hipertensivas, que las áreas de desinterés de los padres y de la relación negativa con el padre, tuvieron medianas con valores más altos. En este caso, el área con puntaje más bajo fue la de la relación negativa con la madre (ver figura 13).

Con respecto a las preguntas sociodemográficas de la entrevista y las que incluían la escala de calificación del uno al 10, todas indicaron homogeneidad de varianzas, por lo que se utilizó el Análisis de Varianza (ANOVA) con la prueba post hoc de Tukey, para determinar si existían diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos. Únicamente la calificación en el ejercicio a lo largo de la vida resultó con significancia estadística; y tanto la edad como la calificación en nerviosismo o preocupación mostraron significancia limítrofe (ver tabla 5).

Tabla 5

Medias aritméticas (ANOVA) de las características sociodemográficas y de percepción emocional de la entrevista.

Áreas	Medias de los grupos de comparación			F	P asociada
	ES (n= 29)	OP (n= 23)	EHE (n= 38)		
Edad	23.07	21.17	25.11	2.836	.064 §
Escolaridad	2.76	3.17	2.47	2.124	.126
Edad gestacional (semanas)	32.83	29.83	33.26	2.071	.132
Número de embarazo	1.52	1.52	1.92	1.758	.179
Número de hijos	.55	.35	.76	1.687	.191
Tiempo desde el último embarazo (años)	1.83	1.26	2.76	1.518	.225
Calificación en ejercicio a lo largo de la vida	5.66	5.39	6.55	3.322	.041 *
Calificación en nerviosismo/preocupación	6.07	6.91	7.39	2.575	.082 §
Calificación en enojo	5.90	6.74	6.87	1.201	.306
Calificación en estrés	4.93	5.39	5.53	.533	.589
Calificación en actividades estresantes	4.66	4.39	5.20	.695	.502
Calificación en sociabilidad	6.76	7.39	7.76	1.577	.212
Calificación en la relación de pareja	7.85	8.88	8.49	1.677	.194

Nota: Las medias de los grupos estadísticamente significativas se muestran en negritas. ES= Embarazadas sanas; OP= Otros padecimientos; EHE= Enfermedades hipertensivas del embarazo.

Diferencia significativa conforme a la prueba post hoc de Tukey HDS: * p<.05, § p<.09 (límitrofe).

Por otro lado, de los reactivos sociodemográficos del SEVIC, algunos fueron ordinales y otros nominales, por lo que se analizaron de diferentes maneras. En cuanto a los primeros, no todos presentaron homogeneidad de varianzas, razón por la cual se utilizó el Análisis de Varianza (ANOVA) con la prueba post hoc de Tukey para aquéllos con homogeneidad; y el mismo análisis con la prueba post hoc de Games-Howell para las que no presentaron homogeneidad. Los reactivos que resultaron estadísticamente significativos se muestran en la tabla 6.

Tabla 6

Medias aritméticas (ANOVA) de las características sociodemográficas del SEVIC.

Áreas	Medias de los grupos de comparación			F	P asociada
	ES (n= 29)	OP (n= 23)	EHE (n= 38)		
Pienso que mis padres preferían a alguno de mis hermanos más que a mí	.69	1.57	.79	3.138	.048 *
El más alto nivel escolar que alcanzó mi padre (o tutor) es (era)...	1.55	2.35	1.33	4.227	.018 *
Si ya no vive con su familia de origen ¿desde cuándo?	1.55	1.39	2.63	3.979	.022 *
Además del trabajo o la escuela, tengo otras actividades recreativas	4.03	3.30	4.76	3.233	.044 *
La edad que tenía cuando alguno de mis padres dejó de vivir conmigo	4.41	3.43	3.84	2.564	.083 §

Nota: Las medias de los grupos estadísticamente significativas se muestran en negritas. ES= Embarazadas sanas; OP= Otros padecimientos; EHE= Enfermedades hipertensivas del embarazo. Diferencia significativa conforme a la prueba post hoc de Tukey HDS: *p<.05

Nota: Las medias de los grupos estadísticamente significativas se muestran en negritas. ES= Embarazadas sanas; OP= Otros padecimientos; EHE= Enfermedades hipertensivas del embarazo. Diferencia significativa conforme a la prueba post hoc de Games-Howell: * p<.05, § p<.09 (límitrofe).

En la tabla 6 se puede apreciar que el grupo con otros padecimientos considera que sus padres preferían a alguno de sus hermanos más que a ellas mismas. Las participantes de este grupo manifiestan con mayor frecuencia involucrarse en actividades recreativas en comparación con los otros grupos (en este caso, un menor número implica mayor involucramiento). Asimismo, los padres de las participantes de este grupo mostraron un mayor nivel escolar en comparación con los demás.

Por otro lado, el grupo con enfermedades hipertensivas tiene más tiempo de ya no vivir con su familia de origen. Y el grupo de mujeres embarazadas sanas muestra haber tenido una mayor edad (de 18 años o más) cuando alguno de sus padres dejó de vivir con ellas.

Aspectos psicológicos de las enfermedades hipertensivas del embarazo

Los reactivos nominales tanto de la entrevista como del SEVIC se analizaron por frecuencias y las diferencias se sometieron a prueba por el estadístico Chi cuadrada (ver tabla 7). De los factores de riesgo, los únicos que resultaron estadísticamente significativos fueron las complicaciones en embarazos anteriores ($X^2 = 28.09$, $p = .014$) y los desequilibrios hormonales antes del embarazo actual ($X^2 = 7.229$, $p = .027$), mismos que afectan a las mujeres con enfermedad hipertensiva. De igual manera, a pesar de resultar limítrofe en la significancia estadística, al final se observó en el grupo con EHE un mayor número de partos prematuros ($X^2 = 9.34$, $p = .053$).

La tabla 7 muestra que la mayoría de las participantes se criaron con sus padres naturales, especialmente las del grupo de embarazadas sanas. Se puede observar que, tanto en el grupo de otros padecimientos, como en el de enfermedades hipertensivas, un mayor porcentaje de mujeres se criaron con su madre. Comparado con los otros grupos, el de enfermedades hipertensivas, tuvo un mayor número de participantes que se criaron con padres adoptivos u otros familiares. Es importante mencionar que el 13% de las participantes tanto del grupo de enfermedades hipertensivas como del grupo con otros padecimientos, no conocieron a su padre, lo cual contrasta con el grupo de embarazadas sanas en el cual no se presentó esta situación.

Considerando los tres grupos, la mayoría de las participantes ha vivido siempre con sus padres; sin embargo, resalta el hecho de que un alto porcentaje del grupo con otros padecimientos no vivió con alguno de sus padres por separación o divorcio. De igual manera, en comparación con los otros grupos, destacan diferentes razones por las que las participantes hipertensas no vivieron con alguno de sus padres, entre ellas las relativas al trabajo, a la situación económica, o al fallecimiento de alguno de sus padres.

Aparte de sus padres, la mayoría de las participantes no tuvieron otros adultos importantes cuando eran chicas. Se puede observar que, en comparación con el grupo de sanas, los otros dos grupos convivieron más con sus abuelos. Asimismo, el grupo con enfermedades hipertensivas mostró un porcentaje muy bajo en la convivencia con un hermano(a) mayor.

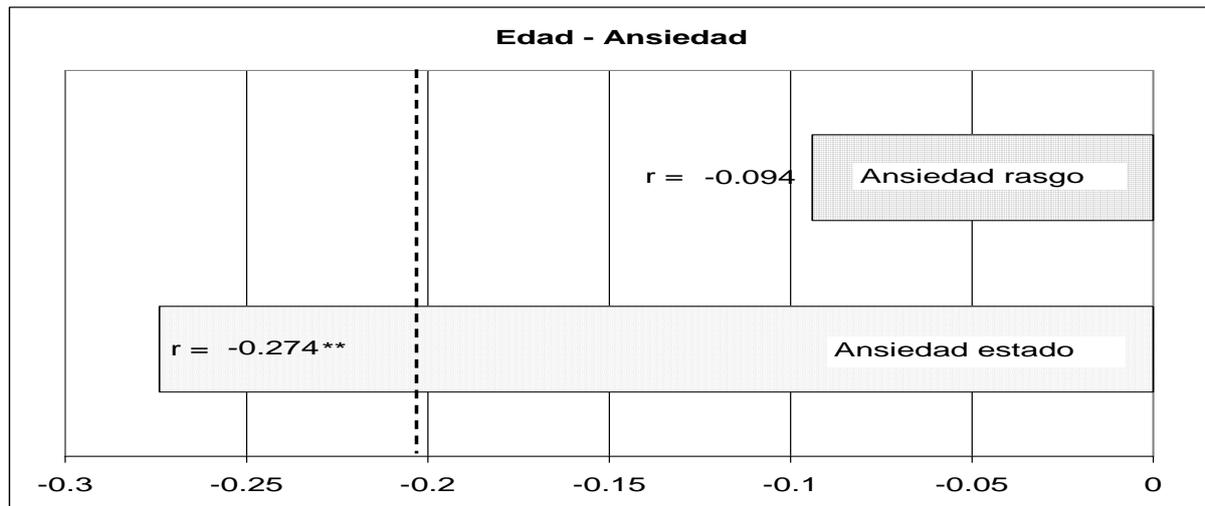
Tabla 7

Preguntas sociodemográficas y de percepción emocional (Chi Cuadrada)

Pregunta	Grupo (n = 90)			Valor de X ² (P asociada)
	ES (n= 29) Frecuencia (%)	OP (n= 23) Frecuencia (%)	EHE (n= 38) Frecuencia (%)	
De chica, (como hasta los 14 años de edad) me crié principalmente con:				
Mis padres naturales	26 (89.7%)	13 (56.5%)	24 (63.2%)	10.423 (.108 §)
Mi madre	2 (6.9%)	8 (34.8%)	8 (21.1%)	
Mi padre	0 (0%)	1 (4.3%)	2 (5.3%)	
Padres adoptivos u otros familiares	1 (3.4%)	1 (4.3%)	4 (10.5%)	
La causa por la que no viví con alguno de mis padres fue...				
Siempre he vivido con ellos	23 (79.31%)	12 (52.17%)	24 (63.15%)	16.376 (.089 §)
Separación o divorcio de mis padres	2 (6.89%)	8 (34.78%)	3 (7.89%)	
Muerte de algunos de mis padres	1 (3.44%)	1 (4.34%)	3 (7.89%)	
Por el trabajo de alguno de mis padres	0 (0%)	0 (0%)	3 (7.89%)	
Por la situación económica	1 (3.44%)	0 (0%)	2 (5.26%)	
Por alguna otra razón	2 (6.89%)	2 (8.69%)	3 (7.89%)	
Aparte de mis padres, otros adultos importantes para mí cuando era chica				
Hermano(a) mayor	4 (13.79%)	3 (13.04%)	2 (5.26%)	12.125 (.059 §)
Tío(a)	2 (6.89%)	5 (21.73%)	4 (10.52%)	
Abuelo(a)	2 (6.89%)	4 (17.39%)	9 (23.68%)	
Otro pariente	4 (13.79%)	1 (4.34%)	0 (0%)	
Nadie	17 (58.64%)	10 (43.47%)	23 (60.52%)	
¿En este momento hay algo que le preocupe?				
No	12 (41.37%)	3 (13.04%)	9 (23.68%)	5.566 (.062 §)
Sí	17 (58.62%)	20 (86.95%)	29 (76.31%)	

Nota: ES= Embarazadas sanas; OP= Otros padecimientos; EHE= Enfermedades hipertensivas del embarazo. Diferencia significativa § p<.09 (límitrofe).

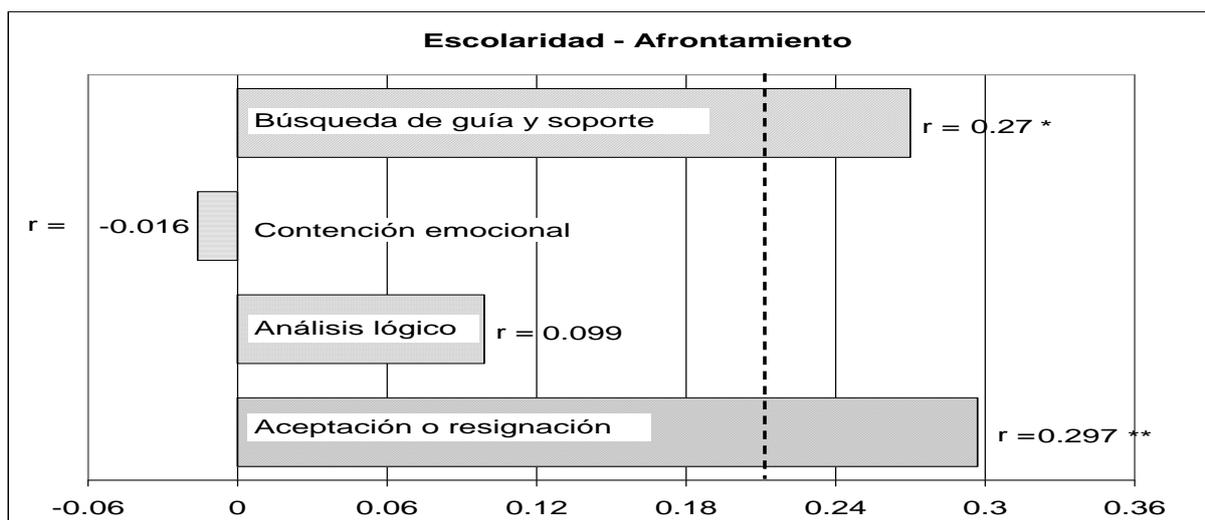
Por último, las correlaciones entre las diferentes variables se llevaron a cabo por el coeficiente de correlación de Spearman Rho. Se presentan sólo las variables que mostraron correlaciones significativas.



Correlación significativa ** $p < .01$

Figura 14. Correlaciones entre la edad y los tipos de ansiedad.

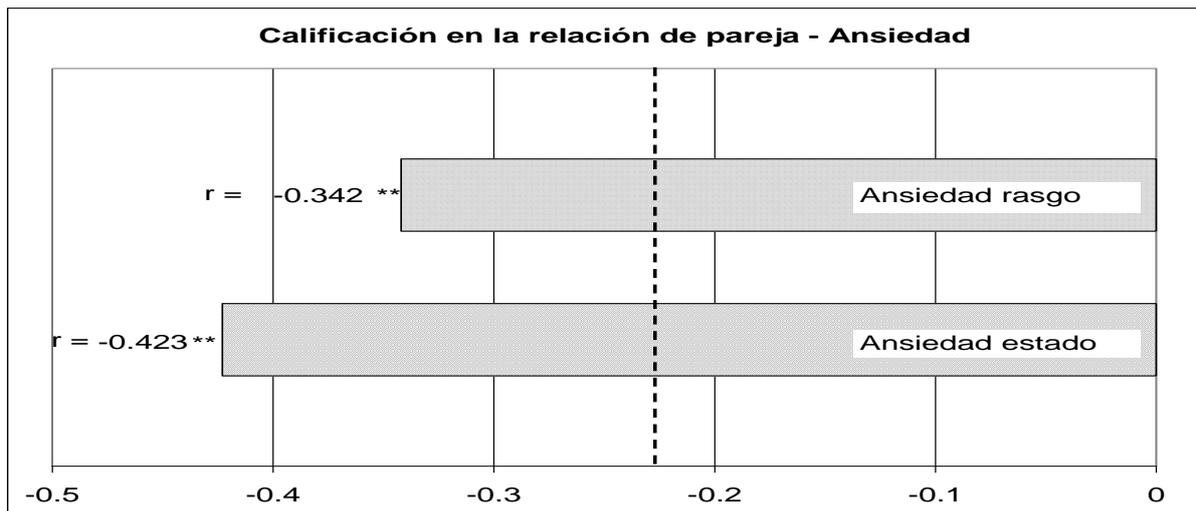
Esta figura muestra que existen correlaciones negativas entre la edad y los tipos de ansiedad. Sin embargo, sólo la ansiedad estado resulta significativa de tal manera que las participantes con mayor edad presentan menor ansiedad estado y viceversa (ver figura 14).



