

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“SESGOS COGNITIVOS EN EMBARAZADAS HIPERTENSAS”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

JUAN MANUEL SANTIAGO MALDONADO

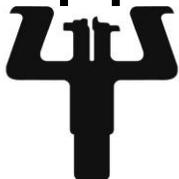
DIRECTOR DE TESIS: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

REVISORA: DR. GUSTAVO BACHÁ MÉNDEZ

México D. F.

2013

El estudio objeto de la presente tesis fue posible principalmente gracias al subsidio 104338 del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) de México.



**® Facultad
de Psicología**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Resumen.....	i
Abstract.....	ii
I. Hipertensión Arterial (HTA).....	1
La HTA como problema de salud.....	1
Fisiología y clasificaciones de la HTA	2
Epidemiología de la HTA	3
Factores Biológicos asociados al desarrollo de la HTA.....	3
Factores Psicológicos Asociados a la HTA.....	4
II. Enfermedades Hipertensivas del Embarazo (EHE).....	7
EHE como problema de salud.....	7
Fisiología y Clasificación de las EHE.....	8
Epidemiología EHE.....	10
Factores Asociados a las EHE.....	11
Factores Bioquímicos.....	13
Factores Psicológicos.....	13
Factores de Malestar en el embarazo.....	14
III. Tratamientos para HTA y EHE.....	16
Tratamiento en HTA.....	16
Tratamiento Farmacológico para la HTA.....	16
Tratamiento no farmacológico para la HTA.....	18

Aproximaciones Psicológicas al tratamiento de la HTA: Psicoterapia	
CC.....	19
Tratamientos EHE.....	21
Tratamientos Psicológicos EHE.....	23
Importancia de las cogniciones: creencias y pensamientos.....	25
IV. TREC.....	26
Medición de Sesgos Cognitivos (ideas irracionales).....	31
V. Método.....	35
Participantes.....	35
Instrumentos.....	36
Procedimiento.....	41
VI. Resultados.....	42
VII. Discusión.....	53
Referencias.....	57

RESUMEN: Las enfermedades hipertensivas del embarazo (EHE) representan un peligro para la salud a nivel mundial y nacional, no sólo porque representa una enfermedad en sí misma sino que además produce riesgo de muerte para el producto, se estima 50 mil muertes al año. No existen intervenciones psicológicas que para disminuir el malestar y presión arterial en personas con hipertensión en el embarazo; sin embargo, diversos estudios han demostrado su efectividad en personas con hipertensión. Dado que es común que las intervenciones con alguna persona con EHE deban ser breves, el identificar los sesgos cognitivos se convierte en una herramienta muy útil para diseñar intervenciones cognitivo-conductuales breves. Se realizó un diseño no experimental exploratorio correlacional para determinar los sesgos cognitivos que pudieran estar contribuyendo al malestar y reactividad emocional en dicha población. Se realizó un análisis factorial, en una muestra de mujeres embarazadas 50 hipertensas y 58 sanas, obteniendo una consistencia interna de .859, con un total de 5 factores: 1) Las cosas deben ir como yo quiero; 2) Dependencia de los otros; 3) Debo Actuar bien; 4) Estilo evitativo; y 5) Dependencia de Condiciones Externas. Con un alfa de cronbach que oscilan entre .615 y .792 por área. Se hizo una prueba *t* para comparar las medias de los puntajes del instrumento ROP sanas e hipertensas y se obtuvo que en 3 áreas (Estilo evitativo, condiciones externas y dependencia de los otros” presentan mayor incidencia en estos sesgos cognitivos las embarazadas hipertensas.

ABSTRACT: hypertensive diseases of pregnancy (HDP) have become a worldwide health problem. It's been estimated 50 000 deaths a year due to this cause. Currently there are no psychological interventions for people with hypertension in pregnancy, but studies have shown its effectiveness in people with hypertension by cognitive restructuring, thus identifying the cognitive biases, becomes a very useful tool for designing precise and short behavioral-cognitive interventions. Thus the purpose of the study was to identify those cognitive biases that may occur in this population, for which a study was conducted using an exploratory nonexperimental design to determine the cognitive biases that may be contributing to malaise and emotional reactivity in women with HDP. We performed a factor analysis of the instrument "Registro de Opiniones" (ROP) based on Rational Behavioral Emotive Therapy (RBET), which evaluates irrational beliefs in a sample of pregnant women (50 with hypertension and 58 healthy) obtaining a 0.859 reliability, with a total of 5 factors: 1) things must go as I want, 2) dependence of other, 3) I must act well; 4) avoidant style, and 5) external conditions dependence. With an alpha of between 0.615 and 0.792 per area. Subsequently we performed a comparison group scores of ROP instrument and obtained significant differences in three areas (4, 5, and total score) showed higher cognitive biases in hypertensive pregnant women.

La Hipertensión Arterial como problema de salud

En los últimos años, las enfermedades crónicas no transmisibles han ido en aumento y afectan a gran parte de la población, por tal motivo, son consideradas un problema de salud pública, en particular, la hipertensión arterial (HTA) es considerada un problema en diversos niveles ya que deteriora diversos “órganos blanco” como el corazón, arterias, cerebro, riñón e hígado y afecta la calidad de vida de las personas que la padecen (Díaz, et al., 2011; Guerrero-Moreno y Rodríguez, 1998). (Tabla 1).

Tabla 1

Principales afectaciones de “órganos blanco” debido a la hipertensión arterial

Principales Afectaciones	Órganos afectados
Hipertrofia ventricular	Corazón
Infartos lacunares, lesiones de sustancia Blanca	Cerebro
Deterioro Cognitivo	Cerebro
Accidente cerebrovascular	Cerebro
Aneurisma	Vasos Periféricos
Nefropatía Diabética	Riñón

La HTA además de ser una enfermedad por sí misma y afectar directamente distintos órganos, funciona como factor de riesgo para padecer otras enfermedades como las cardiovasculares, cerebrovasculares, síndrome metabólico, entre otras, lo cual ocasiona un importante deterioro en el bienestar de los pacientes (Cordero y Moreno, 2005; Llapaur y González, 2006; Tunstal et al., 1999; Yusuf et al., 2004).

Además de los problemas de salud física que ocasiona la HTA, también suele ocasionar malestar o daño psicológico. En un estudio realizado en México de tipo cualitativo, García y Medina (2010) reportan diversas creencias y pensamientos relativamente específicos en mujeres diagnosticadas con HTA. Al enterarse de su diagnóstico expresaron informes

verbales como: “Me causó miedo y angustia...”, “Cuando me dieron la noticia me asusté, me dio miedo, tuve mucha angustia al tener esta enfermedad...” o “El diagnóstico fue terrible para mí, pues continuamente mi presión estaba elevada, me asusté...”, por citar tan sólo algunas.

Al recibir el diagnóstico de HTA, las mujeres que presentan la enfermedad presentan un importante deterioro emocional incluyendo estados relativamente prolongados de ansiedad, la cual, a su vez, frecuentemente eleva la presión arterial (Jorgensen et al., 1996; Molerio y García, 2004; Sommers y Greenberg, 1989).

Fisiología y clasificación de la HTA

En sentido fisiológico la presión arterial (PA) es la fuerza ejercida por la sangre sobre las paredes de las arterias. Al latir el corazón bombea sangre a las arterias y en cierto momento del latido dicha presión se encuentra en su punto máximo; a ésta se le llama presión sistólica. Por otro lado, al periodo entre un latido y otro, es decir, cuando el corazón se encuentra momentáneamente en reposo relativo, se le llama presión diastólica (Coca, Aranda y Redón, 2009). Las arterias están encargadas del intercambio de nutrientes, electrolitos, hormonas y diversas sustancias de circulación intravascular (Hernández y Estrada, 2009).

La PA se mide a partir de un aparato llamado esfigmomanómetro y las cifras de PA son expresadas en milímetros de mercurio (mmHg). Los valores normales de presión arterial son de 120/80 mmHg. (Sistólica/diastólica, respectivamente) medida en milímetros de una columna de mercurio (esfigmomanómetro) un procedimiento clínico habitual. Sin embargo, con el envejecimiento y con procesos relacionados con la dieta y otros grupos de factores como el ejercicio físico, cuando las paredes de las arterias van desarrollando engrosamiento, la sangre ejerce mayor presión sobre las arterias, elevando así la presión arterial (Coca et al., 2009).

Cuando los valores alcanzan o rebasan los 140/90 mmHg existe un riesgo en la salud y la preexistencia de hipertensión arterial. Según el Comité Nacional Conjunto para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (JNC por sus siglas en inglés) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) tan sólo es necesario medir

cuidadosamente la PA en la consulta durante tres veces consecutivas y verificar si los valores detectados son superiores o iguales a los 140/90 mmHg, así como descartarse la presencia HTA causada por alguna causa identificable como la presencia de alguna enfermedad o fallo en algún órgano (Coca, et al., 2009; JNC, 2003; OMS, 1993; OMS, 1999).

Dentro de los mecanismos que ayudan a explicar el desarrollo de la hipertensión arterial se encuentra el endotelio vascular; el endotelio vascular es una capa de células que recubren internamente los vasos sanguíneos y proveen la regulación del tono vascular, modulación de inflamación, aumento e inhibición de la agregación plaquetaria y la coagulación. El endotelio produce sustancias vasodilatadoras como el óxido nítrico, prostaciclina, factor hiperpolarizantes y el péptido natriurético tipo C (Hernández y Estrada, 2009).

El séptimo informe del JNC ha propuesto una clasificación de la hipertensión arterial más o menos aceptada generalmente y la divide en dos; la primera llamada HTA Estadio 1, caracterizada por una presión arterial que oscila entre 140/90 mmHg hasta 159/99 mmHg y HTA Estadio 2 con valores iguales o superiores a 160/100 mmHg (JNC, 2003).

La hipertensión arterial también se clasifica según su causa u origen. Cuando hay una causa identificable se denomina hipertensión secundaria. Sus posibles orígenes pueden ser apnea de sueño, efecto de sustancias, enfermedad renal crónica, hiperaldosteronismo primario¹ y enfermedad tiroidea ó paratiroidea, entre otras. Un segundo tipo se denomina hipertensión arterial esencial, clasificada así cuando no hay una causa identificable (JNC, 2003).

Epidemiología de la Hipertensión Arterial (HTA)

A nivel mundial, cerca del 30% de la población adulta mayor de 25 años padece hipertensión (HTA) lo que equivale a cerca de 1, 500 millones de personas, también se considera que la HTA fue la causa directa de aproximadamente 7.5 millones de muertes durante el año 2004 equivalente al 12.8% de las muertes mundiales (OMS, 2012).

En México, la HTA se ha convertido en un serio problema de salud pública, de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) mediante la encuesta nacional de salud y

¹ Secreción excesiva de aldosterona que provoca retención de agua y sal por influjo de los niveles de aldosterona provocando finalmente hipertensión arterial

nutrición (ENSANUT) 2012 la HTA afecta a cerca de 30 mil personas sobre las que se realizó la encuesta (cerca del 30%) lo que coincide con las cifras mundiales (INSP, 2012). De 2006 a 2011, se incrementó la tasa de mortalidad observada por enfermedades hipertensivas en población de 15 años y más es decir, aumentó de 17.67 muertes por cada 100 mil personas a 23.06 muertes (Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática [INEGI], 2012).

Fisiología de la Hipertensión Arterial

Se han estudiado exhaustivamente los diversos mecanismos que se ponen en funcionamiento durante la HTA. Dentro de la fisiología de la hipertensión arterial esencial, se han estudiado diversos aspectos en el desarrollo de ésta, se ha descrito un aumento en la actividad del sistema nervioso simpático (debida muchas veces al estrés psicosocial o “impacto de la vida moderna”) sobreproducción de hormonas ahorradoras de sodio y vasoconstrictoras, alta ingesta de sodio, inadecuada ingesta de potasio y calcio, aumento en la secreción de renina, producción de angiotensina II y aldosterona (SRAA) y deficiencia de vasodilatadores como el óxido nítrico (ON) (Griedling, Sorescu y Ushio-Fukai, 2000).

Factores Psicológicos Asociados a la Hipertensión Arterial

En relación a los factores de riesgo que precipitan la HTA, se han señalado variables de tipo biológico como la obesidad, ingesta de alimentos con alto contenido graso, alcohol, tabaco y sedentarismo (Artigao, 1995; Carpi, Zurriaga, González, Marzo y Buunk, 2007; Coca et al., 2009; García, 1997; Llapapour y González, 2006; Stripping, 1997) y algunos factores psicosociales como la falta de apoyo psicosocial o el estrés psicosocial (Hemmingway y Marmot, 1999; Kuper, Marmot y Hemingway, 2002).

También se han señalado factores de tipo psicológico y emocional como la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa y manejo ineficaz del estrés (Rasul, Stansfeld, Hart, y Davey Smith, 2005; Vögele y Steptoe, 1996). Entre otras reacciones emocionales exageradas o disfuncionales destacan: ira y hostilidad, las cuales también tienen un impacto sobre la regulación de la presión arterial y sobre el curso y desarrollo del trastorno hipertensivo (Chaput et al., 2002; Matthews, Gump, Harris, Haney y Barefoot, 2004; Moreno, Contreras, Araya, Livacic-Rojas y Vera-Villaruel, 2006). Entre otros factores,

algunos autores coinciden en que la HTA se relaciona fuertemente con el estrés sostenido e ineficazmente afrontado (Cohen, 1982; Colunga, 2002; Delgado, 2010; Molerio y García, 2004).