Correlación significativa * $p < .05$, ** $p < .01$

Figura 15. Correlaciones entre la escolaridad y los estilos de afrontamiento.

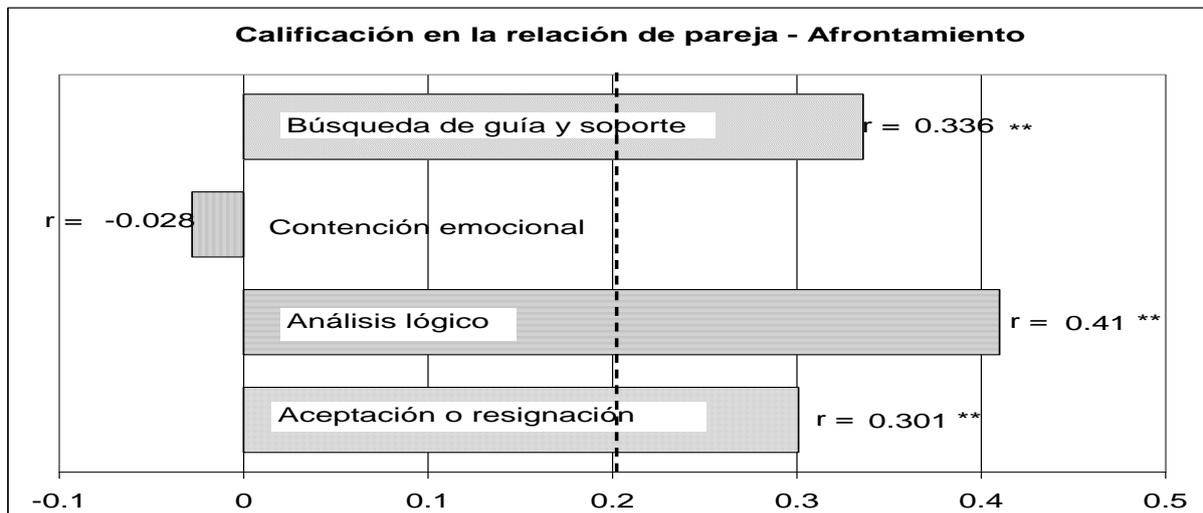
A excepción de la contención emocional, los estilos de afrontamiento correlacionan positivamente con la escolaridad. En especial, la aceptación o resignación y la búsqueda de guía y soporte resultan significativos, por lo que a mayor escolaridad, mayor uso de estos estilos de afrontamiento, y viceversa (ver figura 15).



Correlación significativa **p<.01

Figura 16. Correlaciones entre la percepción de la relación de pareja y los tipos de ansiedad.

Se puede observar que ambos tipos de ansiedad correlacionan de manera significativa y en sentido negativo con la calificación asignada en la relación de pareja, siendo más fuerte la asociación con la ansiedad estado (ver figura 16).



Correlación significativa **p<.01

Figura 17. Correlaciones entre la percepción de la relación de pareja y los estilos de afrontamiento.

Exceptuando la contención emocional, todos los estilos de afrontamiento muestran correlaciones significativas y en sentido positivo con la calificación asignada a la relación de pareja, siendo de especial importancia el análisis lógico. Esto significa que a mayor puntaje en la relación de pareja, mayor empleo de estos estilos de afrontamiento, y viceversa (ver figura 17).

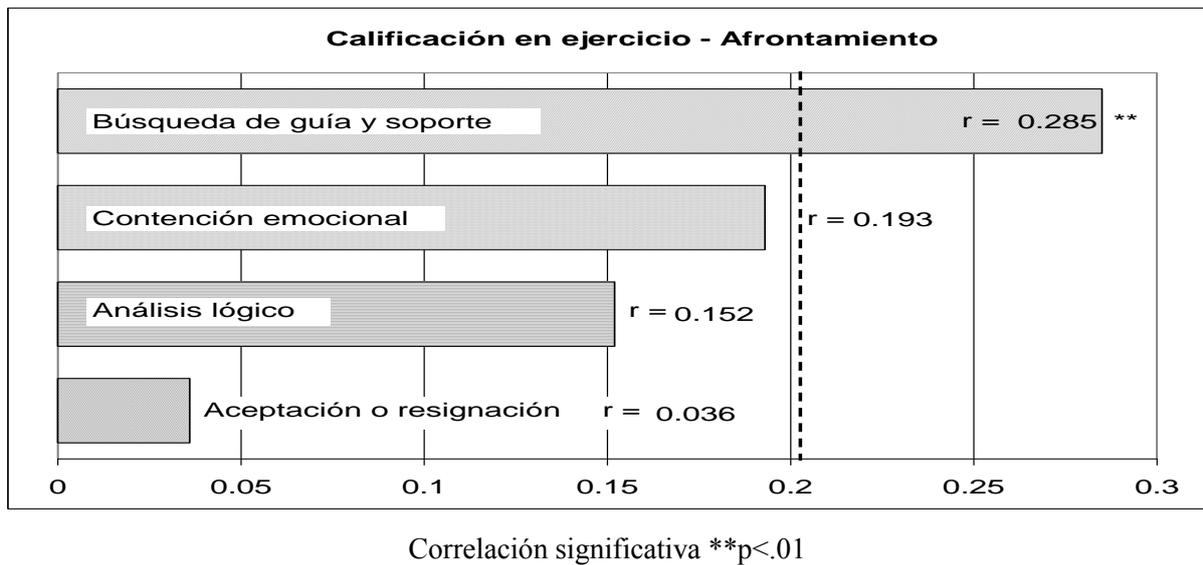


Figura 18. Correlaciones entre la percepción de ejercicio realizado a lo largo de la vida y los estilos de afrontamiento.

Todos los estilos de afrontamiento correlacionan positivamente con el ejercicio realizado a lo largo de la vida; sin embargo, el único que resultó significativo fue la búsqueda de guía y soporte. De esta manera a mayor percepción de ejercicio realizado a lo largo de la vida, mayor búsqueda de guía y soporte, y viceversa (ver figura 18).

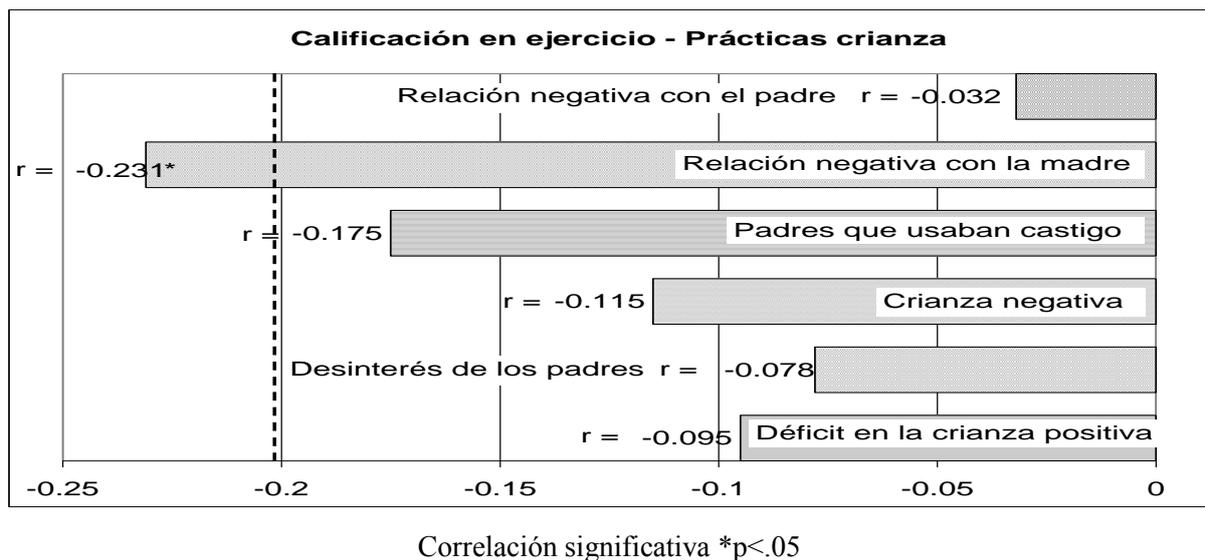
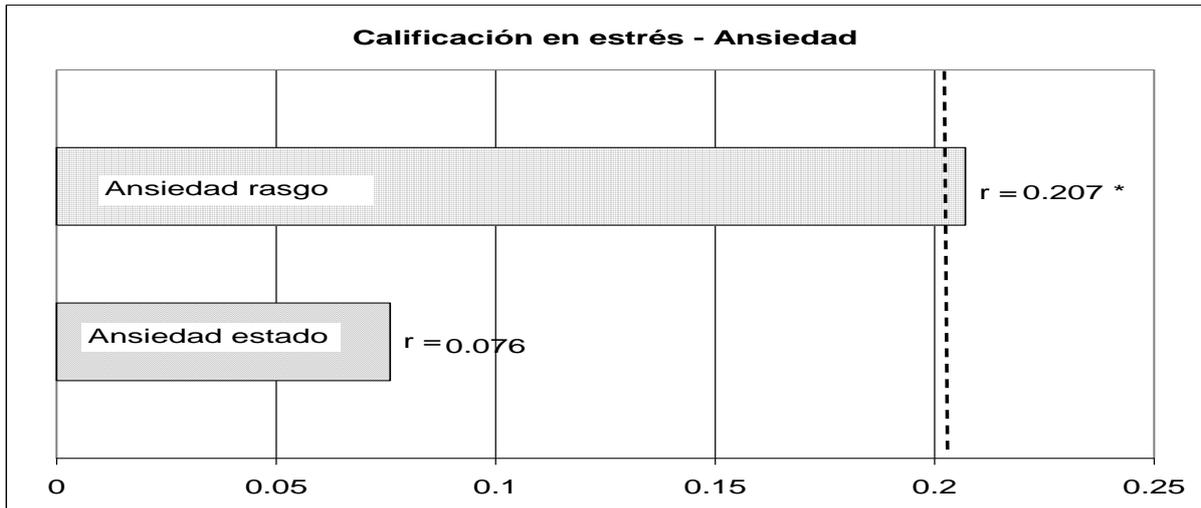


Figura 19. Correlaciones entre la percepción de ejercicio realizado a lo largo de la vida y las prácticas de crianza.

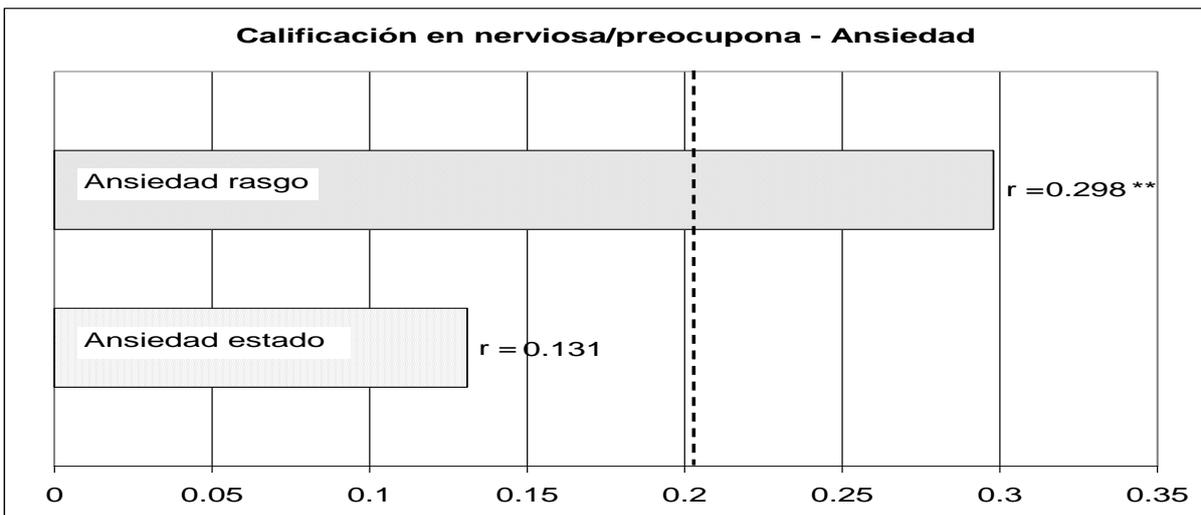
En general, la figura indica correlaciones negativas del ejercicio realizado a lo largo de la vida con las prácticas de crianza. No obstante, únicamente la relación negativa con la madre resulta significativa, de tal manera que entre más negativa sea la relación con la madre, menos ejercicio se realiza (ver figura 19).



Correlación significativa $*p < .05$

Figura 20. Correlaciones entre la percepción de estrés y los tipos de ansiedad.

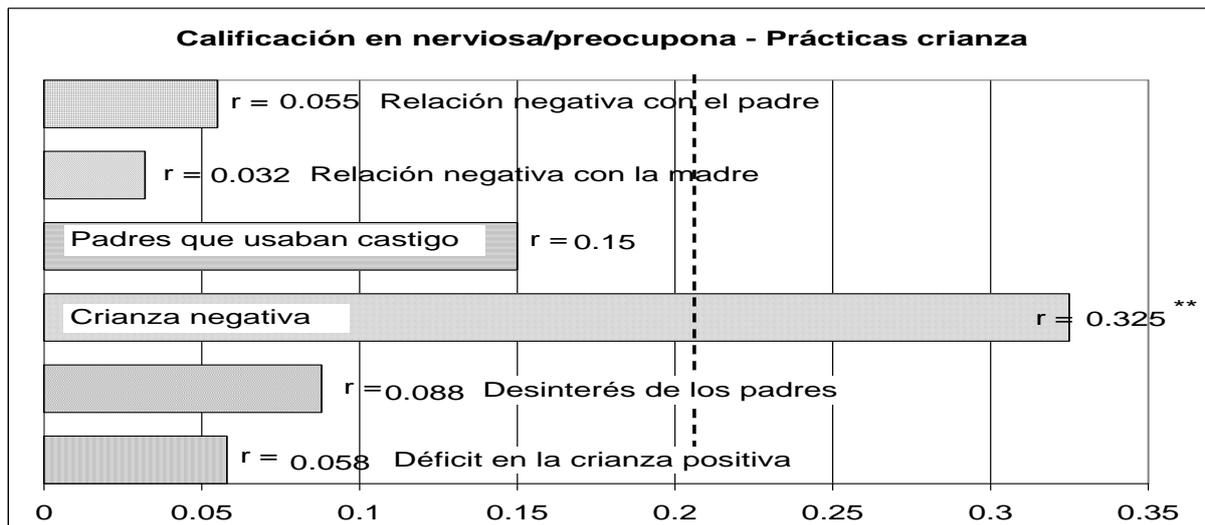
Se observa que, la calificación asignada a la frecuencia con la que las participantes se sienten estresadas correlaciona positivamente con los tipos de ansiedad. En particular, destaca la ansiedad rasgo, la cual muestra correlación significativa (ver figura 20).



Correlación significativa $**p < .01$

Figura 21. Correlaciones entre la percepción de nerviosismo o preocupación y los tipos de ansiedad.

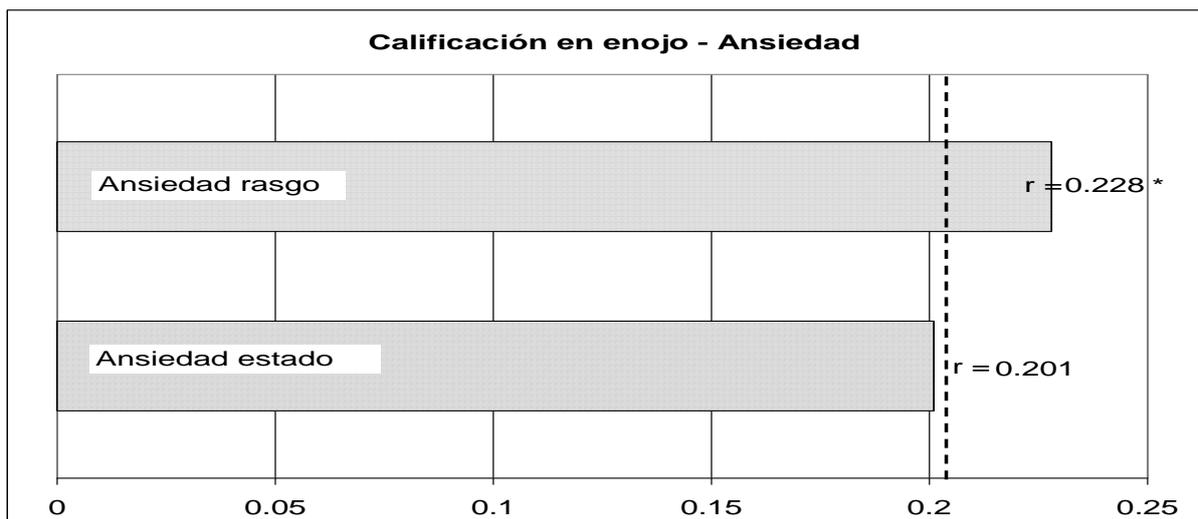
Como se puede observar, la calificación asignada qué tan nerviosas o preocuponas se consideran las participantes, correlaciona positivamente con ambos tipos de ansiedad. Sin embargo, esta asociación únicamente resulta significativa para la ansiedad rasgo (ver figura 21).



Correlación significativa ** $p < .01$

Figura 22. Correlaciones entre la percepción de nerviosismo o preocupación y las prácticas de crianza.

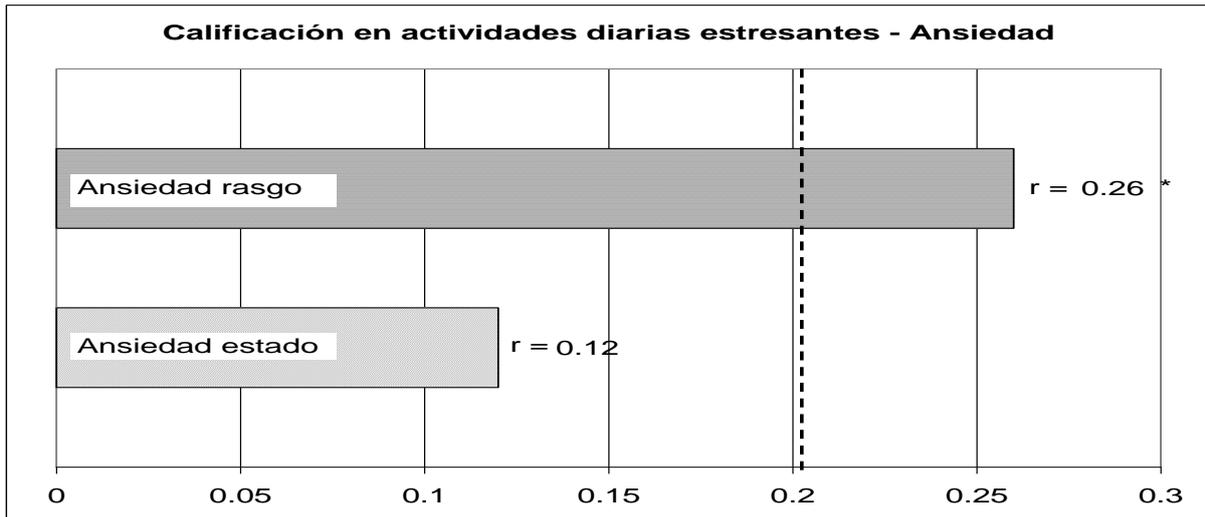
La figura 22 muestra correlaciones positivas entre la calificación asignada al nerviosismo o preocupación de las participantes, y las prácticas de crianza. Resalta la crianza negativa, puesto que fue la única que resultó significativa, indicando que las personas con una crianza más deficiente se consideran más nerviosas o preocupadas.



Correlación significativa * $p < .05$

Figura 23. Correlaciones entre la percepción de enojo y los tipos de ansiedad.

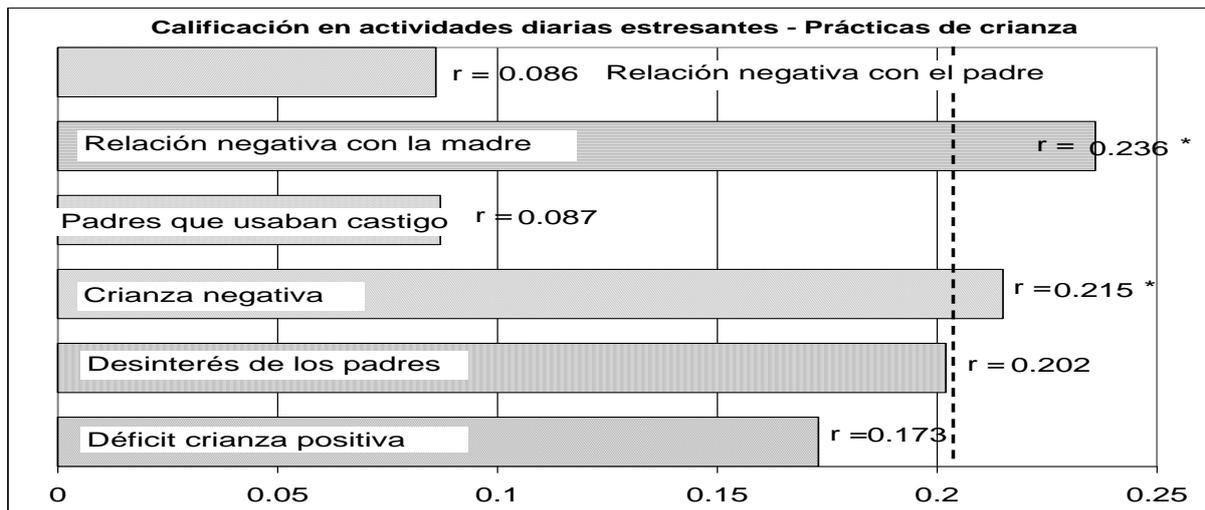
En este caso, se observa que existen correlaciones positivas entre la calificación asignada al enojo y los tipos de ansiedad, resultando significativa la asociación con la ansiedad rasgo. Esto implica que a mayor enojo percibido, mayor ansiedad rasgo y viceversa (ver figura 23).



Correlación significativa * $p < .05$

Figura 24. Correlaciones entre la percepción de estrés en las actividades diarias y los tipos de ansiedad.

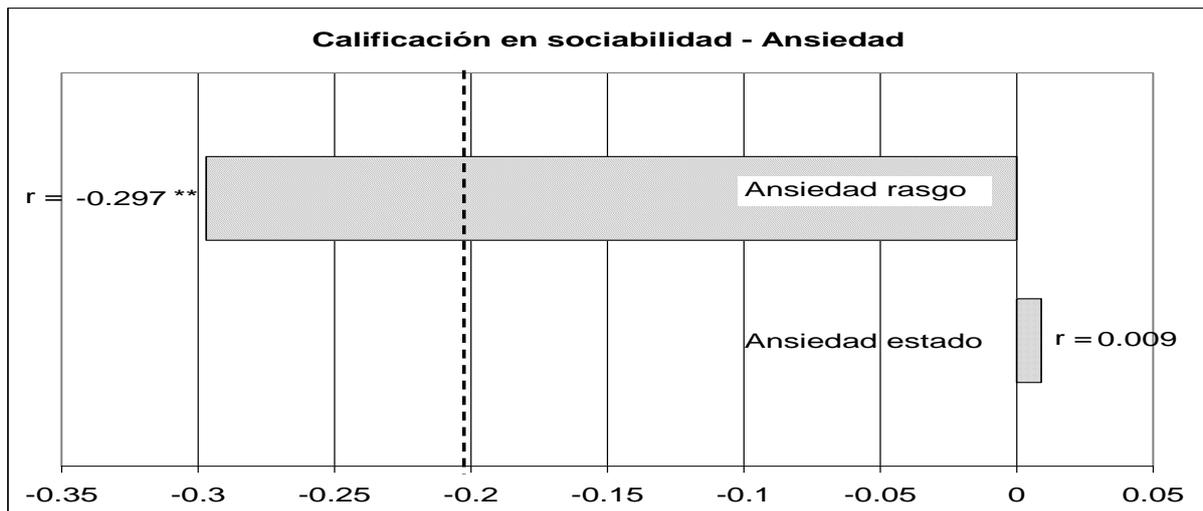
Como se puede apreciar, la calificación asignada al estrés en las actividades diarias, correlaciona de manera positiva con los tipos de ansiedad, siendo significativa la relación con la ansiedad rasgo (ver figura 24).



Correlación significativa * $p < .05$

Figura 25. Correlaciones entre la percepción de estrés en las actividades diarias y las prácticas de crianza.

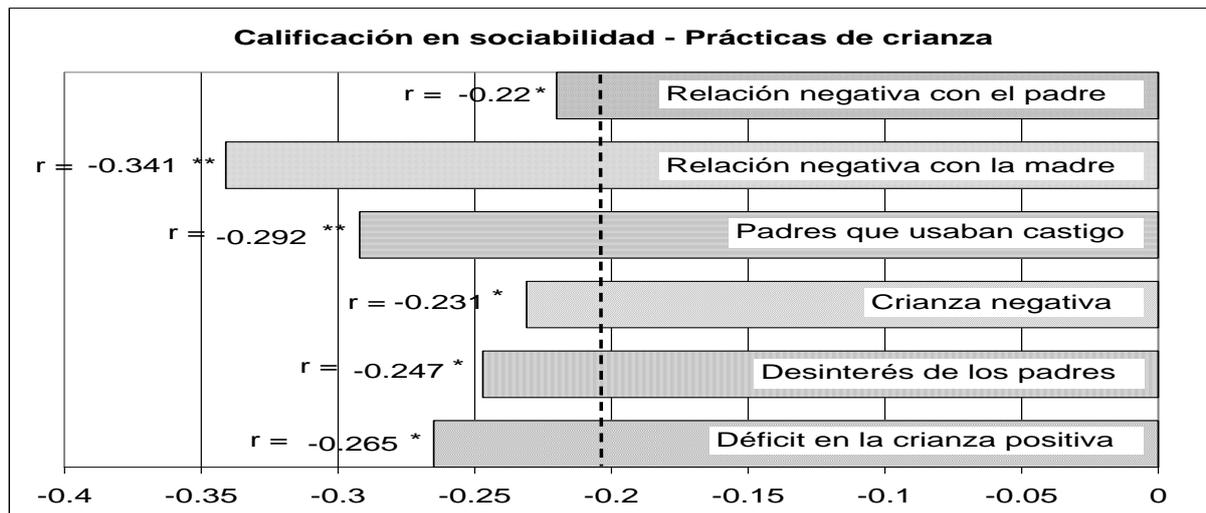
Esta figura muestra que la calificación asignada al estrés en las actividades diarias, correlaciona positivamente con todos los déficits en las prácticas de crianza. Las áreas que resultaron significativas fueron: relación negativa con la madre y crianza negativa (ver figura 25).



Correlación significativa **p<.01

Figura 26. Correlaciones entre la percepción de sociabilidad y los tipos de ansiedad.

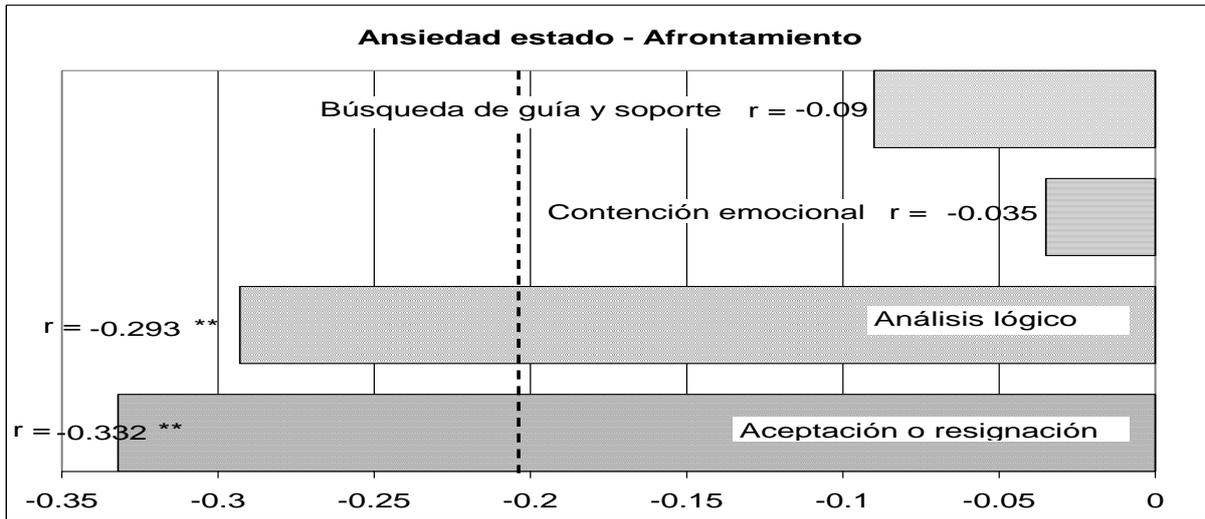
Se puede apreciar que, la calificación asignada a qué tan sociables se consideran las participantes, correlaciona significativamente con la ansiedad rasgo. Dado que la relación es negativa, a mayor puntaje en sociabilidad, menor ansiedad rasgo, y viceversa (ver figura 26).



Correlación significativa *p<.05, **p<.01

Figura 27. Correlaciones entre la percepción de sociabilidad y las prácticas de crianza.

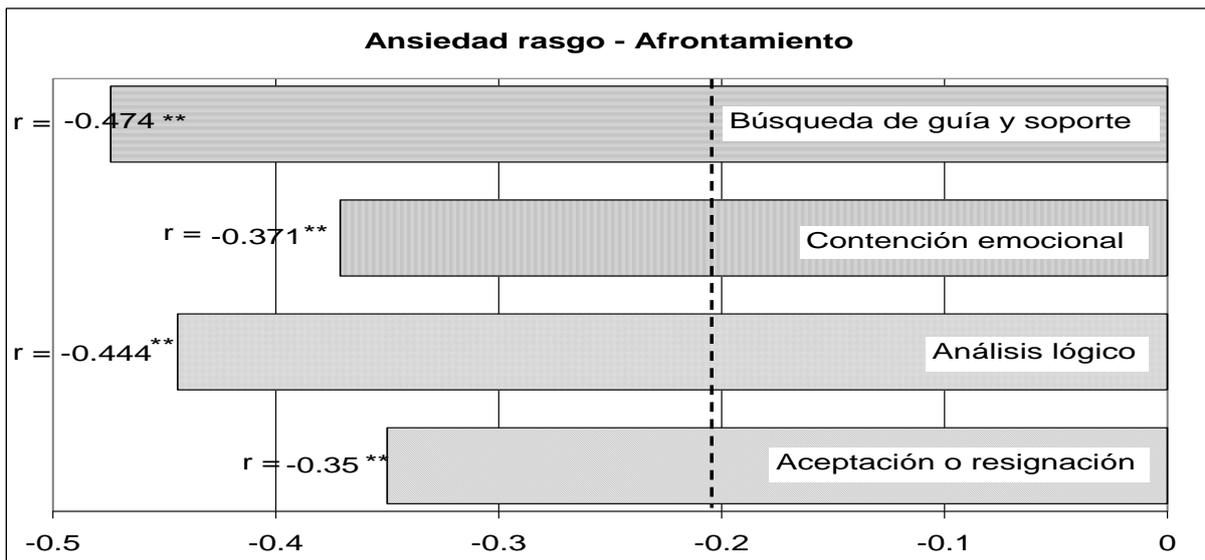
En cuanto a las prácticas de crianza, todas muestran correlaciones significativas e inversas con la percepción de sociabilidad, especialmente las áreas de relación negativa con la madre, y la de padres que usaban castigo. Por lo tanto, entre más sean las prácticas de crianza deficientes, menos sociables se consideran las personas (ver figura 27).