Selye (1956) propone un modelo de adaptación al estrés, denominado Síndrome General de Adaptación, identificando la respuesta del organismo frente al estrés como un conjunto de respuestas fisiológicas; concretamente, definió la respuesta del estrés en términos de activación del eje hipotálamo-córticosuprarrenal, con elevación de la secreción de corticoides y del eje simpático-médulo-suprarrenal, como reacción a estímulos inespecíficos o estresores; cuando la activación es reiterada por constante exposición al estrés se produce el síndrome general de adaptación. El desarrollo de dicho síndrome evalúa cómo la percepción y estilos relativamente particulares de pensamiento pueden incidir fisiológicamente en la actividad neurofisiológica del organismo, volviéndose importante investigar la evaluación del organismo ante algunos factores.

La elevación en la activación del Sistema Nervioso Simpático (SNS) aumenta la presión de sangre, lo cual ayuda al desarrollo de la HTA al estimular el corazón incrementa el gasto cardíaco y aumenta la retención de líquidos (Mark, 1996). La estimulación simpática renal se incrementa en los pacientes hipertensos, lo cual aumenta la reabsorción de sodio y agua, reducción urinaria de la expulsión de sodio y agua lo cual provoca un aumento de la PA (DiBona, 1995).

Otros investigadores como Lazarus y Folkman (1984) definen al estrés como una respuesta inespecífica del organismo en cuanto a su causa, manifestada de modo específico. Según estos autores, el estrés consiste en varias fases:

- 1) Presencia de una situación o evento.
- 2) Evaluación cognitiva por parte del organismo que considera el evento como demandante.
- 3) Una vez evaluado como demandante o como amenaza, tal situación provoca una respuesta psicológica que incluye activación fisiológica, emocional o psicológica del organismo
- 4) Estrategia de afrontamiento al estímulo estresante

Con respecto al aspecto emocional, se ha reportado que reacciones emocionales negativas contribuyen a la precipitación de cuadros de hipertensión, dentro de las que se encuentran la ansiedad, depresión y la ira (Calvo, Díaz, Ojeda y Ramal, 2000; Molerio y García, 2004; Tobal, Casado, Cano y Spielberger, 1997).

Recientemente Magán (2010) propuso el *modelo interactivo persona x situación de reactividad* de la presión arterial, en el cual se plantea que la hipertensión arterial sólo se manifiesta en determinadas situaciones que son relevantes o estresantes para la persona que padece dicha enfermedad. Dicho autor evaluó el perfil psicológico de la hipertensión arterial esencial, concretamente, midió el nivel de control y expresión de ira, encontrando que era menor el control y la expresión de ira de las personas hipertensas en comparación a las que presentaban normotensión (Magán, 2010)

Otra variable que se ha estudiado es la relación entre las creencias y la adhesión terapéutica en pacientes con hipertensión arterial, es decir, pensamientos y creencias que interfieren con un estilo de vida saludable y/o intervienen en cuadros clínicos que precipitan la enfermedad como la ingesta excesiva de lípidos y sodio en los alimentos, un estilo de vida sedentario y falta de actividad física (Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres y Varela, 2006). Además se ha observado que la hipertensión arterial varía mucho en relación a factores sociales y culturales, se ha reportado que un menor nivel socioeconómico, correlaciona positivamente con la hipertensión arterial. (Dressler, 2000)

Estudios han revelado que existe mayor frecuencia de sintomatología ansiosa en pacientes hipertensos en comparación con el grupo de normotensos; así mismo, los pacientes con hipertensión muestran un mayor nivel de depresión en comparación con el grupo que no padecía hipertensión (Han, Yin, Xu, Hong, Liang y Wang, 2008; Vetere, Ripaldi, Ais, Korob, Kes y Villamil, 2007).

Dada la gran incidencia y al ser una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en la población en general, suele afectar particularmente cerca del 10% de las mujeres embarazadas, cuando ocurre en esta población se denomina Enfermedades Hipertensivas del Embarazo (EHE) (American Congress of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2000).

EHE Como problema de salud

Las Enfermedades hipertensivas del embarazo (EHE) se han convertido en problema de salud a nivel mundial, al igual que la hipertensión (HTA) las EHE no sólo son una enfermedad en sí misma sino que además son un factor muy importante para contraer otras enfermedades, también aumentan la tasa de mortalidad en los infantes con madres por preeclampsia hasta cinco veces debido a las complicaciones en el feto. Adicionalmente las mujeres con antecedentes de preeclampsia aumentan el riesgo para padecer enfermedades del corazón y desarrollar o mantener hipertensión arterial después del embarazo. También aumenta el riesgo de sufrir convulsiones (eclampsia). En la tabla 2 se muestran las principales afectaciones y daños al organismo en madres e infantes.

Tabla 2

Principales Complicaciones Maternas y Fetales

<i>Tipo de complicación</i>	<i>Maternas</i>	<i>Fetales</i>
Aguda	Eclampsia (Convulsiones en el embarazo)	Restricción del crecimiento intrauterino
Aguda	Accidente cerebro-vascular	Pérdida de líquido amniótico
Aguda	Desprendimiento prematuro de placenta	Parto prematuro
Aguda	Síndrome de HELLP	Muerte perinatal
Aguda	Síndrome de dificultad respiratoria del adulto	
Aguda	Insuficiencia Renal	
Aguda	Insuficiencia Cardíaca	
Aguda	Muerte materna	
Largo plazo	Hipertensión Arterial Crónica post-embarazo	Enfermedad pulmonar crónica
Largo plazo	Diabetes Mellitus	Retardo Mental

Largo plazo	Accidente vascular cerebral	Enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, preeclampsia en vida adulta
Largo plazo	Muerte prematura	

Fisiología y clasificación de las EHE

Existen cuatro principales formas de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo (EHE) que son descritas a continuación según los lineamientos del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología [ACOG] (ACOG, 2002; IMSS, 2011).

A) Hipertensión Crónica: En este caso la hipertensión se manifiesta antes de la semana 20 de la gestación, y regularmente hay un antecedente de hipertensión previa al embarazo.

Para establecer este diagnóstico en personas que desconocían sus niveles de presión arterial previa al embarazo se diagnostica con hipertensión antes de la semana 20 de gestación pues en ese periodo suele disminuir la presión arterial.

La hipertensión puede clasificarse como de bajo riesgo o de alto riesgo: es de bajo riesgo cuando no afecta algún órgano ni hay antecedente de pérdida perinatal, la de alto riesgo es cuando hay lesiones en órganos y tiene valores iguales o superiores a los 160/110 mmHg.

Dentro de las posibles complicaciones están la aparición de preeclampsia, un riesgo cuatro veces mayor de muerte fetal en comparación con embarazos normales, hemorragia intraventricular, nacimientos prematuros y bajo peso al nacer.

B) Hipertensión Gestacional: Presión arterial sistólica mayor o igual a 140mmHg y/o presión arterial diastólica mayor o igual a 90mmHg en mujeres sin antecedentes de hipertensión, después de la semana 20 de gestación. En dos muestras separadas por un intervalo de 4 ó 6 horas entre una y otra, con ausencia de proteinuria (proteínas en la orina).

C) Preeclampsia/Eclampsia: La preeclampsia se define como la presencia de hipertensión gestacional, con niveles iguales o mayores a 140/90 mmHg en dos registros con una diferencia de cuatro a seis horas entre cada uno en un lapso no mayor de siete días

(Barton y Sibai, 2008) asociada a proteinuria significativa (>300mg en 24 horas) mientras que la Eclampsia además de hipertensión y proteinuria hay un desarrollo de crisis convulsivas en la paciente, esto incluye una falla sistémica generalizada y riesgo de muerte de la madre.

Dentro los distintos tipos de enfermedades hipertensivas del embarazo, en la Preeclampsia (PE) es donde existen mayor número de estudios y descripciones acerca de su funcionamiento y los mecanismos que involucra.

La PE es una respuesta vascular anormal a la placentación que está asociada al incremento en la resistencia vascular, agregación en la mejora de la función plaquetaria, activación del sistema de coagulación, y disfunción endotelial celular (Sibai, 2005; NBHP, 2000)

La preeclampsia es una enfermedad de origen desconocido, que se ha encontrado en personas donde sólo existe trofoblasto² y no hay feto, así como embarazos ectópicos abdominales (no se necesita ni feto ni útero para que se desarrolle). Puede ser curada removiendo la placenta o interrumpiendo el embarazo (Norwitz, Robinson y Reptke, 1999). También está asociada a daño endotelial³ y se manifiesta en todos los sistemas (incluyendo el feto).

Se puede presentar el síndrome fetal, oligohidramnios⁴, restricción del crecimiento intrauterino y alteraciones en la oxigenación (Barton y Sibai, 2008; Sibai, Dekker y Kupferminc, 2005).

Dentro de la preeclampsia, existe daño del endotelio, la hipertensión en sí misma es causa de muerte materna y desprendimiento prematuro de placenta (Hernández y Estrada, 2009). También existe un daño de riñones por preeclampsia lo cual ocasiona proteinuria, la proteinuria produce aumento en la orina, una disminución de gasto cardíaco y disminuye el volumen de sangre, esta disfunción puede generar hipertensión severa.

² Conjunto de células que forman la capa externa del blastocito, el cual provee de nutrientes al embrión y es una parte importante de la placenta.

³ Se le llama endotelio al tejido que cubre el interior de los vasos sanguíneos, el daño en dicho tejido produce deficiencia en producción de otros nutrientes para el buen funcionamiento del organismo

⁴ Falta de líquido amniótico.

Existe también un incremento en las enzimas del hígado y se ha asociado con el pronóstico materno y fetal, es decir, entre mayor número de producción adicional en las enzimas del hígado, mayores probabilidades de mortalidad materna y fetal existen (Girling, 1997).

La eclampsia (EC) comparte el mismo conjunto de síntomas que la PE, pero agregando crisis convulsivas durante el embarazo.

D) Hipertensión Arterial Crónica con Preeclampsia Sobre agregada: Pacientes con hipertensión crónica que presentan elevación de las cifras tensionales (a 140/90 mmHg o mayores) y aparición o incremento de la proteinuria después de la semana 20 de gestación.

A pesar de que las complicaciones en el embarazo debido a la hipertensión son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y fetal, los mecanismos que subyacen a dichas enfermedades no han sido claramente identificados (Leeners, et al., 2007; Sánchez-Rodríguez, Nava-Salazar, Morán, Romero-Arauz y Cerbón-Cervantes .; 2010; Vinaccia, Sánchez, Bustamante, Cano y Tobón, 2005). Aún el tema de la Hipertensión Arterial en el embarazo continúa teniendo diversas incógnitas que derivan de la falta de conocimiento respecto a los mecanismos relacionados con padecerla (Luciano, Pallavi, Villar, y Mark, 2005).

Epidemiología EHE

Las enfermedades hipertensivas del embarazo son la tercera causa de mortalidad materna a nivel mundial, lo cual corresponde aproximadamente al 12% en el mundo ya sea por complicaciones durante el embarazo o el parto, equivalente a 50 mil muertes anuales y se estima que cada siete minutos muere una mujer debido a complicaciones por PE ((Lain y Roberts, 2002; OMS, 2005) aproximadamente 175 muertes por cada 100 mil mujeres (INEGI,2012) y en países en vías de desarrollo como los de América Latina y el Caribe la preeclampsia constituye la principal causa de muerte materna con más del 25% de los casos, (Khan, Wojdyla, Say, y Gülmezoglu, 2006; Magee, Newstead, Yarker-Edgar, Côté y Von Dadalzen, 2008; Villanueva-Egan y Collado-Peña, 2007. Además, este problema de salud es cinco veces mayor como la causa de mortalidad perinatal materna en los países desarrollados (Sanchez-Rodriguez, Nava-Salazar, Morán, Romero-Arauz, y Cerbón-Cervantes, 2010).

En México, no existen datos a nivel nacional sobre morbilidad y mortalidad (Arauz Romero, Tena Alavez, & Jiménez Solís, 2009); sin embargo, se tienen datos de diversas instituciones de salud, por ejemplo, la Secretaría de Salud informa que las enfermedades hipertensivas del embarazo, en su conjunto, representan hasta un 34% del total de las muertes maternas, siendo la principal causa de muerte asociada a complicaciones del embarazo para esta institución (Secretaría de Salud, 2007). Se estima que de cada 100 muertes maternas, 23 se deben a trastornos hipertensivos del embarazo (INEGI, 2012).

Por otra parte, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) reportó que durante el periodo de 2000 a 2003 tuvo una morbilidad hospitalaria de 2.9% de dicha enfermedad (Velasco-Murillo & Navarrete-Hernández, 2006); la Secretaría de Salud refiere que la morbilidad hospitalaria es de 3.75% para las EHE (Secretaría de Salud, 2003). Y El Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) reportó que las enfermedades hipertensivas son la séptima causa por ingreso hospitalario en mujeres embarazadas (SINAIS, 2011).