Correlación significativa **p<.01

Figura 28. Correlaciones entre la ansiedad estado y los estilos de afrontamiento.

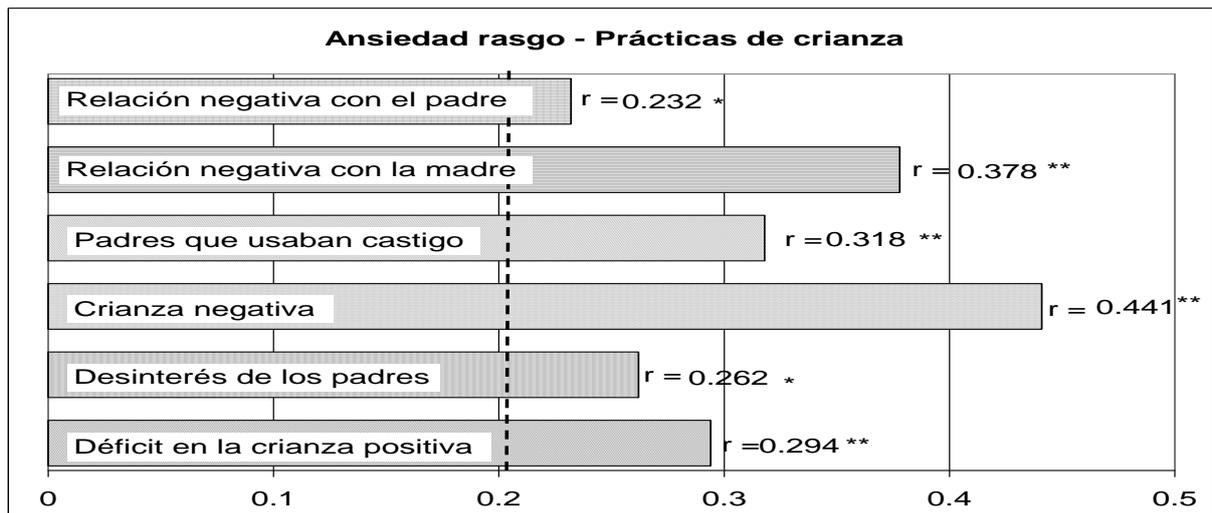
En este caso, la ansiedad estado correlaciona negativamente con los estilos de afrontamiento; sin embargo, sólo la aceptación o resignación y el análisis lógico resultan significativos. Esto significa que a mayor ansiedad estado, menor uso de estos estilos de afrontamiento, y viceversa (ver figura 28).



Correlación significativa **p<.01

Figura 29. Correlaciones entre la ansiedad rasgo y los estilos de afrontamiento.

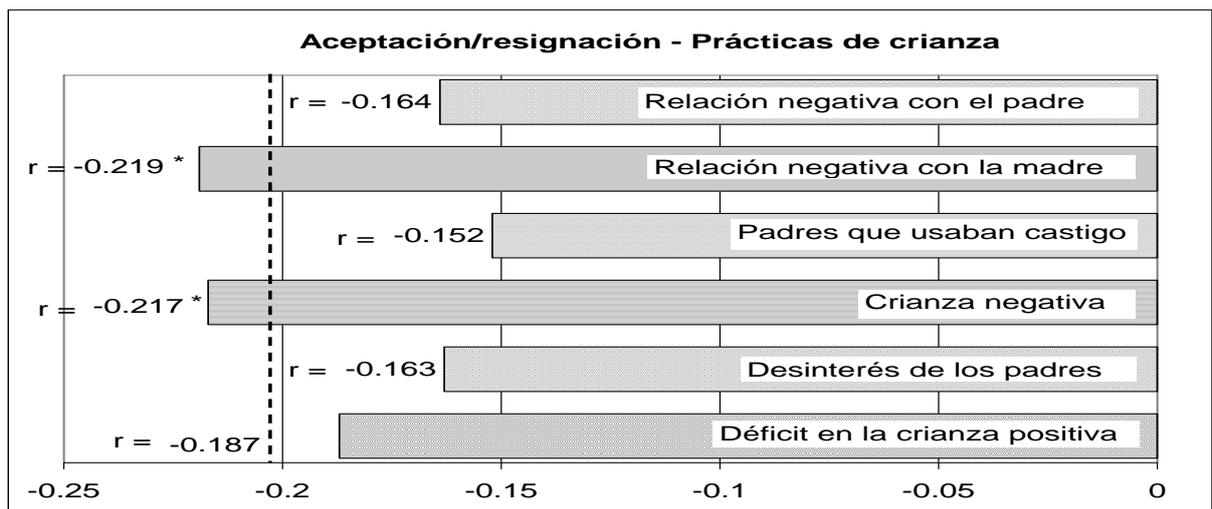
Como se puede observar, todos los estilos de afrontamiento correlacionan significativamente y de manera negativa con la ansiedad rasgo. Por lo tanto, a mayor ansiedad rasgo, menor uso de los estilos de afrontamiento (ver figura 29).



Correlación significativa * $p < .05$, ** $p < .01$

Figura 30. Correlaciones entre la ansiedad rasgo y las prácticas de crianza

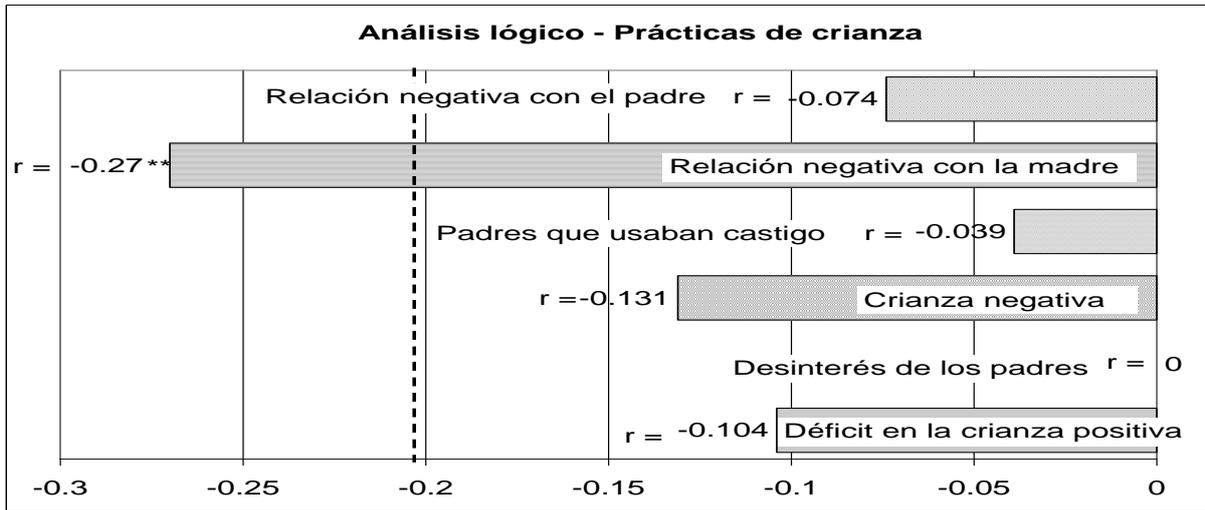
La ansiedad rasgo muestra una asociación directa con las prácticas de crianza, ya que todas resultaron significativas. Destacan las correlaciones con la crianza negativa y con la relación negativa con la madre, por lo que a mayor deficiencia en la crianza, mayor ansiedad rasgo (ver figura 30).



Correlación significativa * $p < .05$

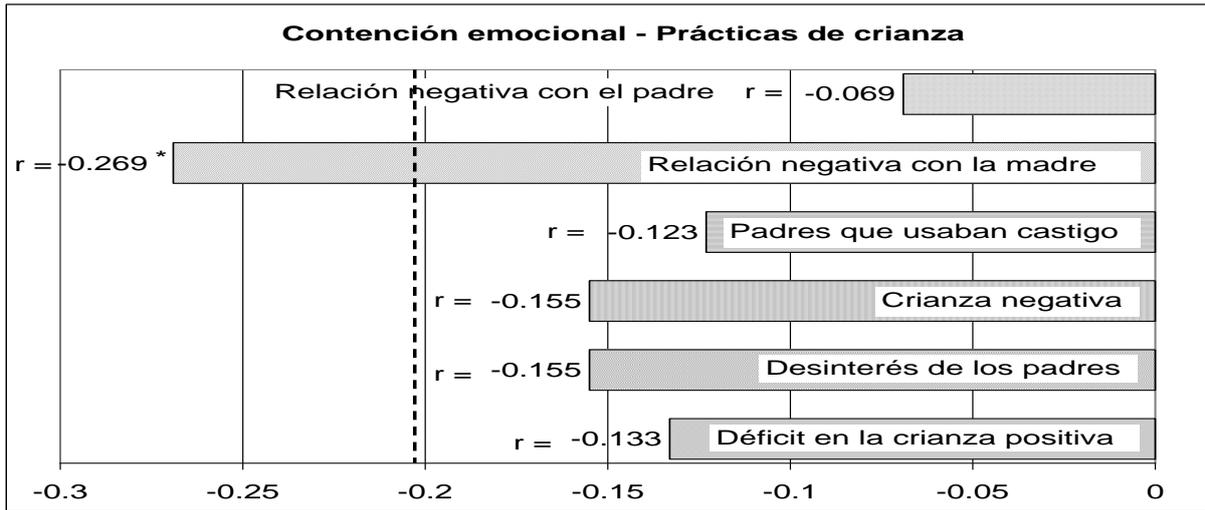
Figura 31. Correlaciones entre la aceptación o resignación y las prácticas de crianza.

La aceptación o resignación correlaciona negativamente con las prácticas de crianza, resultando significativas la relación negativa con la madre y la crianza negativa. Así, a mayor deficiencia en la crianza, menor empleo de este estilo de afrontamiento (ver figura 31).



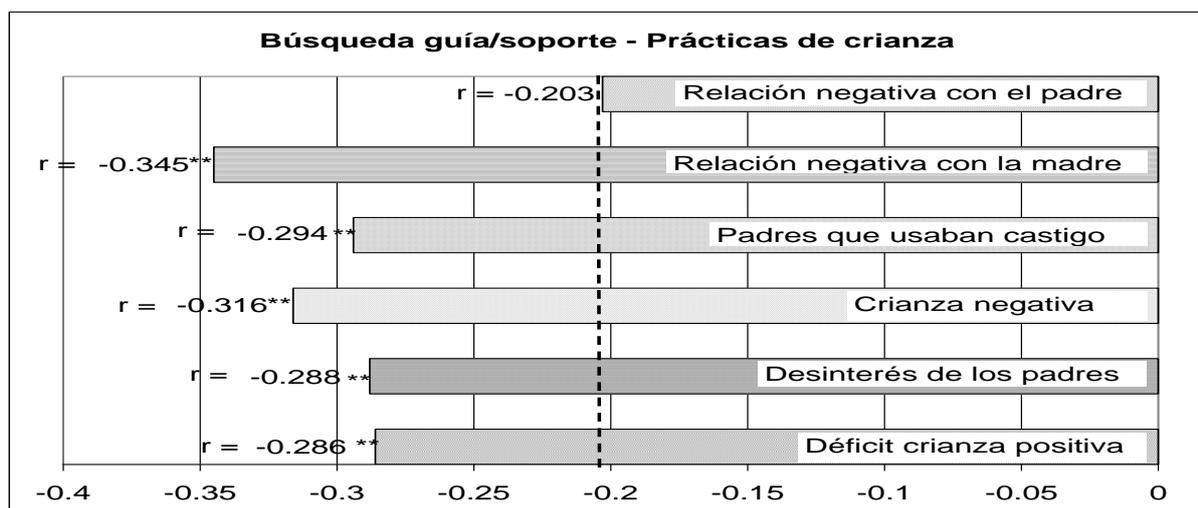
Correlación significativa **p<.01
 Figura 32. Correlaciones entre el análisis lógico y las prácticas de crianza.

Esta figura indica correlaciones negativas entre el análisis lógico y las prácticas de crianza, siendo significativa sólo la relación negativa con la madre. De esta manera, a mayor deficiencia en la relación con la madre, menor uso de este estilo de afrontamiento (ver figura 32).



Correlación significativa *p<.05
 Figura 33. Correlaciones entre la contención emocional y las prácticas de crianza.

A pesar de que todas las prácticas de crianza correlacionan de manera negativa con la contención emocional, sólo la relación negativa con la madre resulta significativa. Por lo tanto, a mayor deficiencia en la relación con la madre, menor uso de este estilo de afrontamiento (ver figura 33).



Correlación significativa **p<.01

Figura 34. Correlaciones entre la búsqueda de guía y soporte y las prácticas de crianza.

A excepción de la relación negativa con el padre, todas las prácticas de crianza muestran correlaciones significativas inversas con la búsqueda de guía y soporte. En especial, destacan la relación negativa con la madre y la crianza negativa, por lo que a mayor deficiencia en estas áreas, menor será el empleo de este tipo de afrontamiento (ver figura 34).

De la información obtenida en la entrevista, también resultaron significativas las siguientes correlaciones (ver tabla 8):

Tabla 8

Correlaciones (Spearman Rho) entre datos sociodemográficos, factores de riesgo, características de la gestación, apoyo social y estrés percibido.

Área		r
Escolaridad	Número de hijos	-.209 *
Número de embarazo	Tiempo desde el último embarazo	.939 **
Número de embarazo	Percepción de actividades diarias estresantes	.228 *
Tiempo desde el último embarazo	Percepción de actividades diarias estresantes	.215*
Percepción de la relación de pareja	Percepción de sociabilidad	.328 **
Percepción de ejercicio realizado	Percepción de estrés	.211 *
Percepción de ejercicio realizado	Percepción de sociabilidad	.409 **
Percepción de nerviosismo o preocupación	Percepción de enojo	.461 **
Percepción de enojo	Percepción de estrés	.371 **

Correlación significativa *p<.05, **p<.01

Capítulo 5. Discusión y conclusiones

Grupo con enfermedades hipertensivas del embarazo

El propósito de este estudio fue identificar si existían diferencias en las prácticas de crianza, los estilos de afrontamiento y el tipo de ansiedad, entre mujeres embarazadas sanas, mujeres embarazadas con enfermedad hipertensiva, y mujeres embarazadas con algún otro padecimiento. Adicionalmente, se exploró la posible relación entre estas variables.

Contrario a lo esperado, los resultados arrojaron que el grupo con enfermedades hipertensivas del embarazo, además de obtener un menor puntaje en el déficit de crianza positiva, también mostró las mejores condiciones de crianza en el resto de las áreas evaluadas. Por lo tanto, en comparación con los otros grupos, estas participantes recibieron por parte de sus padres, mayor interés, cercanía, afecto, apoyo y reconocimiento a sus esfuerzos durante la niñez, lo cual correlacionó positivamente con prácticas de afrontamiento como mayor búsqueda de guía y soporte, y mayor calificación en sociabilidad. En contraparte, el grupo con EHE mostró menores puntajes en aceptación o resignación y en análisis lógico, indicando que estas participantes cuentan con menos estrategias cognitivas para afrontar el estrés y sus consecuencias. En general, esto se puede corroborar con las correlaciones inversamente significativas entre el afrontamiento y ambos tipos de ansiedad, ya que los puntajes bajos en los estilos de aceptación o resignación y análisis lógico se asociaron con puntajes altos en ansiedad estado, sin que alcanzaran niveles de significancia estadística.

Una posible explicación para este resultado es que las condiciones de cercanía y apoyo durante la crianza hayan limitado el desarrollo de otros recursos personales para hacer frente a situaciones amenazantes o retadoras por sí mismas, tal como se requiere en el caso de un embarazo y como al parecer desarrollaron las embarazadas que no contaron con dicho apoyo. Así, cabe la posibilidad de un efecto benéfico derivado de aspectos como no contar de manera incondicional con elementos de apoyo y de reconocimiento, lo cual fuerza a la persona a desarrollar otras estrategias para solucionar problemas y reafirmarse. Sin embargo, es necesario llevar a cabo más estudios en esta línea, ya que los obtenidos en esta población no pueden considerarse concluyentes.

Aspectos psicológicos de las enfermedades hipertensivas del embarazo

Por otro lado, también se encontró una asociación positiva entre la aceptación o resignación y el análisis lógico con la escolaridad. En este caso, que se presentan menos estos estilos de afrontamiento, las participantes del grupo con EHE, además de mostrar una menor escolaridad, informaron que su padre alcanzó un menor nivel académico en comparación con los padres de los otros grupos. No hubo diferencias en la escolaridad de las madres de estas participantes, ya que en los tres grupos fue principalmente de nivel primaria. Por la relación con la baja escolaridad, se puede inferir que los padres tampoco poseían estas estrategias y no las desarrollaron posteriormente; sin embargo, es una suposición que habría que someter a prueba.

Las participantes con EHE reportaron realizar actividades recreativas con menor frecuencia en comparación con los otros grupos. Sin embargo, en cuanto a la percepción de ejercicio realizado a lo largo de la vida, manifestaron puntajes superiores estadísticamente significativos, por lo que en general, previo a la gestación, refirieron haber realizado ejercicio con mayor frecuencia. Durante las entrevistas, se identificó que en las pacientes predominó la creencia de que no era adecuado realizar ejercicio estando embarazadas, por lo que quienes lo practicaban, lo habían abandonado al enterarse de su estado, lo cual concuerda con lo que informa Melzer et al. (2010). Autores como Martin & Huber (2010), denotan el papel protector del ejercicio durante el embarazo, y en este caso, se observó que el ejercicio previo al embarazo no resultó un factor protector ante las EHE. Al parecer, para que esto ocurra es necesario realizarlo durante el embarazo. Pudiera ser que, para quienes acostumbran a realizar más ejercicio, el hecho de dejar de hacerlo por la situación de embarazo, les genere más estrés, causando complicaciones en su salud. Aunque se encontró una relación débil, esto último se observa en la correlación positiva entre el ejercicio realizado a lo largo de la vida y la frecuencia con la que se experimenta estrés. Otra posibilidad que requeriría de otro tipo de abordaje es que se perciba responsabilidad por la condición de EHE y que esto favorezca atención selectiva a aspectos relacionados con prácticas saludables como el ejercicio.

Por otro lado, la asociación positiva entre la calificación en el ejercicio y la búsqueda de guía y soporte, se explica por el hecho de que al pertenecer a un equipo deportivo, o al acudir a alguna clase para realizar ejercicio, las personas amplían sus redes sociales. De igual manera, se encontró que a mayor calificación en el ejercicio, había una menor relación negativa con la madre, lo cual sugiere que de alguna forma, la madre transmite hábitos y conductas sobre el cuidado de la salud, o bien que la práctica del ejercicio favorece su tolerancia.

En cuanto a los tipos de ansiedad, a pesar de que no se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, se puede observar en el grupo con EHE un puntaje ligeramente mayor en ansiedad estado. Esto concuerda con la idea de que los incrementos de estrés durante el embarazo se relacionan con la ocurrencia de trastornos hipertensivos (Da Costa et al., 1999; Leeners et al., 2007). De hecho, al preguntarles a qué le atribuían las complicaciones en el presente embarazo y en los anteriores, las participantes de este grupo manifestaron un mayor número de eventos: miedo por la situación de inseguridad en su colonia, padecer insomnio y ansiedad, preocupaciones económicas, relación inestable con la pareja, divorcio, fallecimiento de un ser querido y problemas familiares, lo cual concuerda con el estudio de Leeners et al. (2007) respecto a la mayor exposición a eventos estresantes. De igual manera, de acuerdo con los resultados de McDonald (1965), las mujeres con EHE expresaron mayores molestias, preocupación y cansancio al describir su embarazo, lo cual, de acuerdo con este autor, probablemente utilizan como estrategia para mantener la cercanía de sus seres queridos. Sin embargo, con respecto a este grupo, cabe recordar que si bien a un 39.4% de las participantes se les entrevistó durante el embarazo ya cuando tenían síntomas o incluso el diagnóstico de algún trastorno hipertensivo, hubo otro 34.21% a quienes se les entrevistó posterior al parto mientras se encontraban hospitalizadas, y un 26.31% a quienes se les entrevistó antes de que presentaran la enfermedad hipertensiva, por lo que no resulta claro que la expresión de quejas guarde relación con el diagnóstico. Por esta razón los resultados sobre la ansiedad estado en este grupo deben tomarse con reservas.

La ansiedad rasgo se asocia directamente con las prácticas de crianza negativas, por lo que en este caso, las participantes hipertensas experimentaron menos situaciones estresantes durante la niñez, y se mostraron menos aprensivas que las participantes sanas.

En cuanto al enojo percibido, a pesar de no resultar estadísticamente significativo, las mujeres con EHE también obtuvieron un mayor puntaje, lo cual se relaciona con el aumento de la presión arterial ambulatoria (Benotsch et al., 1997; Tiedje et al., 2008). De hecho, en las respuestas ante las razones por las que se enojaban se pudo observar una mayor intensidad del enojo en comparación con los otros grupos. La calificación asignada al enojo percibido correlacionó positivamente con ambos tipos de ansiedad, con la percepción de estrés, y con la percepción de nerviosismo o preocupación.

Aspectos psicológicos de las enfermedades hipertensivas del embarazo

En cuanto a los factores de riesgo de los trastornos hipertensivos y sus consecuencias, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las complicaciones en embarazos anteriores (Solomon & Seely, 2004), en los desequilibrios hormonales (UNICEF, 2008), y en los nacimientos prematuros (Flórez-Alarcón & Rodríguez, 2001; SSA, 2007b; Tiedje et al., 2008; UNICEF 2008), todo lo cual concuerda con la literatura. Asimismo, los factores de riesgo generales indican que las mujeres con edades menores a 18 años y mayores a 40 son más propensas a adquirir alguna enfermedad hipertensiva. Sin embargo, en este caso no resultó así puesto que el promedio de edad de las participantes con EHE fue de 25 años, ligeramente más grandes en comparación con los otros grupos. Se encontró una asociación positiva entre el número de embarazo, el tiempo transcurrido desde el último embarazo y la percepción de actividades estresantes. Asimismo, tal como lo menciona Leeners et al. (2006), en comparación con los otros grupos, la mayoría de las mujeres con EHE se encontraban casadas o en unión libre, es decir, viviendo en una relación estable con la pareja.

Grupo con otros padecimientos

En contraste con el grupo de EHE, el grupo con otros padecimientos mostró un puntaje mayor estadísticamente significativo en el estilo de afrontamiento de aceptación o resignación. Considerando que un mayor número de mujeres de este grupo presentaba los padecimientos antes del embarazo, es probable que se hayan informado más acerca de sus condiciones de salud y comunicado su situación con su pareja o algún familiar. De esta manera podemos suponer que se encontraban más conscientes acerca de los riesgos que implicaba el embarazo. Esto explica la correlación negativa entre la aceptación o resignación y ambos tipos de ansiedad, puesto que en el grupo con otros padecimientos, las participantes tuvieron los puntajes más bajos tanto en ansiedad rasgo como en estado, aunque no fueron estadísticamente significativos.

A pesar de que tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas en la calificación asignada a la relación de pareja, las mujeres con otros padecimientos obtuvieron el puntaje más alto en comparación con los otros grupos. La calificación en la relación de pareja, correlacionó positivamente con los estilos de afrontamiento de aceptación o resignación, de análisis lógico, y de búsqueda de guía y soporte; y negativamente, con la ansiedad. Esto último concuerda con Da Costa et al. (1999) en cuanto a que un adecuado ajuste marital durante el embarazo se asocia con una menor ansiedad estado en el tercer trimestre.

Las participantes con otros padecimientos reportaron que la escolaridad de su padre fue superior en comparación con los demás grupos, por lo que tal vez el nivel de exigencia académica hacia ellas fue mayor. Esto se corrobora con su propia escolaridad, ya que a pesar de no resultar estadísticamente significativa, se puede observar que casi el 50% de las mujeres con otros padecimientos estudió la preparatoria, licenciatura o posgrado. La escolaridad se asoció inversamente con el número de hijos, que en este caso fue menor comparado con los otros grupos. Como se había comentado anteriormente, los resultados muestran una asociación positiva estadísticamente significativa entre la escolaridad y la aceptación o resignación, y además, entre la escolaridad y la búsqueda de guía y soporte. Por lo tanto, parece ser que la preparación académica brinda herramientas cognitivas para investigar más acerca de un problema en particular y consultarlo con un profesional, además de poder compartirlo con un mayor número de personas. Asimismo, se puede observar que, en comparación con los demás grupos, son estas mujeres quienes más se encontraban estudiando o trabajado, y a su vez quienes informaron tener más actividades recreativas.

Por otro lado, se sabe que el embarazo por sí solo representa una fuente de ansiedad, sobretodo en el caso de las mujeres jóvenes quienes se encuentran adaptándose a los nuevos roles sociales (Da Costa et al., 1999). Por esta razón, la ansiedad estado correlacionó negativamente con la edad, puesto que una mayor edad se asocia con mayor madurez para enfrentar la situación, y mayor probabilidad de haber pasado por esta situación anteriormente. Todo esto se puede observar claramente en el grupo con otros padecimientos: mayor porcentaje de primigestas en comparación con los otros grupos, menor edad promedio, y mayores manifestaciones de preocupación al momento de la entrevista, especialmente relativas al embarazo y/o al parto, y a la salud tanto de ellas como del bebé.

En el caso de las participantes del grupo con otros padecimientos, resulta lógico que expresaran mayor preocupación al hacer referencia al embarazo debido a sus condiciones de salud, puesto que muchas de ellas presentaban embarazo de alto riesgo; enfermedades como anemia, endometriosis, elevación de la glucosa, complicaciones biliares, etc.; y/o en otras ocasiones ya habían presentado complicaciones en embarazos previos, especialmente aborto espontáneo.

Aspectos psicológicos de las enfermedades hipertensivas del embarazo

Las mujeres de este grupo consideraron significativamente que sus padres preferían a alguno de sus hermanos más que a ellas, lo cual podría asociarse con el hecho de que casi un 35% de las participantes con otros padecimientos no vivió con alguno de sus padres por separación o divorcio, o con el hecho de que el 13% de ellas no conoció a su padre. En comparación con los otros grupos, estas mujeres tenían menos edad cuando alguno de sus padres dejó de vivir con ellas.

Grupo de embarazadas sanas

Contrario a lo que se esperaba, el grupo de mujeres embarazadas sanas obtuvo un puntaje significativamente mayor en la relación negativa con el padre. Esto difiere de los hallazgos de Leeners et al. (2006), en los cuales la falta de involucramiento del padre se relacionó con el desarrollo de EHE. Sin embargo, en este caso, es posible que la falta de apoyo y cercanía del padre durante la niñez, haya brindado recursos para enfrentar problemas posteriores, lo cual resultó benéfico para la salud a largo plazo. En general, estas participantes refirieron las condiciones de crianza más desfavorables durante la niñez. En este sentido, tal como lo plantea Moos & Holahan (2007), el afrontamiento exitoso ante situaciones estresantes vividas durante la niñez, probablemente reforzó los recursos personales y generó en consecuencia procesos de resiliencia, mismos que pueden estar reflejados en la salud.

Además, a diferencia de los otros grupos, todas las participantes sanas conocieron a su padre, y, en general expresaron haber tenido 18 años o más cuando su padre dejó de vivir con ellas. Por lo tanto, a pesar de haber tenido una mala relación con él, puede ser que la figura paterna desempeñe un papel importante en la salud.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad rasgo, sin embargo, las participantes sanas obtuvieron un puntaje ligeramente mayor en comparación con los otros grupos, lo cual puede deberse a las prácticas de crianza deficientes. De hecho las correlaciones indicaron una asociación positiva estadísticamente significativa entre la ansiedad rasgo y este tipo de prácticas. Paradójicamente, en cuanto a la percepción de nerviosismo o preocupación, las mujeres sanas obtuvieron la media más baja aunque con una significancia limítrofe. A pesar de que esta pregunta se asoció con una mayor ansiedad rasgo, en general, en las respuestas de las participantes se observó que muchas de ellas hacían referencia específicamente a la situación de embarazo, es decir a la ansiedad estado, por lo

que aparentemente la pregunta no fue interpretada de la misma manera por todas las participantes.

Asimismo, resultaron inversamente significativas las correlaciones de la ansiedad rasgo con la calificación en sociabilidad, y con el estilo de afrontamiento de búsqueda de guía y soporte. Se observa también una correlación inversa entre la relación negativa con el padre, y la calificación asignada a la sociabilidad.

El hecho de que las mujeres embarazadas sanas hayan presentado las prácticas de crianza más deficientes, resulta diferente a lo documentado por Wenar & Kerig (2000) y por Repetti et al. (2002), en cuanto a la asociación entre la carencia de relaciones positivas con los padres y los trastornos en los sistemas de regulación biológica de respuestas del estrés que conllevan a enfermedades como la hipertensión. Estos resultados también resultan congruentes con los de Moos y Holahan (2007), en cuanto a que es probable que resolver problemas por otros medios haga una diferencia en este hallazgo al considerar factores como la autoeficacia. Por otra parte, es importante considerar que las participantes fueron mujeres relativamente jóvenes, por lo que quizás aún no manifestaban ningún padecimiento, pero posiblemente podrían desarrollarlo años más tarde.

Respecto a los estilos de afrontamiento, a pesar de que no resultaron estadísticamente significativos, se puede observar que, en el grupo de mujeres embarazadas sanas, la distribución del análisis lógico y de la contención emocional, indican altos puntajes en comparación con los otros grupos. Por lo tanto, se infiere que estas participantes no actúan impulsivamente, prestan atención a un aspecto del problema a la vez para hacerlo más manejable, refuerzan su autoconfianza al recordar cómo se tuvo éxito en situaciones anteriores, y probablemente, cuentan con más habilidades de autocontrol y autorregulación emocional. Esto concuerda con lo reportado por Sánchez-Sosa (2002) y por Straub (2007), en cuanto a que la regulación de las emociones negativas y de los procesos biológicos activados por los estresores ayuda a conservar la salud y a mantener una interacción favorable con el entorno. De acuerdo con Rutter (1987; 1993), la regulación emocional es uno de los factores que protegen contra los riesgos psicológicos y promueven la resiliencia.

Tomando en cuenta los resultados sobre la ansiedad rasgo en el grupo de embarazadas sanas, pudiera ser que en este caso exista una relación con el tipo de personalidad resistente al que se

Aspectos psicológicos de las enfermedades hipertensivas del embarazo

refiere Kobasa (1979), en el cual las personas ven las demandas de la vida más como retos que como amenazas, o tenga que ver con las características positivas como el optimismo, una alta autoestima y un alto sentido de coherencia y de autoeficacia, ya que se asocian con una buena salud (Marks et al., 2008; Rutter, 1987; 1993). Esto último se refleja también en el estilo de afrontamiento de contención emocional, puesto que incluye tratar de ver el lado bueno del problema.