La Hipertensión Crónica, puede complicar entre el 6 y el 8% de los embarazos. Se estima que puede haber al menos 120,000 embarazos con hipertensión crónica, misma que se ha incrementado por la obesidad y el incremento de maternidades a edades avanzadas (Hernández y Estrada, 2009).

Factores asociados a las Enfermedades Hipertensivas del Embarazo

Hoy día, a pesar de que la etiología es desconocida, existen diversos factores relacionados con las EHE; numerosos estudios abordan desde diferentes perspectivas el problema.

Dentro de los factores que se han asociado a las enfermedades hipertensivas del embarazo se encuentra los biológicos que incluyen los cambios durante el embarazo, los factores genéticos y funcionamiento fisiológico general (Gómez y Aldana, 2007) y algunos factores sociales como presiones familiares, pobreza, trabajo, demandas sociales cómo asumir un rol materno (Grima, Vela y Savona, 2010; Leeners, Neumage-Wagner, Kuse, Stiller y Werner, 2007).

También antecedentes familiares, factores inmunológico (menor exposición al semen de la pareja), edad materna y paterna, nivel socioeconómico (Aali, Ghafoorian y Mohamad-Alizadeth, 2004; Barton y Sibai, 2008; Bodnar, Catov, Roberts y Racial, 2007; Parazzini et al, 1996; Saftlas et al., 2003; Wen et al., 2008).

Tabla 3
Factores de Riesgo Asociados a la Preeclampsia
Modificado de Romero-Arauz (2009)

<i>Factores de Riesgo para la Preeclampsia</i>	<i>Tipo de Riesgo</i>
Primer embarazo	Preconcepcionales
Primipaternidad	Preconcepcionales
Exposición corta al semen	Preconcepcionales
Donación de semen y óvulo	Preconcepcionales
Antecedente de PE en embarazos previos	Preconcepcionales
Antecedentes familiares de PE	Preconcepcionales
Antecedente de resultado gestacional adverso	Preconcepcionales
Hipertensión Arterial (HTA)	Enfermedad Médicas Preexistentes
Diabetes Mellitus Pregestacional	Enfermedad Médicas Preexistentes
Enfermedades de tejido conectivo	Enfermedad Médicas Preexistentes
Nefropatías crónicas	Enfermedad Médicas Preexistentes
Trasplante renal	Enfermedad Médicas Preexistentes
Edad Materna mayor a los 40 años	Asociado al embarazo
Obesidad	Asociado al embarazo
Embarazo Múltiple	Asociado al embarazo

Infección urinaria	Asociado al embarazo
<i>Hidrops fetal</i> ⁵	Asociado al embarazo
Hipertensión gestacional	Asociado al embarazo

Factores bioquímicos

Por medio de análisis de sangre, fluidos corporales y la placenta post parto de las mujeres con preeclampsia, se han descrito algunos factores biológicos que incluyen alteraciones en mecanismos vasculares, cambios en el metabolismo de lípidos y coagulación de la sangre, así como infecciones en vías urinarias que elevan el riesgo de padecer preeclampsia (Vinaccia, Sánchez, Bustamante, Cano, y Tobón, 2006).

Por otro lado, la teoría sobre la fisiopatología de la preeclampsia explica que hay una disminución de óxido nítrico (NO) en mujeres que la padecen. Lowe (2004) realizó una investigación donde se mostró una reducción estadísticamente significativa de aparición de la preeclampsia, en un grupo de mujeres embarazadas a las que les dio L-arginina y vitaminas antioxidantes, comparado con un grupo de mujeres a las que se les aplicó sólo antioxidantes y otro que recibían placebos, concluyendo que la alimentación de L-arginina y vitaminas antioxidantes reducen la incidencia de la preeclampsia en población de alto riesgo.

Factores psicológicos

Vinnacia et al., (2006) en un estudio exploratorio realizado en Colombia, determinan que las embarazadas con preeclampsia, en comparación con un grupo de embarazadas con embarazo normal, presentaron mayores puntuaciones un cuestionario de conducta de enfermedad, principalmente en los factores de hipocondría general, convicción de enfermedad, distorsión afectiva, negación de problemas, irritabilidad y depresión. Tanto el grupo con embarazo normal como el las mujeres embarazadas con preeclampsia, mostraron similitudes en las áreas de percepción psicológica versus percepción somática de la enfermedad e inhibición afectiva.

⁵ Acumulación de líquido debajo de la piel que aumenta el índice de mortalidad en el feto.

Otros autores proponen como hipótesis que durante el afrontamiento de un evento estresante hay secreción de hormonas vasoactivas y otros transmisores neuro-endocrinos, los cuales podrían aumentar el riesgo de hipertensión en las mujeres embarazadas. (Kurki, Hilesmoa, Roitosolo, Mahila, y Likorkola, 2000).

Las mujeres embarazadas con preeclampsia, además de compartir algunos malestares con todas las mujeres embarazadas (por ejemplo náuseas, dolor de cabeza y temor a la pérdida del bebé), sufren malestares que son causados exclusivamente por cuestiones propias de la preeclampsia, debido a las hospitalizaciones prolongadas, la medicación y las continuas evaluaciones médicas, esta misma enfermedad puede alterar el funcionamiento psicológico y afectar la autopercepción del embarazo, provocando mayores quejas somáticas, en comparación con mujeres con un embarazo normal (Salvatierra, 1989).

En un estudio realizado en Colombia se creó un inventario para evaluar el estrés prenatal en pacientes con preeclampsia a través de una entrevista semi estructurada para eventos estresantes y otros aspectos del embarazo, encontrando tres categorías de eventos estresores del embarazo mismo: 1) estado físico materno; 2) amenazas al bebé y 3) amenazas asociadas al parto y 4) hechos externos al embarazo. También suelen tener preocupaciones frecuentes sobre algún problema de salud inespecífico, es decir, temen padecer cualquier enfermedad (Flórez, 1999).

Otros factores que se han asociado a la elevación de presión arterial son el nivel socioeconómico, los conflictos sociales, desarrollo cultural y estrés laboral (Armario y Hernández, 2002; Steptoe, Copley y Joeke 1997; Torres, Lardoeyt y Lardoeyt, 2009).

Factores de Malestar en el embarazo

Algunos estudios reportan que hay reacciones emocionales que son propias de las mujeres embarazadas, algunas de ellas son de tipo depresivo, mostrando hipersensibilidad emocional, pesimismo, preocupación e interés significativo por la salud. Dentro de las alteraciones psicológicas encontradas están los trastornos de adaptación, estado de ánimo y ansiedad (Gómez y Aldana, 2007).

Salvatierra (1989) menciona que el embarazo es estresante en sí mismo ya que los cambios biológicos que la acompañan como las náuseas, vómito, y mareos que pueden alterar el estado emocional de las mujeres embarazadas, lo que aumenta las “presiones percibidas”.

Además hay un gran impacto emocional en las mujeres embarazadas con embarazo de alto riesgo (Torres, 2004). El estrés y la ansiedad se elevan en aquellas mujeres que tienen complicaciones durante su embarazo (Leeners, Neumaier, Kuse, Stiller, y Rath, 2007). En un estudio sobre dificultades perinatales, se encontró que en las gestantes que tienen una acumulación de eventos estresantes y ansiedad, el riesgo relativo de padecer alguna enfermedad hipertensiva era aproximadamente cuatro veces mayor, este riesgo se incrementaba nueve veces más cuando la gestante percibía que no existía el apoyo de la familia o la pareja (Cáceres y García, 2000).

En otra investigación, Quintero (1995) estudió las creencias de mujeres embarazadas para el cuidado prenatal encontrando que entre mayor era el grado de gravedad percibida por las embarazadas, mayor era el cuidado que ellas se procuraban; en pocas palabras, se puede decir que una creencia nos llevará a realizar, o no, tareas o estrategia, apoyando además que creencias determinarán gran parte de las acciones tomadas.

Tratamientos en Hipertensión Arterial

Dada la alta incidencia de esta enfermedad en la población, se ha tratado de intervenir de distintas formas para disminuir la presión arterial y procurar un mayor pronóstico y calidad de vida para las personas con HTA (Coca et al. 2009; Sociedad Europea de Hipertensión [ESH], 2007; ESC, 2007).

Tratamiento Farmacológico

Normalmente el tratamiento farmacológico no es de elección inmediata en el paciente hipertenso a menos que esté acompañada la hipertensión con cuadros clínicos adicionales como daño en órganos o enfermedades como la diabetes mellitus o se trate de hipertensión grave (Coca et al., 2009; ESH, 2007; ESC, 2007).

Existen cinco principales hipertensivos utilizados en el tratamiento que se describen brevemente a continuación:

- 1) Inhibidores adrenérgicos (Alfa y Beta). Los betabloqueadores afectan directamente al corazón, propiciando que éste tenga un latido de menor fuerza.
- 2) Diuréticos: éstos eliminan sal de los riñones, en consecuencia, los vasos sanguíneos absorben menos agua, lo que a su vez disminuye la presión arterial.
- 3) Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA): estos inhibidores relajan los vasos sanguíneos, lo que reduce la presión arterial.
- 4) Bloqueadores de los receptores de angiotensina II (ARA II): al igual que los IECA, inhibidores de angiotensina relajan los vasos sanguíneos.
- 5) Bloqueadores de los canales del calcio: obstaculizan la entrada de calcio en las células, dicha acción relaja los vasos sanguíneos.

Desafortunadamente, los medicamentos suelen tener efectos secundarios, como mareo, dolor de cabeza, sentimiento de cansancio general o disfunción sexual en hombres y mujeres, por mencionar algunos (Bulpitt et al., 1999; Kaplan, 1997). (ver tabla 4).

Tabla 4	
Principales Efectos secundarios según el tipo de fármaco	
<i>Tipo de Fármaco</i>	<i>Efectos secundarios</i>
Diuréticos	Alcalosis metabólica, deshidratación, intolerancia a la glucosa
Alfabloqueadores	Hipotensión de primera dosis, Aumento de secreción gástrica
Betabloqueadores	Bradicardia, astenia, frialdad de extremidades, congestión nasal, dislipidemia, intolerancia a la glucosa
IECA	Tos (5%-20%), hipotensión en primeras dosis, disfunción sexual
ARAII	Deterioro agudo de función renal
Calcioantagonistas	Edemas en extremidades inferiores, cefalea, palpitaciones, sofocos, enrojecimiento facial

Nota: Displidemia es un conjunto de condiciones cuyo único donde existe una alteración del metabolismo de lípidos.

Dentro de las contraindicaciones está el embarazo, hipotensión, gota, arteriopatía, deportistas, actividad física importante, depresión e insuficiencia cardiaca (Guía española de HTA, 2005).

Tratamientos No Farmacológicos de la Presión Arterial

Debido a que el proceso de reducción de niveles de presión arterial es lento (efectos que se pueden observar hasta después de 5 años de medicación) y muchas veces poco notorio (Hernández y Estrada, 2009) se implementan regularmente medidas no farmacológicas para el tratamiento de la HTA.

Los primeros tratamientos consisten en la modificación de la dieta (consumo de sodio y potasio principalmente), aumento de ejercicio físico (Cambios de estilos de vida) para la disminución de factores de riesgo como la obesidad, cuando no después de eso no hay cambios en la presión arterial, procede a medicación (ESH, 2007; ver tabla 5).

Tabla 5

Criterio para la medicación en el tratamiento de la hipertensión

<i>Tipo de Hipertensión</i>	<i>Cambio de estilos de vida (CEV)</i>	<i>Medicación</i>
Grado 1 de 140/90 hasta 159/99 mmHg	Inmediato	Si después de algunos meses de CEV no hay mejora en la PA
Grado 2	Inmediato	Si después de algunos meses de CEV no hay mejora en la PA
Grado 3	Inmediato	Inmediato
Diabetes	Inmediato	A considerar en presión de hasta 139/89 mmHg
Enfermedad Renal	Inmediato	

Entre estas medidas se encuentran la restricción de ingesta de sal, reducción de ingesta de alcohol, eliminar consumo de tabaco, reducción de sobrepeso y técnicas de relajación y técnicas de retroalimentación biológica (Coca et al. 2009; Paffebarger et al., 1993; van

Montfrans, Karemaker, Wieling y Dunning, 1990) así como ejercicios de relajación, y terapia psicológica que se describe más detalladamente a continuación.

Aproximaciones psicológicas al tratamiento de la Hipertensión Arterial: Psicoterapia Cognitivo-Conductual

Al ser la hipertensión arterial una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, además del tratamiento médico habitual mediante el uso de fármacos que suele provocar efectos secundarios, se han investigado formas de tratar y disminuir la presión arterial mediante diversos enfoques de tipo psicológico. Una de las aproximaciones al tratamiento y al abordaje de la hipertensión arterial, desde este punto de vista o es la terapia cognitivo conductual (TCC) (Cerezo y Hernández, 2009; García, 2004; Moreno y Contreras, 2006; Riveros y Sánchez-Sosa, 2005).