En este mismo sentido, es posible que las participantes del grupo con EHE perciban las situaciones de manera opuesta, es decir más como amenazas que como retos, razón por la cual tienen mayores incrementos en la ansiedad estado, y manifiestan una mayor presión arterial, lo cual genera consecuencias perjudiciales en su salud (Maier et al., 2003).

Considerando lo anterior respecto al grupo de embarazadas sanas, se sugiere una vinculación con el concepto de resiliencia, puesto que ante situaciones adversas como la falta de calidez en la familia y las carencias socioeconómicas, estas personas han podido sobreponerse a las dificultades y han tenido una adaptación favorable, lo cual se refleja en su salud. Por lo tanto, se concuerda con las ideas de Cummings et al. (2000) en cuanto a que los factores protectores no son necesariamente agradables o deseables, sino que en muchas ocasiones son estresantes. Esto último concuerda con Rutter (1987), ya que en este caso, las condiciones estresantes probablemente tuvieron efectos fortalecedores reflejados en el afrontamiento. En este sentido, se da por hecho que las condiciones de privación específica únicamente vulneran, sin embargo, sería importante dirigir la atención hacia otras posibilidades en la salud física y psicológica.

De acuerdo con los resultados, se encontraron diferencias en las prácticas de crianza, los estilos de afrontamiento y el tipo de ansiedad en los tres grupos evaluados. Dado que las prácticas de crianza deficientes correlacionaron negativamente con los estilos de afrontamiento, y positivamente con la ansiedad rasgo y estado, se infiere que, en cuanto a los aspectos psicológicos, las enfermedades hipertensivas del embarazo pueden tener sus orígenes en la niñez, manifestándose posteriormente en la edad adulta. Sin embargo, esto es algo que también habría que someter a prueba con otros estudios.

Dentro de las aportaciones más importantes de este estudio se encuentra el hecho de considerar los antecedentes de crianza de las mujeres embarazadas, lo cual en conjunto con

otras variables, hizo posible focalizar la atención tanto en los primeros años de vida, como en la etapa adulta durante la gestación. Asimismo, la evaluación de los estilos de afrontamiento en los diferentes grupos, permitió abordar las situaciones de la vida de las participantes de manera interaccional, es decir, considerando la relación entre el individuo y el ambiente.

Por otro lado, la ansiedad ha sido considerada crucial en el estudio de la hipertensión; sin embargo, no se habían evaluado juntas la ansiedad rasgo y estado respecto a las EHE. Por lo tanto, el hecho de considerar estos dos tipos de ansiedad, permitió identificar con mayor claridad la relación con otras variables como los estilos de afrontamiento y las prácticas de crianza con el estado emocional por el que pasaban las participantes durante la gestación.

En cuanto a las limitaciones del estudio, una de las principales fue el empleo de un diseño retrospectivo, por lo que las personas que padecían alguna enfermedad pudieron estar predispuestas a recordar y referir sucesos estresantes en un grado mayor que las participantes con buena salud. Por otro lado, con respecto a los instrumentos, en el formato de entrevista se detectó que algunas de las preguntas se interpretaron de diferente manera por las participantes, por lo que se sugiere revisar la redacción con el fin de mejorarlo. En cuanto a los estilos de afrontamiento, hubo algunos que no se evaluaron, como el estilo de resolución de problemas y la evitación cognitiva, por lo que se recomienda emplear la versión más actualizada de la Escala de Afrontamiento de Moos.

Otra de las desventajas de este estudio fue haber analizado todas las clasificaciones de las EHE en conjunto, lo cual puede oscurecer el entendimiento de estos padecimientos; sin embargo no fue posible clasificarlas debido a las limitaciones propias de la institución, y debido al tiempo que hubiera requerido formar grupos homogéneos de cada una de las enfermedades hipertensivas del embarazo.

Lo ideal para futuras investigaciones, sería realizar estudios longitudinales en los que se evalúen diferentes etapas de la vida desde la infancia hasta la edad adulta, prestando especial atención a lo que ocurre durante el periodo de gestación. Asimismo, se sugiere evaluar a un mayor número de participantes y comparar los distintos tipos de trastornos hipertensivos, con el fin de mejorar las aproximaciones hacia la prevención y tratamiento de las enfermedades hipertensivas del embarazo.

Referencias

- Adler, N. & Matthews, K. (1994). Health Psychology: Why do some people get sick and some stay well? *Annual Review of Psychology*, 45, 229-259.
- Ayala, H.E., Aduna, A., Vázquez & Lozano, A. (1988). *Cuestionario de salud y vida cotidiana*. En Aduna, 1998, Afrontamiento, apoyo social y solución de problemas en estudiantes universitarios: Un estudio experimental. (Tesis de Maestría) Universidad Nacional Autónoma de México.
- Benetsch, E.G., Christensen, A.J. & McKelvey, L. (1997). Hostility, social support, and ambulatory cardiovascular activity. *Journal of Behavioral Medicine*, 20(2), 163-176.
- Brady, S.S. & Matthews, K. (2006). Chronic stress influences ambulatory blood pressure in adolescents. *Annals of Behavioral Medicine*, 31(1), 80-88.
- Cohen, F. (1982). Personality, stress, and the development of physical illness. En G.C. Stone, F. Cohen & N.E. Adler (Eds.), *Health Psychology: A Handbook* (pp. 77-111). San Francisco: Jossey-Bass.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Collins, N.L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M. & Scrimshaw, S.C. (1993). Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(6), 1243-1258.
- Cummings, E.M., Davies, P.T. & Campbell, S.B. (2000). *Complex patterns of influence: Risk and protective factors*. En Autor (Eds.), *Developmental psychopathology and family process: Theory, research and clinical implications* (pp. 124-151). New York: The Guilford Press.

Aspectos psicológicos de las enfermedades hipertensivas del embarazo

- Da Costa, D., Larouche, M.D., Dritsa, M. & Brender, W. (1999). Variations in stress levels over the course of pregnancy: factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (6), 609-621.
- Dominguez, B., Valderrama, P., Olvera, Y., Pérez, S.L., Cruz, A. & González, L.M. (Eds.) (2002). *Manual para el taller teórico-práctico de manejo de estrés*. México: Plaza y Valdés.
- Esplin, M.S., Fausett, M.B., Fraser A., Kerber, R., Mineau, G., Carillo, J. & Varner, M.W. (2001). Paternal and Maternal Components of the Predisposition to Preeclampsia. *New England Medicine*, 344 (12), 867-872.
- Flórez-Alarcón, L.E. (1998). *Análisis experimental del impacto psicobiológico de un programa de atención psicológica a maternas con preeclampsia*. Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Flórez-Alarcón, L. & Rodríguez, G. (2001). Evaluación del impacto de un programa de atención psicológica a mujeres embarazadas con preclampsia. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1(2), 259-292.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2008). *Estado mundial de la infancia 2009: Salud materna y neonatal*. Recuperado el 5 de junio del 2009 de www.unicef.org/spanish/sowc09/report.php
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226.
- Gerin, W., Pieper, C., Levy, R. & Pickering, T.G. (1992). Social support in social interaction: A moderator of cardiovascular reactivity. *Psychosomatic Medicine*, 54(3), 324-336.
- Herbert, T.B. & Cohen, S. (1993). Stress and immunity in humans: a meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 55(4), 364-379.

- Hernández, R., Fernández-Collado, C. & Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación (4ª Ed). México: McGraw Hill.
- Holahan, C.J., Moos, R., Holahan, C.K. & Brennan, P.L. (1997). Social context, coping strategies, and depressive symptoms: An expanded model with cardiac patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 918-928.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (Octubre 2007). *La preeclampsia, primera causa de mortalidad materna en el país*. (Comunicado No. 395). Coordinación de Comunicación Social. Recuperado el 6 junio de 2009 de <http://www.imss.gob.mx/NR/ronlyres/20222E0D-ABBF-4602-9AE7-813D006F0DB2/0/Com395.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (Julio 2006). Preeclampsia/eclampsia. *Boletín de práctica médica efectiva*. Recuperado el 5 junio de 2009 de http://www.insp.mx/portal/centros/ciss/nls/boletines/PME_06.pdf
- Istvan, J. (1986). Stress, anxiety and birth outcomes: A critical review of the evidence [Resumen]. *Psychological Bulletin*, 100(3) 331-348.
- Jurado, S. (2002). *Génesis, sintomatología y tratamiento del trastorno de pánico en población del D.F.* (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Kamarck, T.W., Manuck, S.B. & Jennings, J.R. (1990). Social support reduces cardiovascular reactivity to psychological challenge: a laboratory model. *Psychosomatic Medicine*, 52, 42-48.
- Kennell, J., Klaus, M., McGrath, S., Robertson, S. & Hinkley, C. (1991). Continuous emotional support during labor in a US hospital. A randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 265(17), 2197-2201.
- King, A.C., Taylor, C.B., Albright, C.A., & Haskell, W.L. (1990). The relationship between repressive and defensive coping styles and blood pressure responses in healthy, middle-aged men and women. *Journal of Psychosomatic Research*, 34(4), 461-471.

- Kobasa, S. (1979) Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11.
- Landsbergis, P.A & Hatch, M.C. (1996). Psychosocial work stress and pregnancy-induced hypertension. *Epidemiology*, 7(4), 346-351.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984/1991). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leeners, B., Neumaier-Wagner, P., Kuse, S., Irawan, C., Imthurn, B & Rath, W. (2006). Family stability during childhood and the risk to develop hypertensive diseases in pregnancy. *Early Human Development*, 82, 441-446.
- Leeners, B., Neumaier-Wagner, P., Kuse, S., Stiller, R., & Werner, R. (2007) Emotional stress and the risk to develop hypertensive diseases in pregnancy. *Hypertension in pregnancy*, 26, 211-226.
- Leifer, M. (1977) Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genetic Psychology Monographs*, 95(1), 55-56.
- Leung, F.P., Yung, L.M., Lather, I., Yao, X., Chen, Z.Y. & Huang, Y. (2008). Exercise, vascular wall and cardiovascular diseases. *Sports Medicine*, 38(12), 1006-1024.
- Lindquist, T.L., Beilin, L.J., & Knudman, M.W. (1997). Influence of lifestyle, coping, and job stress on blood pressure in men and women. *Hypertension*, 29(1), 1-7.
- Lobel, M. (1994) Conceptualizations, measurement, and effects of prenatal maternal stress on birth outcomes [Resumen]. *Journal of Behavioral Medicine*, 17(3), 225-272.
- Magee, L.A., Ornstein, M.P., Dadelszen, P. (1999). Management of hypertension in pregnancy. *British Medical Journal*, 318, 1332-1336.

- Maier, K.J, Waldstein S.R., & Synowski, S.J. (2003). Relation of cognitive appraisal to cardiovascular reactivity, affect, and task engagement. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1): 32-41.
- Marcoux, S., Brisson, J. & Fabia, J. (1989). The effect of leisure time physical activity on the risk of preeclampsia and gestational hypertension. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 43(2), 147-152.
- Marks, D.F., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C. & Sykes, C.M. (2008). *Estrés y estrategias de enfrentamiento*. En Autor (Eds.), *Psicología de la salud: Teoría, investigación y práctica* (pp. 287-307). México: Manual Moderno.
- Martin, C.L. & Huber, L.R.B. (2010). Physical activity and hypertensive complications during pregnancy: Findings from 2004 to 2006 North Carolina Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 37(3), 202-210.
- Matthews, K.A., Katholi, C.R., McCreath H., Whooley, M.A., Williams, D.R., Zhu, S. & Markovitz, J.H. (2004). Blood pressure reactivity to psychological stress predicts hypertension in the CARDIA study. *Circulation*, 110, 74-78.
- McCoy, S. & Baldwin, K. (2009). Pharmacotherapeutic options for the treatment of preeclampsia. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 66(4), 337-344.
- McDonald, R. (1965). Personality characteristics in patients with three obstetric complications. *Psychosomatic Medicine*, 27(4); 383-390.
- Melzer, K., Schutz, Y., Boulvain, M. & Kayser, B. (2010). Physical activity and pregnancy: Cardiovascular adaptations, recommendations and pregnancy outcomes. *Sports Medicine*, 40(6), 493-507.
- Messer, L.C., Dole, N., Kaufman, J.S. & Savitz, D.A. (2005). Pregnancy intendedness, maternal psychosocial factors and preterm birth. *Maternal and Child Health Journal*, 9(4), 403-412.

Aspectos psicológicos de las enfermedades hipertensivas del embarazo

- Misra, D.P., & Kiely, J.L. (1995). The effect of smoking on the risk of gestacional hipertensión. *Early Human Development*, 40(2), 95-107.
- Moos, R.H., Cronkite, R.C., Billings, A.G. & Finney, J.W. (1986). *Health and Daily Living Form Manual*. Social Ecology Laboratory, Department of Psychiatry and Behavioral Science. Veterans Administration and Stanford University Medical Center, Palo Alto: California.
- Moss, R. H. & Holahan, C. J. (2007). *Adaptive tasks and methods of coping with illness and disability*. En E. Martz, H. Livneh & B.A Wright (Eds.), *Coping with chronic illness and disability: Theoretical, empirical and clinical aspects* (pp. 107-126) US-Springer.
- Norbeck J.S., Anderson N.J. (1989). Psychosocial predictors of pregnancy outcomes in low-income black, hispanic, and white women. *Nursing Research*, 38, 204-9.
- Pagel, M.D., Smilkstein, G., Regen, H., Montano, D. (1990). Psychosocial influences on new born outcomes: A controlled prospective study. *Social Science & Medicine*, 30(5); 597-604.
- Penley, J.A., Tomaka, J., & Wiebe, J.S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(6), 551-603.
- Perkin, M.R., Bland, J.M., Peacock J.L. & Anderson, H.R. (1993). The effect of anxiety and depression during pregnancy on obstetric complications. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 100(7), 629-634.
- Phillips, A.C., Gallagher, S. & Carroll, D. (2009). Social support, social intimacy, and cardiovascular reactions to acute psychological stress. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(1), 38-45.
- Poland M.L., Giblin, P.T., Lucas, C.P., & Sokol, R.J. (1986). Psychological determinants of pregnancy-induced hypertension. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 5(2), 85-92.

- Rasmussen, S. & Oian, P. (1998). Smoking, hemoglobin concentration and pregnancy-induced hypertension. *Gynecological and Obstetrical Investigation*, 46(4), 225-231.
- Repetti, R.L., Taylor, S.E. & Seeman, T.E. (2002). Risky Families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128 (2), 330-366.
- Riveros, A. (2002). *Calidad de vida en padecimientos crónicos: un estudio en pacientes hipertensos* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Riveros, A. (2007). *Valoración integral y factores de cambio en la hipertensión esencial reactiva* (Tesis de doctoral). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Robillard, P.Y., Hulsey, T.C., Perlanin, J., Janky, E., Miri, E.H., & Papiernik, E. (1994). Association of pregnancy-induced hypertension with duration of sexual cohabitation before conception. *Lancet*, 344, 973-975.
- Rutledge, T. & Hogan, B.E. (2002). A quantitative review of prospective evidence linking psychological factors with hypertension development. *Psychosomatic Medicine*, 64, 758-766.
- Rutter, M. (1987) Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Salvador-Moysén, J., Martínez-López, Y., Lechuga-Quñones, A., Ruiz-Astorga R., Terrones-González A. (2000). Situación psicosocial de las adolescentes y toxemias del embarazo. *Salud Pública de México*, 42, 99-105.

Aspectos psicológicos de las enfermedades hipertensivas del embarazo

Sánchez-Sosa, J.J. (2002). *Health psychology: Prevention and illness, maintenance of health*. En Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS), Psychology. Oxford, UK, <http://www.eolss.net>

Sanchez-Sosa, J. J. (2008). *La Investigación en Psicología Clínica y de la Salud: Algunos lineamientos lógicos de decisión y metodología*. Documento de circulación interna. Facultad de Psicología. México, D.F.: UNAM.

Sánchez-Sosa, J.J. & Hernández-Guzmán, L. (1993). *Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento SEVIC* (3ª Ed).

Sapira, J.D., Scheib, E.T., Moriarty, R., & Shapio, A.P. (1971). Differences in perception between hypertensive and normotensive populations. *Psychosomatic Medicine*, 33, 239-250.

Schwerdtfeger, A., Schmukle, S.C. & Egloff, B. (2005). Interactive effects of avoidant coping and parental hypertension on rate pressure product reactivity in women. *Annals of Behavioral Medicine*, 29(2), 106-115.

Secretaría de Salud. (2002). *Lineamiento técnico: Prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia/eclampsia*. (3ª ed.). Recuperado el 5 de junio de 2009 de www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/preeclampsia.pdf.

Secretaría de Salud. (2005). *Preeclampsia y eclampsia, principales causas de mortalidad materna*. (Comunicado de prensa No. 039). Recuperado el 6 de junio de 2009 de www.salud.gob.mx/ssa_app/noticias/datos/2005-02-011188.html

Secretaría de salud (2007a). *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: Construyendo alianzas para una mejor salud*. Recuperado el 6 de junio de 2009 de http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf

Secretaría de Salud (2007b). *Prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia/eclampsia. Lineamiento técnico* (4ª ed.). Recuperado el 20 de junio de 2010 de http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/sist_protec_social_salud2aed.pdf

- Selye, H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British Medical Journal*. June 1383 -1392.
- Sibai, B.M., Ewell, M., Levine, R.J., Klebanoff, M.A., Esterlitz, J., Catalano, P.M.,...Joffe, G. (1997). Risk factors associated with preeclampsia in healthy nulliparous women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 177(5), 1003-1010.
- Solomon, C.G. & Seely, E.W. (2004) Preeclampsia - Searching for the Cause. *The New England Journal of Medicine*, 350(7), 641-642.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2010). *Código ético del psicólogo* (5ª Ed.). México: Trillas.
- Sosa, R., Kennell J., Klaus M., Robertson S., Urrutia J. (1980). The effects of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. *New England Journal of Medicine*, 303, 597-600.
- Spielberger, C.D. & Díaz-Guerrero, R. (1975). *Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado IDARE*. México: Manual Moderno.
- Straub, R.O. (2007). *Health Psychology: A Biopsychosocial Approach* (2º ed.). New York: Worth Publishers.
- Suneeta, K., Stephen, F., Prabha, S. (2008) Pre-eclampsia. *General Practitioner*, 24-25, 3 de octubre 2008.
- Tiedje, L., Holzman, C.B., De Vos, E., Jia, X., Korzeniewski, S., Rahbar, M.H.,...Kallen, D. (2008). Hostility and anomie: Links to preterm delivery subtypes and ambulatory blood pressure at mid-pregnancy. *Social Science & Medicine*, 66, 1310-1321.
- Tsuchihashi-Makaya M., Kato, N., Chishaki A., Takeshita A. & Tsuitsui H. (2009). Anxiety and poor social support are independently associated with adverse outcomes in patients with mild heart failure. *Circulation Journal*, 73(2), 280-287.

- Uchino, B.N., Cacioppo, J.T. & Kiecolt-Glaser, J.K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119, 488-531.
- Vázquez, J.G. (2007). *Hipertensión arterial por preeclampsia-eclampsia*. México: Prado.
- Villanueva, L.A. & Alanís, P. (2000) Factores pronósticos asociados a la progresión de preeclampsia a eclampsia. *Ginecología y Obstetricia de México*, 68, 312-316.
- Villar J., Farnot U., Barros F., Victora C., Langer A., Belizan J. (1992). A randomized trial of psychosocial support during high-risk pregnancies. *New England Journal of Medicine*, 327 (18), 1266-1271.
- Wagner, L. (2004). Diagnosis and management of preeclampsia. *American Family Physician*, 70(12), 2317-2324.
- Wenar, C. & Kerig, P. (2000) *Developmental Psychopathology: From infancy through adolescence* (4ª Ed.). McGraw Hill: USA, 20-25.
- Wergeland, E. & Strand, K. (1997). Working conditions and prevalence of preeclampsia, Norway 1989. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 58(2), 189-196.
- World Health Organization. (2005). *Informe sobre la salud en el mundo 2005: ¡Cada madre y cada niño contarán!* Recuperado el 5 junio de 2009 de <http://www.who.int/whr/2005/chapter3/es/index2.html>
- World Health Organization (2006) *Constitución de la organización mundial de la salud de 1946*. Recuperado el 30 de julio de 2010 de www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- World Health Organization. (2008) *Maternal mortality*. Recuperado el 22 de septiembre de 2009 de

http://www.who.int/making_pregnancy_safer/events/2008/mdg5/factsheet_maternal_mortality.pdf

Yan, L.L., Liu, K., Matthews, K., Daviglius, M.L., Ferguson, T.F., Kiefe, C.I. (2003).
Psychosocial factors and risk of hypertension. *Journal of the American Medical Association*, 290, 2138-2148.

Anexos



Anexo 1 *Consentimiento informado*

La Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México sustenta la práctica de protección para participantes en investigación. Presentamos a usted la siguiente información para que pueda decidir si desea participar en el presente estudio, su colaboración es voluntaria y puede rehusarse a hacerlo. Aun si accediera a participar tiene absoluta libertad para dejar el estudio.

El propósito del estudio es conocer aquellos aspectos de su condición que pueden interferir con su vida cotidiana y bienestar. Se le preguntará sobre diversos aspectos de su padecimiento, su historia personal y la forma en que usted enfrenta los problemas; y posteriormente, se le pedirá que conteste algunos cuestionarios. En este procedimiento no existen respuestas buenas ni malas, por lo tanto, con toda confianza conteste con la verdad, su franqueza nos permitirá diseñar programas preventivos y de ayuda.

Completar la entrevista y los cuestionarios le tomará un máximo de 40 minutos. Su participación es completamente voluntaria, anónima y está en absoluta libertad de abandonar el estudio en cualquier momento. Si tiene alguna pregunta o duda, con toda confianza pregúntenos y con mucho gusto le orientaremos. *Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación.*

A mi _____ (nombre completo), se me ha informado sobre todos los aspectos del estudio. Todas mis preguntas al respecto se respondieron a mi entera satisfacción. Acepto participar en esta actividad, sabiendo que puedo retirarme en cualquier momento.

Entiendo que los datos obtenidos en este estudio pueden publicarse pero no los de mi participación individual, y que mi participación no se podrá identificar en ninguna forma.

Participante o representante autorizado.

Fecha.

Investigador.

Fecha.

Es posible, que a partir de los resultados que arroje la presente investigación, se diseñen programas específicos para ayudarlo(a) en el manejo de su condición y/o padecimiento. En caso de que quiera participar en éstos, por favor déjenos sus datos (un teléfono o una dirección electrónica) para poder contactarlo(a) posteriormente y ofrecerle un tratamiento adicional. Aun si deja sus datos, esto no lo obliga a participar.

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Anexo 2
Entrevista

Fecha: _____ Grupo: _____
Nombre: _____ Edad: _____
Lugar de nacimiento: _____ Estado civil: _____
Escolaridad: _____ Ocupación: _____
Teléfono: _____ No. Exp.: _____

¿Fuma?: No Sí _____ cigarros al día
Si no fuma: ¿Hay alguna persona que fume y conviva diariamente con Ud.? No Sí
Tiempo que fuma pasivamente (aprox. al día) _____
¿Bebe alcohol?: No Sí cantidad por vez _____ veces por semana / mes _____
¿Ha consumido drogas?: No Sí cuáles _____ cantidad por mes _____
¿Durante cuánto tiempo las consumió? _____
¿Normalmente toma café?: No Sí tazas al día _____ ¿En el embarazo, cuántas? _____
¿Se considera una persona “salada” para comer?: No Sí ¿En el embarazo? _____
¿Acostumbra hacer ejercicio o practicar algún deporte? No Sí cuál _____
Horas por semana / mes _____
¿Del 1 al 10 cuánto ejercicio considera que ha hecho a lo largo de su vida? _____
¿Sin tomar en cuenta el embarazo, considera que es una persona con sobrepeso? No Sí
Kg. por arriba de su peso ideal _____
¿Fuera del embarazo, presenta generalmente desequilibrios hormonales? No Sí
Especificar: _____

Edad gestacional (semanas): _____
Diagnóstico: _____ Fecha del diagnóstico: _____
Tratamiento médico actual: _____
Presión arterial: _____
Proteinuria: No Sí
Observaciones: _____

¿Es su primer embarazo? No Sí
¿Qué número de embarazo es?: _____
¿Cuántos hijos tiene?: _____
¿Cuáles son las edades de sus hijos?: _____
¿Ha presentado alguna complicación en embarazos anteriores? (Hipertensión gestacional, preeclampsia, aborto, placenta previa, otra) No Sí
Especificar: _____

¿Padece usted de alguna enfermedad crónica (hipertensión, diabetes, otra)? No Sí
¿Cuál(es)? _____ ¿Desde cuándo? _____

¿Se considera nerviosa o preocupada? No Sí ¿Qué tanto del 1-10? _____
¿por qué? _____

¿Considera que se enojona con facilidad? No Sí ¿Qué tanto del 1-10? _____
¿por qué? _____

¿Se estresa frecuentemente? No Sí ¿Qué tanto del 1-10? _____
¿por qué? _____

¿En qué momentos de su vida se ha sentido estresada?

¿Cómo actúa ante los problemas? ¿Los enfrenta o los evade? _____

¿Por qué? _____

¿Considera que su trabajo/actividades diarias son estresantes? No Sí ¿Qué tanto del 1-10? _____

¿Por qué? _____

¿En general, cómo describiría este embarazo? _____

¿En este momento hay algo que le preocupe en cualquier ámbito? (embarazo, familia, trabajo, o cualquier otro) _____

* Pensando en las complicaciones que tuvo (embarazos anteriores), ¿a qué le atribuye esta situación?

* Si no tuvo complicaciones en embarazos anteriores, ¿a qué le atribuye esta situación?

¿Se considera una persona sociable y con muchos amigos? No Sí ¿Del 1 al 10? _____

¿Por qué? _____

¿Ha recibido apoyo de sus familiares y amigos antes y durante el embarazo? No Sí

¿En qué ha consistido? _____

¿Tiene Ud. pareja? No Sí

* ¿Ha sido la misma pareja en todos los embarazos? No Sí

Especificar: _____

¿Hasta ahora, cómo describiría la relación con su pareja? _____

_____ Calificarla 1-10 _____

¿Ha recibido apoyo de él durante el embarazo? No Sí

¿En qué ha consistido? _____

¿Cuánto tiempo tienen de conocerse? _____

¿Deseaba usted quedar embarazada? Si No ¿por qué? _____

¿Considera que este es un buen momento para tener un hijo? Si No ¿por qué? _____

¿Ha recibido tratamiento psiquiátrico o psicológico? (motivo, cuándo, duración, solucionó su problema): _____

*Clínica a la que acude para sus consultas sobre el embarazo: _____

Anexo 3

Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC)

A continuación se le preguntarán algunos aspectos sobre su vida familiar y crianza, por favor trate de recordar lo mejor posible las condiciones y costumbres en su familia.

1. Pienso que la comunicación que tengo con mis familiares actualmente es:
 - A) Muy mala
 - B) Mala
 - C) Regular
 - D) Buena
 - E) Muy buena

2. Si ya no vive con su familia de origen (madre y/o padre) ¿desde cuándo?
 - A) Hace menos de un año
 - B) De uno a dos años
 - C) De tres a cuatro años
 - D) De cinco a seis años
 - E) Siete años o más
 - F) Todavía vivo con ellos

3. Actualmente vivo:
 - A) Con mis padres
 - B) Con otros parientes
 - C) Con amigos o conocidos
 - D) Solo(a)
 - E) Con mi pareja y/o mis hijos(as)

4. En cuanto a mis condiciones de vida actuales pienso que:
 - A) Nos sobra espacio
 - B) Tenemos suficiente espacio para todos
 - C) Estamos un poco amontonados
 - D) Estamos amontonados
 - E) Estamos muy amontonados

5. En la actualidad yo diría que mi nivel económico es:
 - A) En asistencia social o beneficencia
 - B) Clase trabajadora
 - C) Clase media baja
 - D) Clase media
 - E) Clase media alta
 - F) Clase alta

6. Sobre las condiciones socio-económicas de mi familia, de cuando yo era chico(a) (como de 6 a 14 años de edad), podría decirse que:
 - A) Han mejorado mucho
 - B) Han mejorado

- C) Se han deteriorado
 D) Se han deteriorado mucho
 E) Permanecen igual
7. En total tengo:
- A) Un hermano(a)
 B) Dos hermanos(as)
 C) Tres hermanos(as)
 D) Cuatro a seis hermanos(as)
 E) Más de siete hermanos(as)
 F) Soy hijo(a) único(a)
8. Mi lugar en el orden de nacimiento de mis hermanos(as) es:
- A) Primero
 B) Segundo
 C) Tercero
 D) Cuarto
 E) Quinto o posterior
 F) Último
9. En general, mi relación con mi(s) hermano(s)(as) ha sido:
- A) Muy mala
 B) Mala
 C) Regular
 D) Buena
 E) Muy buena
10. Pienso que mis padres preferían a alguno(s) de mis hermanos más que a mí:
- | | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------|---------------------|--------------------|----------------|
| A) 0%..... | B) 20%..... | C) 40%..... | D) 60% | E) 80%..... | F) 100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
mente | Casi
Siempre | Siempre |
11. De chico(a), (como hasta los 14 años de edad) me crié principalmente con:
- A) Mis padres naturales
 B) Con mi padre
 C) Con mi madre
 D) Con uno de mis padres y padrastro o madrastra
 E) Padres adoptivos u otros pariente o familiares
 F) En un orfanato, casa hogar u otra institución
12. La causa por la que no viví con algunos de mis padres fue:
- A) Separación o divorcio de mis padres
 B) Muerte de algunos de mis padres
 C) Por el trabajo de alguno de mis padres
 D) Por la situación económica
 E) Por alguna otra razón
 F) Siempre he vivido con ellos

Aspectos psicológicos de las enfermedades hipertensivas del embarazo

13. La edad que tenía cuando alguno de mis padres dejó de vivir conmigo era:

- A) De cero a 5 años
- B) De 6 a 11 años
- C) De 12 años a 17 años
- D) De 18 años en adelante
- E) Siempre han vivido conmigo

14. El más alto nivel escolar que alcanzó mi padre (o tutor) es (era):

- A) Ninguno
- B) Primaria
- C) Secundaria
- D) Comercio o técnico
- E) Bachillerato
- F) Profesional o superior
- G) Lo desconozco

*** Si no conoció a su padre, pase a la pregunta 26.**

15. Mi padre (o tutor) tomaba mucho alcohol o usaba drogas:

- | | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------|---------------------|--------------------|----------------|
| A) 0%..... | B) 20%..... | C) 40%..... | D) 60% | E) 80%..... | F) 100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
mente | Casi
Siempre | Siempre |

16. En general la forma como me llevo (o llevaba) con mi padre (o tutor) es (o era):

- A) Muy buena
- B) Buena
- C) Regular
- D) Mala
- E) Muy mala

17. Cuando yo era chico(a) (como de 5 a 14 años de edad), mi padre o (tutor) mostraba interés en mis opiniones:

- | | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------|---------------------|--------------------|----------------|
| A) 0%..... | B) 20%..... | C) 40%..... | D) 60% | E) 80%..... | F) 100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
mente | Casi
Siempre | Siempre |

18. Mi padre (o tutor) y yo platicábamos como buenos amigos:

- A) Casi diario
- B) Como una vez a la semana
- C) Como una vez al mes
- D) Como una vez cada tres meses
- E) Como dos veces al año
- F) Una vez al año o menos

19. Cuando mi padre (o tutor) me castigaba, usaba castigo físico (me pegaba).

- A) Casi diario

- B) Como una vez a la semana
- C) Como una vez al mes
- D) Como una vez cada tres meses
- E) Como dos veces al año
- F) Una vez al año o menos

20. Mi padre (o tutor) decía cosas de mí que querían decir que yo era “tonto(a)” o “inútil”, o me comparaba negativamente con otros(as):

- | | | | | | |
|--------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|----------------|
| A) 0% | B) 20% | C) 40% | D) 60% | E) 80% | F) 100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
mente | Casi
Siempre | Siempre |

21. Cuando mi padre (o tutor) me castigaba, yo sí me lo merecía:

- | | | | | | |
|--------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|----------------|
| A) 0% | B) 20% | C) 40% | D) 60% | E) 80% | F) 100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
mente | Casi
Siempre | Siempre |

22. Cuando mi padre (o tutor) me mandaba a hacer algo, me lo decía de modo duro u ofensivo:

- | | | | | | |
|--------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|----------------|
| A) 0% | B) 20% | C) 40% | D) 60% | E) 80% | F) 100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
mente | Casi
Siempre | Siempre |

23. Yo tenía confianza con mi padre (o tutor) como para platicarle algo muy personal de mi mismo(a):

- | | | | | | |
|--------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|----------------|
| A) 0% | B) 20% | C) 40% | D) 60% | E) 80% | F) 100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
mente | Casi
Siempre | Siempre |

24. Mi padre (o tutor) me muestra (o mostraba) su afecto o cariño:

- | | | | | | |
|--------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|----------------|
| A) 0% | B) 20% | C) 40% | D) 60% | E) 80% | F) 100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
mente | Casi
Siempre | Siempre |

25. Cuando me enfrentaba a una situación nueva o difícil (mi padre (o tutor) me apoyaba o me reconfortaba):

- | | | | | | |
|--------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|----------------|
| A) 0% | B) 20% | C) 40% | D) 60% | E) 80% | F) 100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
mente | Casi
Siempre | Siempre |

26. El más alto nivel escolar que alcanzó mi madre (o tutora) es (era):

- A) Ninguno
- B) Primaria
- C) Secundaria
- D) Comercio o técnico
- E) Bachillerato
- F) Profesional o superior
- G) Lo desconozco

* Si no conoció a su madre, pase a la pregunta 38.