Investigaciones recientes exploraron técnicas cognitivo-conductuales y de retroalimentación biológica. Linden y Moseley (2006) realizaron un meta análisis donde detallan que las dos estrategias de mayor uso para pacientes hipertensos se enfocaban en técnicas de control sobre el estrés y activación fisiológica son:

- a) Entrenamiento en habilidades de autoregulación de los pacientes mediante relajación, meditación y biofeedback con el fin de reducir la activación fisiológica producida en respuesta al estrés.
- b) Entrenamiento en solución de problemas, asumiendo que el estrés es un proceso complejo y multifactorial que incluye una amplia gama de estímulos disparadores, conductas de afrontamiento, cogniciones y respuestas fisiológicas. Algunos de estudios revisados probaron la eficacia de técnicas como: retroalimentación biológica y el entrenamiento autógeno (Blanchard et al. 1988; Fahrion, Norris y Green, 1986; McGrady & Higgins, 1989), desensibilización sistemática y la solución de problemas (Ceballos & Laguna, 2004).

Cerezo et al. (2009) tomaron en cuenta los eventos que las personas consideran estresantes, específicamente los “eventos estresantes recientes”. La intervención tuvo una duración de cuatro sesiones, durante las cuales se enseñaron distintos tipos de relajación autógena y

TREC (reestructuración cognitiva) concluyendo que hubo un cambio significativo en el manejo de estrés, encontrando diferencias significativas pre-post en la cantidad de eventos negativos reportados y en el puntaje total de distrés, concluyendo al final que el manejo de estrés es una alternativa no farmacológica en el tratamiento de la PA.

Miguel-Tobal et al. (1994) realizaron una intervención cognitivo-conductual que consistió en un total de 14 sesiones: 3 sesiones informativas; 5 sesiones de técnicas de respiración y relajación muscular, 3 sesiones de técnicas de resolución de problemas y 3 sesiones de técnicas de cambio de hábitos de vida basadas en el autocontrol. Dentro del entrenamiento en solución de problemas se incluyó el método de reestructuración cognitiva y entrenamiento en autoinstrucciones. Al final se concluye que hay una mejora significativa en “confianza en sí mismo” al resolver problemas, descenso en ansiedad, disminución de ira interna y menores valores de presión arterial de 151/94 a 132/81 mmHg.

Holst y Quirós (2011) también realizaron una intervención basada en TREC para pacientes hipertensos, los cuales hicieron un diseño cuasi experimental, con ocho sesiones de trabajo donde se expuso a los participantes al Modelo ABC de la TREC, debate y revisión para casa, al final concluyen que la TREC tiene efecto en la disminución de ira, ansiedad y niveles de presión arterial de 148/93 a 119/76 mmHg en promedio de los cuatro pacientes.

Molerio y García (2004) realizaron un estudio exploratorio para determinar el estrés que se mantiene en las personas con hipertensión, reportando que los pacientes hipertensos tienen un nivel mayor de estrés así como vulnerabilidad a éste y mayores vivencias negativas en comparación con las personas que no tienen hipertensión arterial.

Así mismo, Riveros (2007) reportó reducir con éxito la PA en pacientes hipertensos de la ciudad de México utilizando técnicas de autorregulación emocional y manejo del estrés (relajación muscular progresiva, respiración diafragmática, solución de problemas y reestructuración cognitiva). El estudio de Riveros demostró la utilidad de dichas técnicas no sólo para la PA, sino también para el incremento de la temperatura periférica, la adhesión a los tratamientos médico-farmacológicos, el control de la ansiedad y depresión y el incremento en la calidad de vida, logrando reducir su presión arterial media en casi 10mmHg además de mejora en áreas como dependencia del médico y aislamiento.

De acuerdo con la literatura revisada se puede observar la efectividad en las técnicas de tipo cognitivo-conductual para la reducción de presión arterial y niveles generales de estrés, concluyendo que dichas técnicas y aproximación terapéutica son sumamente útiles en el tratamiento de la hipertensión arterial.

Tratamientos EHE

El tratamiento de la hipertensión arterial en el embarazo, a diferencia del tratamiento habitual, difiere debido a que la terapia debe ser corta y los beneficios no son tan evidentes en tan corto tiempo, además de que la exposición a efectos de fármacos incluyen al feto puede producir daño en éste; con la idea de minimizar los riesgos de la madre y una supervivencia neonatal, por lo regular se incluye el “consejo y educación preconcepcional, cuidados prenatales tempranos y consultas frecuentes.

El uso de fármacos en el tratamiento con hipertensión de bajo riesgo es un tema de debate pues además de no reducir significativamente los niveles de presión arterial, el uso de antihipertensivos aumenta el riesgo de displasia renal, hipoplasia pulmonar y retardo en el crecimiento intrauterino. En la tabla 6 se muestran los riesgos de usar medicamentos hipertensivos durante el embarazo.

Tabla 6

Riesgos del uso de hipertensivos durante el embarazo

<i>Reductores de Presión Arterial</i>	<i>Observaciones</i>
<i>Hidralazina</i>	No recomendado por las guías europeas
<i>Labetanol</i>	Evitarlo en mujeres con asma y/o insuficiencia cardiaca
<i>Nitroprusiato de sodio</i>	Elección en crisis hipertensiva, puede provocar intoxicación por tiocianatos
<i>Nitroglicerina</i>	De elección en presencia de edema agudo pulmonar

<i>Tratamiento para mantener la PA</i>	
<i>Metildopa</i>	Seguro en el embarazo
<i>Labetanol</i>	No disponible en México
<i>Atenolol</i>	Se asocia a retardo en el crecimiento uterino
<i>Propranolol</i>	Se recomienda en enfermedades tiroideas
<i>Hidralazina</i>	Uso en casos de hipertrofia ventricular izquierda
<i>Inhibidor de la ECA o bloqueador de receptor de angiotensina</i>	Contraindicados

Nota: PA = Presión arterial

Se puede utilizar fármacos como nifedipino o labetalol, sin embargo, debe haber un monitoreo constante del feto para la posible presencia de crecimiento fetal anormal u oligohidramnios⁶ debido al medicamento utilizado, de otra manera, puede continuar el embarazo hasta el término.

En cuanto a la hipertensión severa durante el embarazo no hay datos que muestren una mejora, sin embargo, el uso de antihipertensivos disminuye el riesgo de daños mayores como encefalopatía hipertensiva, insuficiencia cardiaca o falla renal.

Además, existe un riesgo, aunque relativamente bajo, de que se den algunos efectos secundarios al consumir hidralazina como son hipertensión persistente, desprendimiento de placenta, necesidad de cesárea, taquicardia, cefalea, apgar bajo, síntomas visuales maternos (Estrada y Aldana, 2009).

En caso de haber alguna complicación, está indicado la interrupción del embarazo antes de la semana 24 de gestación, de otra forma se puede proceder a la interrupción entre la semana 36-37 después de haberse cerciorado de la maduración de los pulmones del feto.

⁶ Falta de líquido Amniótico

Tratamientos Psicológicos para EHE

Desafortunadamente, existen muy pocas terapias distintas de las farmacológicas (por ejemplo cognitivo conductual) que parecen reportar cambios en la variable de PA, estilos de vida, estilos de afrontamiento y algunos otros en las EHE.

Dentro de las pocas intervenciones para la reducción de la presión arterial en el embarazo se han propuesto diversas técnicas del tipo cognitivo conductual que se mencionan a continuación.

De los primeros estudios en esta población con aproximación psicológica fue hecho por Kimzey (1986), en la investigación se compararon los efectos de una intervención psicofisiológica- conductual basada en los métodos de relajación y biofeedback con tratamiento médico habitual en mujeres con Hipertensión Gestacional (HG), participaron 24 mujeres con HG las cuales fueron asignadas aleatoriamente al grupo control o de tratamiento. La condición control consistió en la prescripción médica habitual de restricción en actividades físicas. La condición de tratamiento incluyó automonitoreo de la PA, entrenamiento en técnicas de relajación y biofeedback.

Al final se reportan que los valores de PA fueron significativamente menores en el grupo experimental, incluyendo la última medición de PA previa al parto. Los valores de PA incrementaron a lo largo del estudio para el grupo control mientras que el grupo en tratamiento psicofisiológico mantuvo niveles de PA estables. Desafortunadamente no se controló la variable de adhesión al tratamiento médico; es posible que las mujeres que recibieron el entrenamiento psicofisiológico hayan sido las “más motivadas” volviéndose más adherentes que las otras, por el sólo hecho de recibir atención psicológica, información y entrenamiento adicional al tratamiento rutinario.

Flórez-Alarcón y Rodríguez (2001) realizaron un análisis experimental de un programa de atención psicológica a pacientes con preeclampsia (APPRE), el mismo que consistió en tres módulos: 1) entrenamiento autógeno; 2) información sobre embarazo, parto y la preeclampsia; y b 3) reestructuración cognitiva. El programa se aplicó a 60 pacientes divididas en 5 grupos de a 12 pacientes cada uno; 4 con distintos niveles en el tratamiento y un grupo control. Los autores evaluaron estrés prenatal, ansiedad, depresión y afrontamiento, además de presión sanguínea, proteinuria y tasa cardiaca como indicador

biológico. El factor con mayor impacto en el APPRE fue el estrés referido a factores internos al embarazo, siendo estadísticamente mayor en el grupo experimental; reportando un especial beneficio sobre los módulos de información y reestructuración cognitiva, éste efecto se vio reflejado en reducciones significativas para afrontamiento emocional e incrementos no significativos para el afrontamiento centrado en la solución de problemas, también mejoras significativas en cuanto a la presión sanguínea, para los cuatro grupos se apreció una disminución significativa de la PA en comparación con el control; sin embargo, no se describen a detalle el módulo de reestructuración cognitiva, aun cuando mencionan los autores que fue un elemento “altamente beneficioso”.

En un estudio más, Somers, Gevirtz, Jasin y Chin (1989) probaron los efectos de una intervención bio-conductual. Con el objetivo de reducir la PA en 45 mujeres con enfermedades hipertensivas del embarazo. Las participantes fueron signadas aleatoriamente a tres grupos. El grupo control recibió el tratamiento médico común (reposo en cama y monitoreo de la PA). El segundo grupo recibió el tratamiento médico tradicional y entrenamiento en adhesión terapéutica. Por último, el tercer grupo recibió los dos tratamientos anteriores más una intervención bio-conductual que consistió en: 1) psicoeducación, 2) mejoramiento de la adhesión terapéutica, 3) relajación inducida y entrenamiento en calentamiento de manos; y 4) imaginación guiada, ésta intervención estuvo dividida en cuatro sesiones de una hora.

La PA disminuyó significativamente para seis de las 15 pacientes del grupo de manejo bio-conductual, mientras que para los dos grupos restantes la PA pareció inclusive incrementar.

Como se puede apreciar, la contribución de la terapia cognitivo conductual para el tratamiento de la HTA parece ser favorable; sin embargo, la falta de estudios en el campo deja abierta la posibilidad de seguir siendo estudiado, además de poder crear terapias específicas con posibilidad de ser generalizadas a este tipo de población.

Importancia de las cogniciones: creencias y pensamientos

En la mayoría de las intervenciones que se han reportado, se incluye el componente de la reestructuración cognitiva el cual consiste en identificar creencias, expectativas y pensamientos de las personas que son la estructura de patrones afectivos y de conducta inadecuados para finalmente poder cambiarlos (Buela-Casal, Sierra y Cano, 2001; Carrasco, 2000; Valdovinoitt, Olave, Quezada, Soto y Vera-Villaroel, 1999).

En las Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC) se abordan tres aspectos fundamentales: las cogniciones, las emociones y las conductas instrumentales. Las conductas instrumentales como las implicadas en disminuir las respuestas disfuncionales de las personas o de los individuos; las emociones disfuncionales que generan malestar; y las cogniciones tales como la evaluación de patrones de pensamiento del individuo, para finalmente repercutir en su conducta.

Para todas las TCC existen varias premisas compartidas como el hecho de que los sujetos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos, no a los hechos mismos; que las emociones y conductas pueden ser mediadas y cambiadas por las cogniciones y que algunos tipos de cognición pueden ser evaluados y registrados.

Desde el enfoque terapéutico Cognitivo-Conductual, el papel de la cognición es de suma importancia, y es conceptualizada de la siguiente manera: la cognición está constituida por: *estructuras cognitivas*, es decir la forma en que se organiza la información; *contenido cognitivo* que se refiere a las creencias, información y contenido real almacenado en memoria; y *procesos cognitivos* que son la manera en que se recibe, almacena, transforma y sale la información (Lega y Ellis, 1993)

Brewin (1988) propone que hay cogniciones accesibles a la consciencia y también hay cogniciones menos accesibles que se denominan “esquemas” los cuales están compuestos por el contenido y la estructura cognitiva; los esquemas son reglas inflexibles o suposiciones que se desarrollan a partir de experiencias tempranas pasadas y son la base para codificar la información, así mismo evalúan y categorizan las experiencias y la información recibida, analizándola, comparándola y almacenando lo que sea de mayor relevancia para el organismo o el individuo.

La TCC también supone que las perturbaciones emocionales se dan por deficiencias cognitivas, distorsiones cognitivas o sesgos cognitivos que son “fallos” o percepciones erróneas de la información que se reciben y se interpretan; así mismo, la información que se procesa de manera automática es difícilmente cambiante pues casi de inmediato se produce una respuesta a estímulos, respondiendo de una forma más o menos conocida. En cuando al procesamiento consciente, a diferencia del automático, es adaptable y tiene una gran flexibilidad para modificar la conducta.

Por su parte, Ribes y Sánchez-Sosa (1994) definen las creencias como dimensiones compartidas por las acciones de un individuo que funcionan como fundamento de lo que hace, pero que sólo se pueden inferir y describir a partir de las propias acciones, y de las consecuencias y circunstancias de sus acciones pasadas y las de otros. Las creencias son formas de describir el sentido que articula a un conjunto de prácticas en contexto, en la medida en que, si no se dieran esas prácticas “estructuradas de manera particular”, la actuación del individuo carecería de sentido.

Actualmente, una de las terapias Cognitivo-Conductual más utilizadas y con gran apoyo empírico es la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) la cual pone principal atención en el aspecto cognitivo y es considerada como la primera terapia cognitivo conductual propuesta por A. Ellis, seguida de otras propuestas por autores como Beck, Meichenbaum, D’Zurilla y Golfried, Rehm, Young, entre otros (Lega, Caballo y Ellis, 1997)

Terapia Racional Emotiva Conductual

La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) tiene sus orígenes en la filosofía romana, griega, estoica y budista, a pesar de ser distintas, éstas filosofías comparten varios aspectos, entre ellos, que no hay una razón intrínseca para que las personas se sientan “perturbadas” o molestas, sino que es en gran medida las creencias que tienen estas personas las que hacen o provocan cierto malestar en las personas que así lo experimentan (Ellis, 1997).

Para Ellis (1997) las percepciones alteradas de los acontecimientos o sesgos cognitivos son lo que producen el malestar o disfunción, a esto él llama *creencia irracional* y constituye una parte fundamental de su modelo teórico; una creencia irracional forma parte de los

rasgos cognitivos de la persona y es una percepción errónea y sin evidencia empírica de los hechos de acuerdo a su marco de referencia por el cual interpreta de esa manera e influye de manera significativa sobre los pensamientos, sentimientos y conductas de las personas. Ellis define una creencia irracional (CI) como aquellos pensamientos con una nula validez empírica, por lo regular son fijas y no tienen un sustento real.

Ellis (1977) clasifica, sin un orden jerárquico, en 11 las principales creencias irracionales que considera son base de las neurosis en las personas, describiéndolas de la siguiente manera:

1.- *Idea de que es necesario para un adulto el ser amado y aprobado por prácticamente toda persona significativa de su comunidad:* En primer lugar es irracional porque es imposible tener la aprobación de todos, por definición siempre habrá alguien a quien no le caigamos bien; además al ser siempre complaciente es muy probable que, lejos de conseguir la aprobación, se consiga desaprobación del resto de las personas.

Una de las cosas que pueden hacer para “combatir” con este tipo de idea es erradicar la necesidad excesiva de aprobación pues conlleva mucha ansiedad, comprender que la autocomprensión y autoconsideración vienen desde el cariño propio y no de los demás, preguntarse *¿Qué quiero hacer en realidad en mi vida? Y no “¿Qué creo que les gustaría a los demás que yo hiciera?”*

2.- *Idea de que para considerarse a uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles:* Es irracional porque ninguna persona es competente en todos los aspectos de su vida, muchas veces ni siquiera en muchos. Intentar tener éxito está bien, pero exigirse a uno mismo produce gran ansiedad y frustración constantes pues inevitablemente se equivocarán o no destacarán en algún aspecto de su vida. También la preocupación en exceso de ser competente en todo por lo regular resulta en un miedo a cometer errores y por consiguiente se tiende a fracasar por la preocupación.

Cuando se intenta actuar bien es preferible hacerlo por la satisfacción propia, así como luchar por la superación en lugar de querer ser mejor que los demás; para conseguir actuar

bien ante algún problema es recomendable aprender a aceptar sus errores y confusiones para actuar de la mejor manera en una situación similar.

3. *Idea de que cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad:* Esta idea proviene de una doctrina religiosa por lo que no puede ser refutada en términos científicos ni empíricos. Aun cuando una persona haya actuado de una manera errónea o inmoral (por cualquier circunstancia) es ilógico denigrarlos como seres humanos pues “una mala acción no hace una mala persona”; además en su condición real, el ser humano es falible y por tanto es totalmente esperable alguna equivocación.

Es preferible reeducarlos de manera objetiva por actuar como lo han hecho, de esta manera se esperaría que los errores cometidos se redujeran o bien no se repitan pues se tiene la creencia de que si se les castiga severamente se “abandonará” el camino del mal, lo que, en la práctica resulta falso.

4. *Idea que es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría:* El hecho de que una persona se sienta abatida y triste por las cosas no han marchado como se les quiere es normal, pero el hecho de que se sientan permanentemente deprimidos por ello es ilógico pues es como pensar que las cosas deban ser tal cual se quiere además de que no mejoraría en nada la situación el malestar que se provoca. Lo que se puede hacer para sentir los hechos menos catastróficos es tratar de sacar el máximo provecho a las situaciones adversas para tratar de hacerlas en medida de lo posible, lo más cercano a nuestro sentir así como aprender de nuestros errores nos ayudará a evitar futuros acontecimientos desagradables.

5. *“La desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene poca capacidad o ninguna de controlar sus penas y perturbaciones:* De las pocas cosas que pueden causar un daño externo de una persona a otra son los ataques físicos deliberados, pero en cuanto a los ataques verbales en más bien la interpretación de las personas la que provoca ese daño a sí mismo pues como diría Shakespeare: “No hay nada triste en la vida, es el pensamiento el que hace que sea así”. Es recomendable que las personas puedan observar con detenimiento porqué cierta actitud o palabra de las otras personas les causan ese “terrible

mal” o preocupación, es donde se puede ir hacia el origen de tal malestar y poder cambiarlo para una vida más plena.

6. *“Si algo eso puede ser peligroso o temibles se deberá sentir terriblemente inquieto por ello, deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra”*: Es cierto que el miedo plantea la posibilidad de hacer frente o evitar algún peligro, sin embargo, cuando el miedo es exagerado o constante produce sentimientos constantes de ansiedad y perturbación, lo que no sólo no evita que suceda sino que muchas veces incrementa la posibilidad de que ocurra al no saber cómo actuar ante tal hecho.

7. *“Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida”*: Un pensamiento como este es irracional porque por lo regular cuando alguien evita algún problema se tiende a criticar por no haberlo hecho pues el problema no desaparece con evitarlo ocasionando así un malestar duradero y constante, además de que es común que una persona tienda a disfrutar más de la vida cuando se tienen proyectos y se está entusiasmado por ello.

8. *“Se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quien confiar”*: Aunque en la actualidad se “depende” en cierto sentido de los demás, no hay razón para pensar que es absolutamente necesario depender de ellas hasta llegar al punto de hacer las cosas por los demás y no por uno mismo. Una autoconfianza implica independencia pues de lo contrario se tenderá a dejar de lado muchas cosas que nos producen placer y sentirnos mal con nosotros mismos. En lugar de estar a merced de los demás un individuo deberá hacer todo lo posible por sostenerse sobre sí mismo y pensar y actuar como crea conveniente.

9. *“La historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual, y algo que ocurrió alguna vez y le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente”*: Esto es irracional pues si alguien vivió algún hecho desafortunado, el creer que siempre lo seguirá supone que se sobregeneralizará el malestar y se actúe, o no, de la misma manera, sin embargo no es cierto pues algo que nos pudo haber servido hace algunos años puede no ser útil actualmente; por lo general existen varias formas de resolver un problema según lo requiera la situación y esto no está mediado por una forma de resolución previa. Es

importante entender que siempre se puede actuar de forma distinta, aprender de los errores y hacer “mejor” el día de hoy, así como detenerse a pensar lo mejor forma de dar solución a lo actual.

10. *“Uno deberá sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás”*: Normalmente los problemas de los demás tienen poco a nada que ver con los propios pues todos somos diferentes entre nosotros. El que nos preocupemos por los demás, castigemos, enojemos o critiquemos al resto difícilmente cambiará el actuar o pensar de ellos. Algo que se podría hacer es primero preguntarnos si realmente vale la pena preocuparnos por su conducta desde su y nuestro punto de vista y si además eso implica que podamos ayudarlos a cambiar; segundo, si alguien nos preocupa auténticamente, lo más que podemos hacer es no preocuparnos demasiado sino de forma objetiva y tranquila tratar de hacerles ver sus errores y ayudarles con comprensión y cariño en sus problemas y situaciones adversas. Por último, si no se puede cambiar sus conductas, ayudarnos a nosotros mismos a estar menos enojados por ello y renunciar a la idea de mejorar una situación mala.

11. *“Invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos, y si esta solución perfecta no se encuentra sobreviene la catástrofe”*: En general en el mundo y en especial hoy día, siempre hay una posibilidad o una perspectiva distinta para dar solución a algún problema humano, sin embargo, se vuelve catastrófico para algunos el no actuar de la manera en la que uno esperaría “lo mejor”. El perfeccionismo suele limitar las posibilidades de solución de problemas y produce una frustración bastante grande. Habrá que meditar sobre “¿cuál es la mejor forma de conseguir aquello que quiero?” así como saber que es humano equivocarse y por tanto es muy probable que nos equivoquemos o fallemos en algo y no por eso perdemos nuestro valor como seres humanos y de esta manera seguir experimentando, construyendo e intentando para encontrar cada vez mejores soluciones a nuestros problemas o adversidades.

A partir de esto estas 11 ideas irracionales, se derivan tres conclusiones principales: necesidades perturbadoras o “mustubating”, tremendismo (“es terrible que esto pueda estarme pasando a mí”); 2) baja tolerancia a la frustración (“No puedo soportar esto que me está sucediendo”) y 3) condenación (hacia los demás o hacia uno mismo) se puede

ejemplificar con la frase “Es un maldito por hacerme esto” o bien “soy un inútil o despreciable por haber realizado esa acción”.

Este tipo de creencias, facilita sesgos o distorsiones cognitivas como sobregeneralizaciones de eventos negativos en la vida (“si algo me salió mal, seguro volverá a pasar”, “las cosas siempre me salen mal cuando salgo a la calle”); profecías que se autocumplen “siempre he sido muy torpe, no podría actuar de otra forma”; atención selectiva en lo negativo, descalificación de lo positivo, razamiento emocional (“como lo siento, seguro es cierto”), estos sesgos normalmente tienen consecuencias negativas sobre las personas, derivando en sufrimiento emocional o psicopatologías.

Dentro de la TREC se considera un sistema A-B-C para tratar de explicar el malestar en las personas de la siguiente manera: Un acontecimiento (A) es interpretado por la persona (B) lo que corresponde a su creencia y esta creencia llevará al individuo a tener una reacción emocional o conductual (C). Por ejemplo, si una persona ignora a otra al pasar por la calle (acontecimiento, A) y la persona en cuestión piensa “No puedo soportar que alguien me ignore” (pensamiento, B) lo llevará a una respuesta (C) emocional como ira, depresión, frustración o respuesta conductual como evitación de las personas o dejar de hacer algunas actividades.

Muy brevemente, en la intervención basada en la TREC, se busca en primer lugar identificar las ideas irracionales que se tienen, posteriormente cambiar las creencias irracionales con el fin de conseguir una “nueva filosofía de vida”, es decir, que hay consecuencias indeseables, no “terribles”, que ciertos sucesos pueden provocarnos cierta incomodidad pero no son “insoportables”, que la gente no debe valorarse por sus acciones y que una mala acción no conllevo a ser una “mala persona” y, de manera general, cambiar las conclusiones ilógicas de los acontecimiento por ideas más “razonables” con apoyo empírico.

Medición de Creencias Irracionales:

De las 11 ideas irracionales que Ellis propuso en 1962: 1) Necesidad de Aprobación de los demás; 2) altas auto-expectativas; 3) Tendencia a culpabilizar; 4) Reacción a la frustración; 5) Control emocional; 6) ansiedad acerca del futuro; 7) Evitación de problemas; 8)

dependencia de otros; 9) indefensión acerca del cambio; 10) Preocupación excesiva por los demás y 11) perfeccionismo; Jones (1968) realizó uno de los primeros intentos que se hicieron para medir dichas creencias, él intentó medir las ideas irracionales, construyendo un instrumento retomando 10 de las 11 ideas irracionales propuestas por Ellis, no tomando en cuenta la idea 10 (Preocupación excesiva por los demás); sin embargo, el cuestionario no fue validado ni confiabilizado, aun así es útil como una primera aproximación a la realización de un cuestionario para medir creencias irracionales.

En tiempos más actuales, Calvete y Cardeñoso (1999) realizaron un análisis factorial de dicho instrumento, resultando 8 factores: Necesidad de aprobación, altas autoexpectativas, culpabilización, control emocional, evitación de problemas, dependencia de los demás, indefensión acerca del cambio y perfeccionismo. Se eliminaron 48 ítems del test de creencias irracionales (IBT). En 2001, los mismos autores realizaron una nueva versión de la versión abreviada del test, se quitó la subescala que contenía 2 reactivos y se eliminaron 3 reactivos.