Aspectos psicológicos de las enfermedades hipertensivas del embarazo

27. Mi madre (o tutora) tomaba mucho alcohol o usaba drogas:

- A) 0%**..... **B) 20%**..... **C) 40%**..... **D) 60%** **E) 80%**..... **F) 100%**
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces mente Siempre

28. En general la forma como me llevo (o llevaba) con mi madre (o tutora) es (o era):

- A) Muy buena
- B) Buena
- C) Regular
- D) Mala
- E) Muy mala

29. Cuando yo era chico(a) (como de 5 a 14 años de edad), mi madre o (tutora) mostraba interés en mis opiniones:

- A) 0%**..... **B) 20%**..... **C) 40%**..... **D) 60%** **E) 80%**..... **F) 100%**
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces mente Siempre

30. Mi madre (o tutora) y yo platicábamos como buenos amigos(as):

- A) Casi diario
- B) Como una vez a la semana
- C) Como una vez al mes
- D) Como una vez cada tres meses
- E) Como dos veces al año
- F) Una vez al año o menos

31. Cuando mi madre (o tutora) me castigaba, usaba castigo físico (me pegaba).

- A) Casi diario
- B) Como una vez a la semana
- C) Como una vez al mes
- D) Como una vez cada tres meses
- E) Como dos veces al año
- F) Una vez al año o menos

32. Mi madre (o tutora) decía cosas de mí que querían decir que yo era “tonto(a)” o “inútil”, o me comparaba negativamente con otros(as):

- A) 0%**..... **B) 20%**..... **C) 40%**..... **D) 60%** **E) 80%**..... **F) 100%**
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces mente Siempre

33. Cuando mi madre (o tutora) me castigaba, yo sí me lo merecía:

- A) 0%**..... **B) 20%**..... **C) 40%**..... **D) 60%** **E) 80%**..... **F) 100%**
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces mente Siempre

34. Cuando mi madre (o tutora) me mandaba a hacer algo, me lo decía de modo duro u ofensivo:

A) 0%..... B) 20%..... C) 40%..... D) 60% E) 80%..... F) 100%
 Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces mente

35. Yo tenía confianza con mi madre (o tutora) como para platicarle algo muy personal de mi mismo(a):

A) 0%..... B) 20%..... C) 40%..... D) 60% E) 80%..... F) 100%
 Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces mente

36. Mi Madre (o tutora) me muestra (o mostraba) su afecto o cariño:

A) 0%..... B) 20%..... C) 40%..... D) 60% E) 80%..... F) 100%
 Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces mente

37. Cuando me enfrentaba a una situación nueva o difícil (mi madre (o tutora) me apoyaba o me reconfortaba:

A) 0%..... B) 20%..... C) 40%..... D) 60% E) 80%..... F) 100%
 Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces mente

38. En casa criticaban a mis amigos(as):

A) 0%..... B) 20%..... C) 40%..... D) 60% E) 80%..... F) 100%
 Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces mente

39. Mis padres (o tutores) me presionaban para que tuviera actividades en mi tiempo libre:

A) 0%..... B) 20%..... C) 40%..... D) 60% E) 80%..... F) 100%
 Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces mente

40. De chico(a) yo me enfermaba:

A) 0%..... B) 20%..... C) 40%..... D) 60% E) 80%..... F) 100%
 Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces mente

41. Cuando yo hacía un esfuerzo especial para hacer algo bien, me lo reconocían:

A) 0%..... B) 20%..... C) 40%..... D) 60% E) 80%..... F) 100%
 Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces mente

42. Cuando me iba mal en mis calificaciones, tenía problemas en casa:

A) 0%..... B) 20%..... C) 40%..... D) 60% E) 80%..... F) 100%
 Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces mente

43. Mis padres se mostraban cariño o amor el uno al otro:

A) 0%..... B) 20%..... C) 40%..... D) 60% E) 80%..... F) 100%
 Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces mente

Aspectos psicológicos de las enfermedades hipertensivas del embarazo

44. Mis padres se peleaban discutiendo o gritando:

- A) 0%..... B) 20%..... C) 40%..... D) 60% E) 80%..... F) 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces mente Siempre

45. Cuando mis padres peleaban, también usaban violencia física (jalones, empujones, golpes, etc.):

- A) 0%..... B) 20%..... C) 40%..... D) 60% E) 80%..... F) 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces mente Siempre

46. Cuando mis padres peleaban, lo hacían enfrente de mí y/o de mis hermanos(as):

- A) 0%..... B) 20%..... C) 40%..... D) 60% E) 80%..... F) 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces mente Siempre

47. Cuando mis padres peleaban, amenazaban con dejarse, separarse, o divorciarse:

- A) 0%..... B) 20%..... C) 40%..... D) 60% E) 80%..... F) 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces mente Siempre

48. Cuando era chico(a), a parte de mis padres, había otro(s) adultos(s) importantes para mí:

- A) Sí, y fue positivo para mí
B) Sí, y fue negativo para mí
C) No, no eran importantes

49. Si respondió “sí” (A o B), señale al más importante de acuerdo con su respuesta anterior:

- A) Un hermano(a) mayor
B) Un tío(a)
C) Abuelo(a)
D) Padrastro o madrastra
E) Otro pariente
F) Un(a) vecino(a) o conocido(a)

50. Durante mi niñez o adolescencia temprana, tuve experiencias emocionalmente fuertes, negativas o que me angustiaron mucho:

- A) Casi diario
B) Como una vez a la semana
C) Como una vez al mes
D) Como una vez cada tres meses
E) Como dos veces al año
F) Una vez al año o menos

51. La más importante de esas experiencias fue:

- A) Asalto, suceso violento o maltrato fuerte
B) Violación o abuso sexual
C) Accidente
D) Enfermedad (mía o de alguien cercano)
E) Muerte o pérdida de un ser querido

- F) Ser arrestado, detenido, cárcel
G) Otro
52. Todavía siento ese miedo o angustia o sensación desagradable:
A) 0%..... **B) 20%**..... **C) 40%**..... **D) 60%** **E) 80%**..... **F) 100%**
 Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces mente Siempre
53. Cuando era chico(a), alguien abusó sexualmente de mí (cualquier incursión sexual):
 A) Nunca
 B) Una vez
 C) Menos de cinco veces
 D) Más de cinco veces
 E) Ocasionalmente
 F) Frecuentemente
54. La persona que abusó de mí fue:
 A) Nadie
 B) Desconocido
 C) Amigo o pariente lejano
 D) Amigo o pariente que vivía en la misma casa
 E) Padrastro o madrastra
 F) Alguno de mis padres
55. Cuando era chico(a) ¿tuvo algún amigo que fuera muy cercano(a) o íntimo(a)?
 A) Sí, tuve varios
 B) Si, tuve uno o dos
 C) No, ninguno en quien confiara
56. Actualmente, ¿tiene amigo(a)(os)(as) que considere cercano(s)(as) o íntimos(as)?
 A) Sí, tengo varios
 B) Si, tengo uno o dos
 C) No, ninguno en quien confíe
57. Además del trabajo o la escuela, tengo otras actividades recreativas (artísticas, deportivas, pasatiempos, etc):
 A) Una vez a la semana o más
 B) Una vez cada quince días
 C) Una vez al mes
 D) Una vez cada dos meses
 E) Una vez cada seis meses
 F) Una vez al año o menos
58. Yo hago amistades:
 A) Con mucha dificultad
 B) Con dificultad
 C) Ni fácil ni difícilmente

Aspectos psicológicos de las enfermedades hipertensivas del embarazo

- D) Con facilidad
- E) Con mucha facilidad

59. Creo que se me ha tratado mal por razón de mi aspecto, color, religión, origen o nacionalidad:

- | | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------|---------------------|--------------------|----------------|
| A) 0%..... | B) 20%..... | C) 40%..... | D) 60% | E) 80%..... | F) 100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
mente | Casi
Siempre | Siempre |

60. Esto me ha pasado en (marque el más importante):

- A) El trabajo o la escuela
- B) El vecindario o barrio
- C) Reuniones sociales
- D) Hoteles o restaurantes
- E) Otro lugar o situación
- G) Ningún lado

61. Mi religión es la:

- A) Católica
- B) Judía
- C) Protestante
- D) Islámica
- E) Otra
- F) Ninguna

62. Soy:

- A) Nada religioso(a)
- B) Un poco religioso(a)
- C) Medianamente religioso(a)
- D) Religioso(a)
- E) Muy religioso(a)

Anexo 4
IDARE Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado

Nombre: _____

Fecha: _____ Edad: _____

Instrucciones: Abajo aparecen algunas expresiones que la gente usa para describirse. Lea cada frase y marque con una cruz (X) el recuadro que indique cómo se siente *ahora mismo*, o sea, *en este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	No en lo absoluto	Un poco	Regular	Mucho
1. En este momento me siento calmado				
2. En este momento me siento seguro				
3. En este momento me siento tenso				
4. En este momento me siento molesto				
5. En este momento me siento a gusto				
6. En este momento me siento alterado				
7. En este momento me siento preocupado por algún problema				
8. En este momento me siento descansado				
9. En este momento me siento angustiado				
10. En este momento me siento cómodo				
11. En este momento me siento con confianza en mí mismo				
12. En este momento me siento nervioso				
13. En este momento me siento agitado				
14. En este momento me siento "a punto de explotar"				
15. En este momento me siento tranquilo				
16. En este momento me siento satisfecho				
17. En este momento me siento preocupado				
18. En este momento me siento aturdido				
19. En este momento me siento alegre				
20. En este momento me siento bien				

Aspectos psicológicos de las enfermedades hipertensivas del embarazo

Instrucciones: Abajo aparecen algunas expresiones que la gente usa para describirse. Lea cada frase y marque con una cruz (X) el recuadro que indique cómo se siente **generalmente**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente **generalmente**.

	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre o casi siempre
21. Generalmente me siento bien				
22. Generalmente me canso rápidamente				
23. Generalmente me dan ganas de llorar				
24. Generalmente quisiera ser tan feliz como otros son				
25. Generalmente pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente				
26. Generalmente me siento descansado				
27. Generalmente soy una persona tranquila y calmada				
28. Generalmente siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas				
29. Generalmente me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30. Generalmente soy feliz				
31. Generalmente tomo las cosas muy a pecho				
32. Generalmente me falta confianza en mí mismo				
33. Generalmente me siento seguro				
34. Generalmente trato de ver el lado bueno de las crisis y dificultades				
35. Generalmente me siento triste				
36. Generalmente me siento satisfecho				
37. Generalmente se me meten a la cabeza ideas poco importantes y me molestan				
38. Generalmente me afectan tanto las decepciones que no me las puedo quitar de la cabeza				
39. Generalmente soy una persona estable				
40. Generalmente me pongo tenso y alterado cuando pienso en los pendientes				

Anexo 5

Escala de Afrontamiento de Moos (Forma B)

Nombre: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Intentamos conocer cuáles son las formas que usa al tratar de solucionar los problemas que se le presentan cotidianamente. No hay respuestas buenas ni malas, por favor conteste con toda franqueza, diciendo la verdad. Escoja la opción que refleje mejor su propio caso y marque con una cruz (X) el recuadro correspondiente.

Cuando tengo problemas actúo de las siguientes formas	Nunca	Casi nunca (menos del 20% del tiempo)	Pocas veces (20 a 40% del tiempo)	A veces sí, a veces no (40 a 60% del tiempo)	Frecuentemente (60 a 80% del tiempo)	Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
1. Trato de conocer más del problema						
2. Hablo con mi pareja o mi familia sobre el problema						
3. Hablo con un profesional (médico, abogado, etc.) del problema						
4. Le pido a Dios que me guíe						
5. Me preparo por si pasa lo peor						
6. Cuando me siento enojado(a) me desquito con otras personas						
7. Cuando me siento deprimido(a) me desquito con otras personas						
8. Trato de ver el lado bueno del problema						
9. Hago otras cosas para no pensar en el problema						
10. Pienso en varias formas de resolver el problema						
11. Pienso en cómo resolví problemas parecidos anteriormente						
12. Doy a notar lo que siento						
13. Actúo precipitadamente						

Aspectos psicológicos de las enfermedades hipertensivas del embarazo

Cuando tengo problemas actúo de las siguientes formas	Nunca	Casi nunca (menos del 20% del tiempo)	Pocas veces (20 a 40% del tiempo)	A veces sí, a veces no (40 a 60% del tiempo)	Frecuente-mente (60 a 80% del tiempo)	Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
14. Me digo cosas a mí mismo para sentirme mejor						
15. Sé lo que debo hacer y me esfuerzo para que salgan bien las cosas						
16. Prefiero estar alejado de la gente						
17. Me niego a creer lo que está pasando						
18. Si no puedo hacer nada para cambiar las cosas, las acepto como vienen						
19. Trato de sacar ventaja del problema						
20. Trato de relajarme o tomarlo con calma	Bebiendo más	Comiendo más	Fumando más	Haciendo más ejercicio	Durmiendo más	Hago otras cosas
21. ¿Cuántos amigos considera que tiene?	Ninguno	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Más de cuatro
22. ¿Cuántos amigos cercanos tiene con quienes pueda platicar de sus problemas?	Ninguno	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Más de cuatro
23. ¿A cuántas personas conoce de quienes pueda esperar ayuda real cuando tiene problemas?	Ninguno	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Más de cuatro
24. Tengo un círculo de amigos(as) con quienes mantengo un contacto cercano	Una vez al día	Una vez a la semana	Una vez al mes	Una vez cada 6 meses	Una vez cada año	Una vez cada 2 años