Posteriormente, Jurado (2010) elaboró un instrumento denominado “Registro de opiniones” donde se clasificaban 10 de las 11 ideas irracionales propuestas por Ellis (1986) definiéndolas como aquellas creencias que pueden afectar la vida de la persona de forma negativa y provoca malestar emocional y psicológico, tomando el ejemplo de Jones (1968), con 10 ítems por cada una de estas ideas dando un total de 100 reactivos, de un estilo dicotómico (acuerdo/desacuerdo) adaptando la redacción de los reactivos a una población mexicana, cambiando algunas frases para que fueran adecuadas a dicha población, teniendo una validez de contenido mediante la calificación por 5 jueces expertos en TREC. Determinando al final que es un instrumento confiable ($KR-20 = .96$) y un valor de significancia de $p < .001$ en 96 reactivos de los 100 utilizados.

Haciendo un meta análisis de los distintos instrumentos diseñados para medir las ideas irracionales, Terjesen Salhany y Sciutto (2009) consideran que hay ítems que contaminan los reactivos al incluir reacciones emocionales y conductas, no sólo creencias. Además dan recomendaciones para futuras escalas, entre ellas se destacan cuatro: 1) Que los ítems reflejen efectivamente las creencias, no reacciones emocionales o conductuales; 2) Una escala dicotómica (acuerdo/desacuerdo) no es suficiente para medir la intensidad o

frecuencia de las ideas irracionales; 3) se debe incluir frecuencia, intensidad y duración de las creencias; así como validación para poblaciones específicas y; 4) Se puede incluir validez de contenido según expertos en TREC para un mayor soporte de la escala propuesta.

Justificación.

En cuanto a las enfermedades hipertensivas del embarazo en concreto, existen realmente pocas investigaciones que tengan un abordaje psicológico, esto resulta importante ya que la disminución en presión arterial suele ser poco efectiva mediante fármacos o estar contraindicada, en este sentido, la terapia cognitivo conductual ha demostrado ser una buena opción para lograr una mejoría en la salud y calidad de vida de las personas, haciendo necesario implementar intervenciones breves pues una acción que suele tomarse durante la aparición de dichas enfermedades es la interrupción del embarazo, reduciendo considerablemente el tiempo (de 4-5 semanas) que se cuenta para intervenir a partir del diagnóstico realizado.

Diversos factores intervienen y correlacionan con la hipertensión arterial y las enfermedades hipertensivas del embarazo, variables psicológicas como la depresión, ansiedad, estrés y hábitos conductuales; sin embargo, son pocos los artículos que hacen referencia a cuáles son los tipos de pensamientos o creencias que llevan a la persona a comportarse o sentirse de determinada manera y que bien podrían mantener los cuadros de ansiedad o depresión en determinados momentos y que, gradualmente pueden contribuir al desarrollo de la hipertensión arterial ya que, como indica el enfoque cognitivo-conductual no son los eventos en sí mismos los que provocan una respuesta en la persona sino su forma de interpretarlos.

En las intervenciones llevadas a cabo, a pesar de mencionar la utilización del método de reestructuración cognitiva, los autores no describieron detalladamente la forma en que se realizó dicha reestructuración, por lo que no fue generalizable la intervención. El hecho de intentar sistematizar dichas creencias podría ayudar a construir una terapia estructurada y benéfica para las pacientes embarazadas con EHE para el abordaje rápido y oportuno de

este tipo de problemas y que a su vez puedan producir algún bienestar psicológico y físico en el paciente.

El propósito de la presente tesis fue evaluar sesgos cognitivos específicos (creencias irracionales) que tienen las mujeres con Enfermedades Hipertensivas del Embarazo. Para lograr esto fue necesario el desarrollo y adaptación del test para poder contar con un registro adecuado para la población, utilizando una versión modificada del test de creencias irracionales, denominado “Registro de Opiniones”.

La obtención de dichos datos es una primera aproximación para ayudar a diseñar terapias y programas concretos de intervención que contribuyan a la disminución de la presión arterial de dicha enfermedad así como poder establecer acciones para la paciente con hipertensión, mediante la reestructuración cognitiva y psicoeducación principalmente.

Método

Se realizó un estudio correlacional con un muestreo por conveniencia.

Participantes:

Se invitó a participar a 100 pacientes, lo cuales fueron seleccionados de manera no probabilística accidental, 52 fueron pacientes embarazadas sin ningún diagnóstico médico (embarazadas sanas) y 48 embarazadas hipertensas (grupo EHE) divididas de la siguiente manera. (ver Tabla 6).

- a) Hipertensión Arterial Crónica (HASC) (18 pacientes)
- b) Preeclampsia/Eclampsia (13 pacientes)
- c) Hipertensión Gestacional (16 pacientes)
- d) Hipertensión Arterial Crónica con Preeclampsia Sobre agregada (1 paciente)

Las pacientes fueron reclutadas en tres hospitales de la Ciudad de México: Hospital General de México, Hospital Regional Adolfo López Mateos y Unidad Médico Familiar No. 19, IMSSS.

Tabla 7.

Datos sociodemográficos por grupo

Grupo	Edad	Escolaridad	Ocupación	Edo. Civil.
EHE	17-42	Analfabeta: 1 (2.1%)	Hogar: 22 (46.8%)	Casada: 17
N= 47	—	Bachillerato: 8 (17%)	Estudiante: 1 (2.1%)	(36.2%)
	X= 28.48	Carrera Técnica 10	Empleada: 14	U. Libre: 20
	DE= 14.2	(21.3%)	(29.8%)	(42.6%)
		Licenciatura: 14 (29.8%)	Oficio: 2 (4.3 %)	Soltera: 9 (19.1%)
		Posgrado: 1 (2.1%)	Profesionista: 8	Divorciada: 1
			(17%)	(2.1)
SANA	13- 44	Primaria: 1 (2.1%)	Hogar: 27 (50.9%)	Casada: 23

S	–	Secundaria: 15 (28.3%)	Estudiante: 11	(43.4%)
N=53	X = 25.03	Bachillerato: 21 (39.6%)	(20.8%)	U. Libre: 20
	DE = 7.05	Carrera Técnica: 3	Empleada: 5 (9.4%)	(37.7%)
		(5.7%)	Profesionista: 8	Soltera 10
		Licenciatura: 13 (24.5%)	(15.1%)	(18.9%)

En la tabla 6 puede observarse que para ambos grupos, el mayor porcentaje fue para el estado civil “casadas” así como la ocupación hogar (cerca del 50% para ambos grupos)

Instrumento:

Se utilizó una entrevista semiestructurada hecha *ex profeso* para el estudio, en la cual se abarcaban aspectos sociodemográfico y de funcionamiento general del embarazo.

Se utilizó una versión del inventario de Creencias irracionales (John, 1971) modificada por Jurado (2010) denominada “Registro de Opiniones”. El instrumento consta de 100 reactivos que miden 10 de las 11 ideas irracionales propuestas por Ellis y su tipo de respuesta es dicotómica (de acuerdo/en desacuerdo). Cuenta con una validez de constructo de acuerdo a la TREC y tiene una confiabilidad KR=.97

Con el fin de evitar la deseabilidad social reportada por Terjensen et al (2009) y siguiendo sus recomendaciones para la creación de nuevos instrumentos, se modificó el “registro de opiniones” de Jurado (2010) y se realizó un cambio de escala, cambiando la opción de respuesta dicotómica por una escala tipo Likert con equivalentes numéricos de frecuencia; es decir, en frecuencia aproximada en que los participantes presentaban algunas de las creencias evaluadas mediante las afirmaciones presentadas en el cuestionario, con seis opciones de respuesta que iban desde “Nunca” (0% de las veces) hasta “Siempre o casi siempre” (del 81 al 100% de las veces) pues la opción de respuesta “de acuerdo/en desacuerdo” puede no reflejar lo que en realidad piensa la persona y sesgar por la deseabilidad social.

Posteriormente se hizo un inter-jueceo entre 7 expertos en psicología clínica con el fin de tener un acuerdo sobre los ítems utilizados según las ideas propuestas por Ellis (1977). Adicionalmente se hizo un piloteo con cinco mujeres embarazadas con y sin diagnóstico

médico con el fin de adecuar las oraciones a dicha población, modificando el instrumento en cuando a redacción de los reactivos y cambiando todos los ítems a afirmaciones ya que los reactivos que se presentaban en negación presentaban problemas de entendimiento. También se hizo la modificación a ítems que se encontraban referidos al sexo masculino por afirmaciones hacia el sexo femenino, por ejemplo: “Me siento incómodo/a” por “me siento incómoda”.

Una vez terminado el piloteo, se le dio el cuestionario a 8 expertos en TREC con el fin de que las nuevas afirmaciones coincidieran efectivamente con las propuestas teóricamente por la Terapia Racional Emotiva. Los expertos determinaban si las afirmaciones correpondían en alguna de las categoría que correspondía a cada creencia irracional.

Además se realizó un análisis factorial para determinar si existía relación entre la teoría propuesta por Ellis y la forma de construcción del instrumento para esta muestra en específico, pudiendo aislar 5 factores y al descartar los reactivos con poca carga factorial se eliminaron 80 reactivos, quedando con un total de 20 reactivos.

Tabla 7.

Estructura Factorial del Registro de Opiniones

Factor	α	Reactivos	Carga
“Las cosas deben ir como yo quiero”	.792	2. <i>Odio equivocarme en algo</i>	0.763
		82. <i>Me enfado muchísimo por cosas sin importancia</i>	0.644
		6. <i>Temo a las cosas que me preocupan</i>	0.634
		34. <i>A menudo me siento angustiado por situaciones que no me gustan</i>	0.637
		64. <i>Me molesta muchísimo no conseguir lo que quiero</i>	0.624
		72. <i>Me trastorna cometer errores</i>	0.583
“Dependencia de otros”	.728	1. <i>Para mí es importante recibir la aprobación de los demás</i>	0.749
			0.711

		43. <i>Culpo a la gente de sus errores</i>	0.706
		21. <i>Quiero gustarle a todo el mundo</i>	0.648
		71. <i>Me preocupa que la gente me apruebe y acepte</i>	
“Debo actuar bien”	.728	86. <i>Pienso en cosas como la muerte o la guerra</i>	0.780
		50. <i>Me gustaría Apartarme de todo tipo de trabajo</i>	0.720
		99. <i>Miro hacia el pasado con resentimiento</i>	0.697
“Estilo evitativo”	.715	27. <i>Prefiero dejar para después las decisiones importantes</i>	0.866
		32. <i>Evito enfrentarme a los problemas</i>	0.596
		7. <i>Me gustaría triunfar en algo, pero no creo merecerlo</i>	0.595
		98. <i>He aprendido a que debo depender de otras personas más capaces que yo</i>	
“Condiciones Externas”	.615	54. <i>Si las cosas me desagradan, mejor las ignoro</i>	0.792
		55. <i>Cuanto más problemas tiene una persona, menos feliz es</i>	0.770
		36. <i>Me preocupo mucho por evitar que algo malo ocurra</i>	0.482

Finalmente se sometieron los factores obtenidos a un nuevo jueceo con expertos en psicología de la salud, con el fin de efectivamente validar que los factores se ajustaran al modelo teórico utilizado.

Los 5 factores se ajustan a las tres principales ideologías de “Necesidades perturbadoras” (musturbatory) propuestas en la TREC, agrupadas de la siguiente manera:

Factor 1 “Las cosas deberían ir como quiero”: Tercera ideología de necesidad perturbado: Las condiciones en las que vivo deben estar bien dispuestas para que consiga prácticamente todo lo que quiero, cómoda, rápida y fácilmente y no me ocurra casi nada de lo no quiero

En las sub-ideas:

- a) Las cosas deben ir de la forma que me gustaría que fueran, porque necesito lo que quiero; y la vida es horrorosa, terrible y horrenda cuando no consigo lo que quiero y
- b) Cuando existen en mi mundo peligros o personas temibles o cosas, debo preocuparme continuamente de ellas; de esa forma tendré el poder de controlarlas o cambiarlas.

Factor 2 “Necesidad de los otros”: Primera ideología de “necesidad-perturbadora”. Debo actuar bien y merecer la aprobación de mis actuaciones, o de lo contrario soy considerado como inútil. En las sub-ideas:

- a) Debo encontrar sincero amor y aprobación casi siempre por parte de todas las personas que encuentro importantes

Factor 3 “Debo actuar bien”: Primer y tercera idea de necesidad perturbadora en sus apartados:

1ª. d) Si sobrevienen los acontecimientos que me ponen en peligro real o que amenazan mi vida, tengo que preocuparme excepcionalmente de ellos y sentirme perturbado por ellos. Y

e) El pasado de mi vida me influyó inmensamente y permanece importante aún porque si antes me afectó, algo fuertemente tiene que seguir determinando mis sentimientos y conducta aún hoy; todavía permanece la credulidad y condicionantes de mi primera infancia, y no puedo remontarlo y pensar por mí mismo.

3ª. f) Si cambia algún elemento perjudicial o desagradable en mí mismo o mi vida, resulta ser muy dura, esa dificultad no debería existir. _l encuentro demasiado difícil para hacer algo; también podría no hacer ningún esfuerzo, o muy poco para cambiarlo.

Factor 4 “Estilo de Afrontamiento evitativo”: Primera y tercera ideologías de necesidades perturbadoras en su sub-ideas:

1ª. g) Necesito desesperadamente a los demás para confiar y depender de ellos porque permaneceré siempre tan débil, también necesitaré un poder sobrenatural en el que confiar, especialmente en tiempo de grave crisis.

i) Puedo y debería otorgarme una valoración global como ser humano y solamente puedo considerarme bueno o respetable si lo hago bien, realizo acciones que merecen la pena, y tengo personas que normalmente me aceptan.

3ª f) Si cambia algún elemento perjudicial o desagradable en mí mismo o mi vida, resulta ser muy dura, esa dificultad no debería existir. _l encuentro demasiado difícil para hacer algo; también podría no hacer ningún esfuerzo, o muy poco para cambiarlo

Factor 5: “Dependencia de condiciones externas” Tercera ideología de necesidades perturbadoras en sus sub-ideas:

b) Cuando existen en mi mundo peligros o personas temibles o cosas, debo preocuparme continuamente de ellas; de esa forma tendré el poder de controlarlas o cambiarlas

f) Si cambia algún elemento perjudicial o desagradable en mí mismo o mi vida, resulta ser muy dura, esa dificultad no debería existir. _l encuentro demasiado difícil para hacer algo; también podría no hacer ningún esfuerzo, o muy poco para cambiarlo

i) Las personas y los acontecimientos externos producen prácticamente toda mi infelicidad y tengo que permanecer víctima impotente de ansiedad, depresión, sentimientos de inadaptación y hostilidad a no ser que estas condiciones y las personas cambien y me permitan detener mis sentimientos perturbados.

Procedimiento:

Se acudió a tres hospitales de la Ciudad de México y se le invitó toda aquella mujer embarazada que contaba con algún diagnóstico de hipertensión en el embarazo y embarazadas sin diagnóstico médico o “sanas” y se les explicaba brevemente su participación en el estudio, es decir, que contestaran de varios instrumentos de índole psicológico así como contestar preguntas sobre información personal relevante al embarazo mediante una entrevista.

Una vez aceptada su participación, se le pedía que firmara un consentimiento informado (Anexo 1) donde se les explicaba además que la participación en el estudio era totalmente confidencial y podían retirarse en cualquier momento que así lo desearan y posteriormente contestarían varias preguntas personales, una entrevista y el test mencionado (Registro de Opiniones). (Anexos 2 y 3)

Una vez firmado el consentimiento informado, se procedía a un cubículo particular o área de espera (según el hospital) y el investigador procedía a realizar la entrevista, una vez terminada se daba el cuestionario correspondiente a las pacientes, indicándoles que el investigador se encontraría en la sala por cualquier duda que pudiera surgir al momento de contestar los instrumentos.

Análisis Estadísticos

Para realizar el análisis estadístico apropiado se realizaron tres pruebas:

- 1.- Prueba t para muestras independientes con el fin de determinar.
- 2.- También se utilizó una chi cuadrada para muestras independientes.
- 3.- Se utilizó una W de Wilcoxon para la jerarquía.

Resultados

Se obtuvo la frecuencia de las respuestas de algunas preguntas mediante una entrevista semi-estructurada sobre funcionamiento general del embarazo para las preguntas relacionadas con ansiedad (“¿Me considero nerviosa o preocupada?” “¿Qué tan nerviosa o preocupada me considero?” y “¿Por qué razones me preocupo?”) afrontamiento (“¿Prefiero afrontar o evadir problemas?”, ¿Por qué razones evado o afronto los problemas”) y la reacción emocional de enojo (“¿Me considero enojada?” “¿Qué tan enojada me considero?” y “¿Por qué razones me enojo?”).

La Figura 1 muestra que entre el 33(73.3%) y 38 (71.7%) de las mujeres embarazadas se consideran “Nerviosas o Preocupadas” para las embarazadas con enfermedades hipertensivas y las sana, mientras que 15(26.7%) y 13(28.3%) respectivamente no se considera de esa forma. Siendo un porcentaje muy similar en ambos grupos.

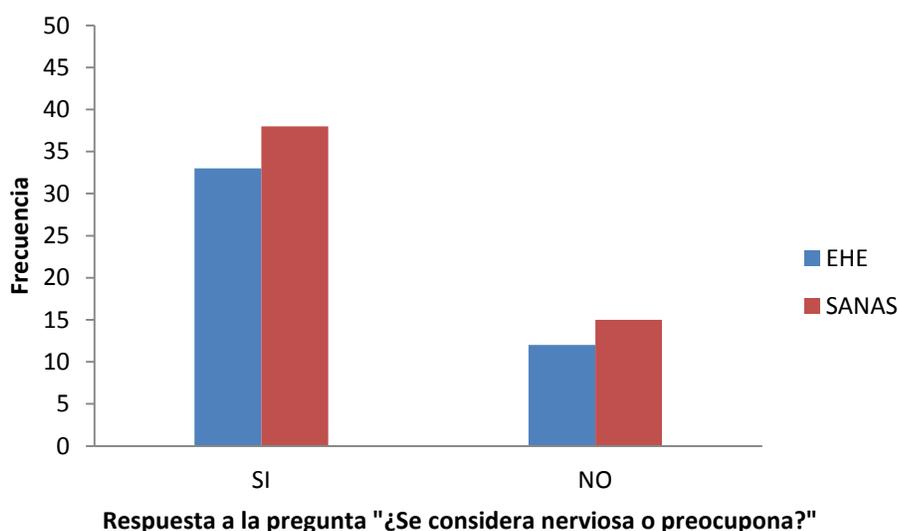


Figura 1. Frecuencia de mujeres embarazadas por grupo que se consideran “nerviosas o preocupadas”

Posteriormente se realizó una prueba de chi cuadrada para diferencia entre grupos (ver tabla 8) obteniendo una $X^2 = 2.459(5)$, $p = .783$, encontrando que no existen diferencias significativas entre grupos, es decir, embarazadas sanas e hipertensas se consideran “nerviosas o preocupadas” en la misma proporción.

<i>Tabla 8</i>				
<i>Chi cuadrada para la pregunta “¿Se considera Nerviosa o preocupona?”</i>				
Reacciones emocionales	EHE (n=48)	ES (n=52)	X²	p
Nerviosa	33(73.3%)	38(71.1%)	2.459	.783

Tabla 8. Chi cuadrada para la pregunta “¿Se consideran nerviosa o preocupona?”.

La Figura 2 muestra las respuestas para la pregunta “Del 1 al 10, ¿qué tan nerviosa se considera?” El 70.5% de las embarazadas hipertensas consideran sentirse del 6-10 preocupadas o nerviosas, frente al 65.4% de las embarazadas sanas. Hay un mayor número de hipertensas que refieren sentirse preocupadas “10” (lo más preocupadas que pueden estar) y sólo una sana que marcó el nivel más bajo posible “1”.

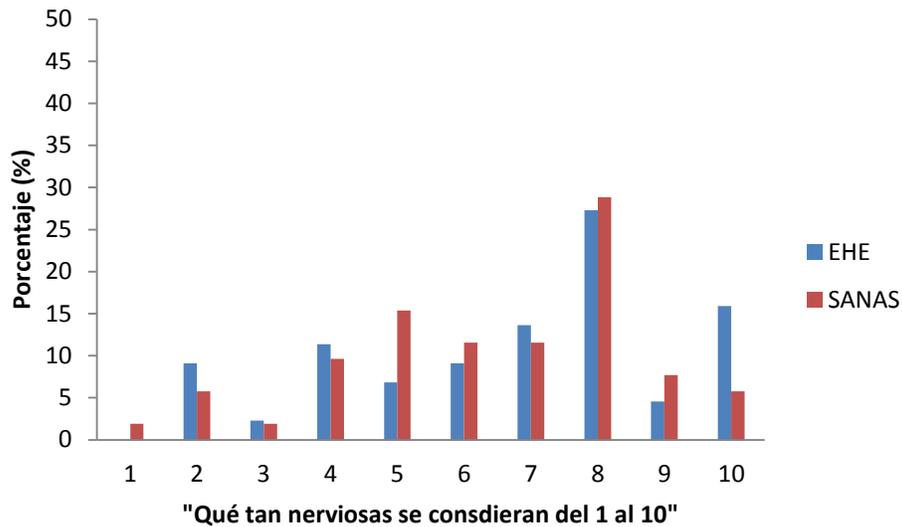
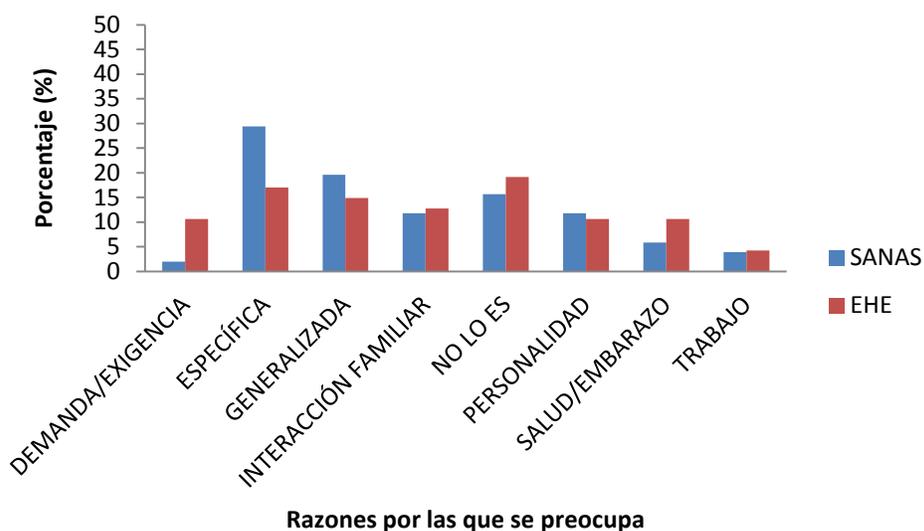


Figura 2. Porcentaje para los grupos de mujeres embarazadas sanas e hipertensas en la pregunta “Del 1 al 10, ¿qué tan preocupona se considera?”

Se realizó un análisis estadístico (U de Mann-Whitney) para determinar diferencias entre grupos en la variable para la pregunta “Del 1-10 ¿qué tan enojona me considero?”

El test de Mann-Whitney indica que no hay diferencias significativas entre ambos grupos, $U = 1100.5$, $p=.490$ a pesar de que la distribución es distinta para ambos grupos (más hipertensas dicen sentirse “10” de nerviosas o preocupadas).

La figura 3 muestra las “razones” de las mujeres embarazadas para estar preocupadas. Se observa índices más elevados en las embarazadas hipertensas en tres áreas: Demandas o exigencias, y por la salud y el embarazo. Teniendo mayor porcentaje las embarazadas sanas en las áreas “Demanda específica” y “Generalizada” (Me preocupo por todo)

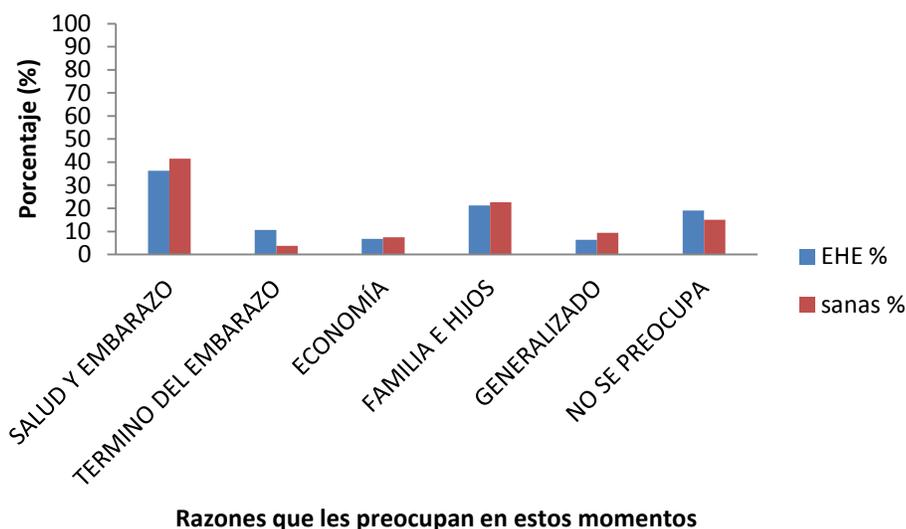


Nota: Personalidad incluyó reportes como “Por herencia, por que así soy”, “siempre he sido así”, “Así nací”, *Generalizada* incluye “por todo”, “me preocupa cualquier cosa, todo me inquieta”; las razones específicas incluye respuestas como “Sólo en determinadas ocasiones” “sólo cuando no espero algo” “sólo en situaciones específicas”

Tabla 9. Chi cuadrada para diferencias entre grupos para las frecuencias de la pregunta “¿Por qué razones se preocupa?” con un valor $X^2= 10.823$, $p=.212$. Se determina que no hay diferencias significativas para las categorías, sin embargo hay mayor incidencia en el grupo EHE para “Demandas-Exigencias” y más alto para el grupo de embarazadas sanas en razones específicas (15 versus 8).

Razones	EHE (n=48)	ES (n=52)	X^2	<i>p</i>
Demandas	5(10.6%)	1(2%)	10.823	.212
Específica	8(17%)	15(29.4%)		
Generalizada	7(14.9%)	10(18.9%)		
Interacción	6(12.8%)	6(11.8%)		
Familiar				
No lo es	5(10.6%)	8(15.7%)		
Personalidad	5(10.6%)	6(11.8%)		
Salud/Embarazo	5(10.6%)	3(5.7%)		
Trabajo	(4.3%)	2(3.8%)		

Figura 4. Muestra el porcentaje para la pregunta “¿Qué le preocupa en estos momentos?”



Nota: Salud y embarazo explica cerca del 40% de sus preocupaciones, el segundo rubro mayor (para ambas) es familia e hijos ya nacidos.

Tabla 10

Chi cuadrada para la pregunta “¿Qué le preocupa en estos momentos?”

Razones	EHE (n=48)	ES (n=52)	X ²	p
Salud y embarazo	17(36.2%)	21(41.5%)	2.42	.783
Término del embarazo	5(10.6%)	2(3.8%)		
Economía	3(6.4%)	4(7.5%)		
Familia e hijos (nacidos)	10(21.3%)	12(22.6%)		
Generalizado	3(6.4%)	5(9.4%)		
No se preocupa	5(10.6%)	8(15.1%)		

En la figura 5 se muestra el porcentaje de respuestas “sí” y “no” para la pregunta “¿Se considera usted enojona?” Observándose un mayor porcentaje en el grupo de hipertensas (EHE) (29.8% vs 17%)

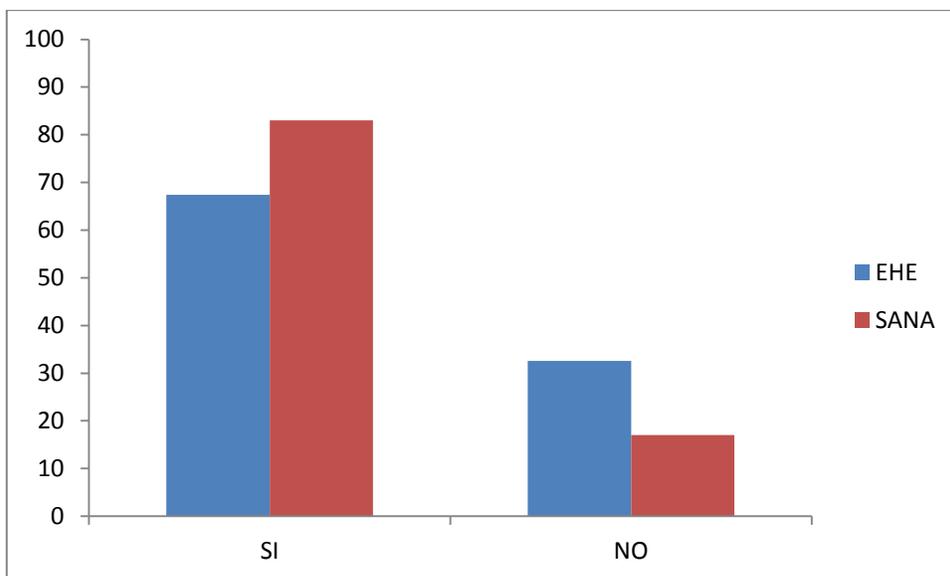


Figura 5. Porcentaje para los grupos de mujeres embarazadas sanas e hipertensas en la pregunta “¿Se considera enojona?”

Tabla 11. Chi cuadrada para diferencias entre grupos para la pregunta “¿Se considera enojona?” No existen diferencias significativas para la variable enojo $\chi^2(1) = 2.307, p=.100$

	EHE (n=48)	ES (n=52)	χ^2	<i>p</i>
Reacciones emocionales				
Enojona	17(29.8%)	28(17%)	2.307	.100*

La Figura 6 muestra el porcentaje de mujeres que contestaron a la pregunta “¿Qué tan enojona se considera?” Viendo que ambos grupos se agrupan del 8-10 (diez es lo más enojonas posibles) cerca del 50% de las embarazadas.

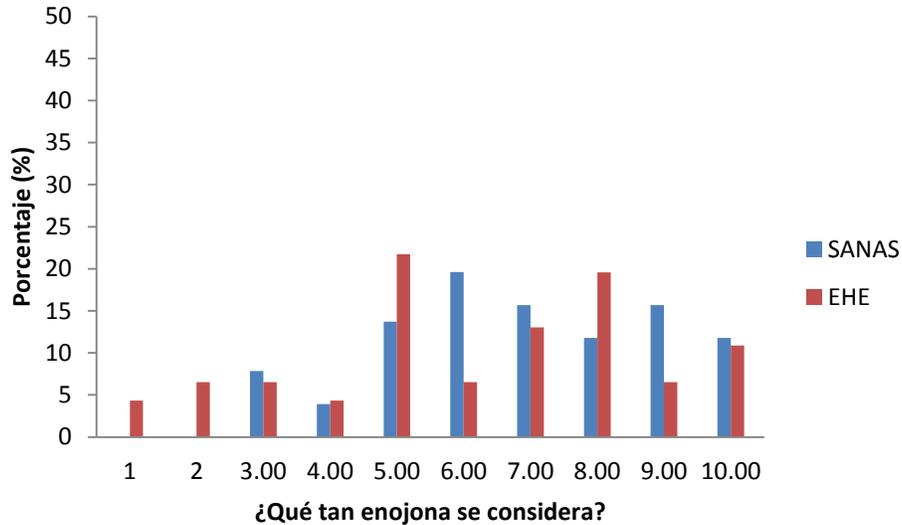


Figura 6. Porcentaje para las respuestas “¿Qué tan enojona se considera?”

Se realizó la prueba U de Mann-Whitney para la variable “¿Qué tan enojona se considera?” $U = 996$, $p = .197$. Determinando que no hay diferencias significativas, sin embargo, el grupo de embarazadas hipertensas contestaron “1” y “2” (puntajes más bajos para la pregunta en cuestión).

Figura 7. Porcentaje de mujeres embarazadas sanas e hipertensas para las razones por las cuáles se enojan. El grupo EHE reporta no enojarse (son más inconsistentes) (25.5%) y tener un porcentaje mayor frente al enojo por interacciones familiares (12.8% vs 3.8%) mientras que el grupo de sanas reportan enojarse por razones “específicas” más del doble de porcentaje (26.4% frente al 10.7% del grupo EHE)

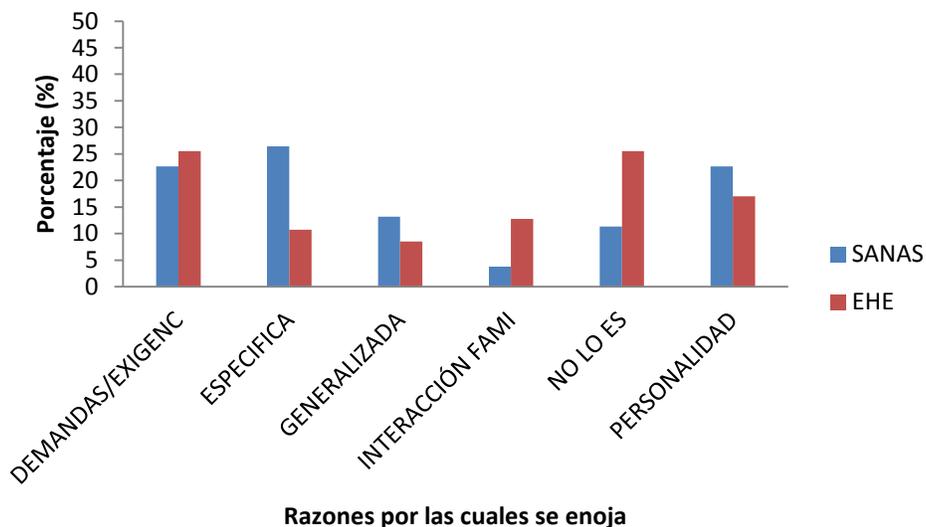


Figura 7. Porcentaje de mujeres embarazadas sanas e hipertensas para la pregunta “¿Por qué razones se enoja?” Mayor número de embarazadas hipertensas reportan no ser enojonas.

Figura 8. Gráfica de porcentaje de estilo de afrontamiento (afrontar-evadir) de embarazadas sanas e hipertensas.

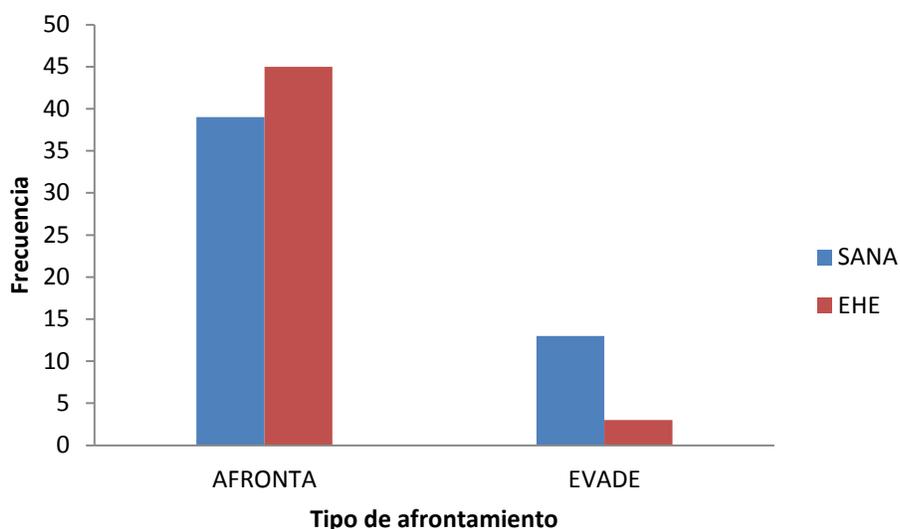


Figura 8. Muestra que para el grupo de enfermedades hipertensivas cerca del 100% (95.7%) reporta afrontar los problemas en lugar de evadirlos, frente al 71.7% del grupo de sanas.

Tabla 12

Chi cuadrada para la pregunta “¿Prefiere afrontar o evadir los problemas?”

Reacciones emocionales	EHE (n=48)	ES (n=52)	X²	p
Afronta	45(95.7%)	39(71.7%)	10.208	.001
Evade	3(4.3%)	13(29.3%)		

Tabla 10. Chi cuadra para la variable “¿Prefiere afrontar o evadir los problemas?”

Figura 9. Razones por la que evaden o afrontan los problemas, mostrando una distribución de porcentajes similar para ambos grupos.

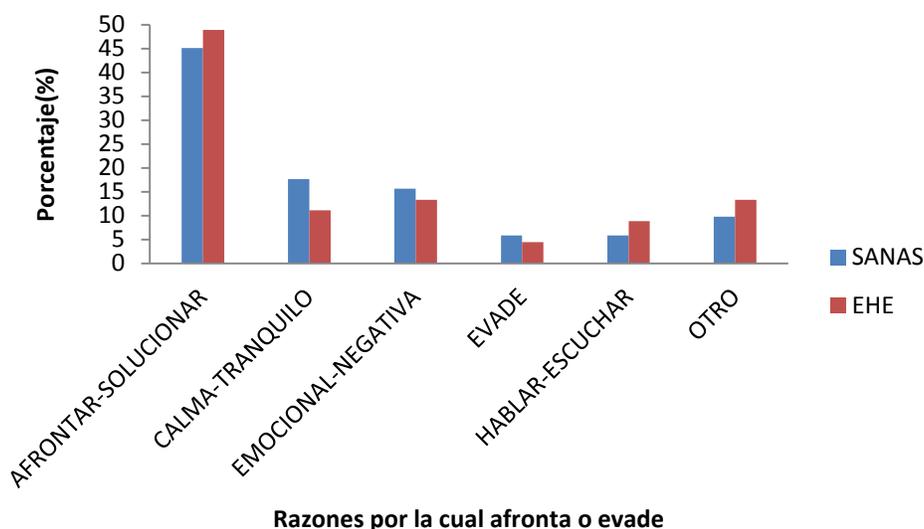


Figura 9. Razones por las cuales las mujeres embarazadas hipertensas y sanas para la pregunta “¿Por qué razón afronta o evade?”

Tabla 13

Chi cuadrada para la pregunta “Razones por las que afronta o evade”

	EHE (n=48)	ES (n=52)	X^2	p
Reacciones emocionales				
Afronta	45(95.7%)	39(71.7%)	1.515	.911
Evade	3(4.3%)	13(29.3%)		

Tabla 13. Chi cuadrada para formas en que afrontan ambos grupos, no hay diferencias, es decir, reportan afrontar de formas similares los problemas y en la misma proporción.

Tabla 14. Diferencia entre medias para los puntajes por área del instrumento “Registro de Opiniones” (ROP)

<i>Tabla 9</i>						
<i>Medias de los grupos EHE y ES prueba t probabilidad del puntaje total y por factores del instrumento Registro de Opiniones</i>						
Área	EHE (n=50)		ES (n=58)		t	p
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Puntaje Total ROP	46.36	19.13	40.43	13.01	1.843	.007
Necesidad de Aprobación	16.98	6.75	15.22	3.06	1.429	.314
Dependencia de los otros	6.82	5.04	7.18	3.91	-.426	.069
Debo actuar bien	6.81	4.29	4.92	3.90	2.348	.249
Estilo de Afrontamiento Evitativo	7.52	5.42	6.05	3.91	1.606	.030
Dependencia a Condiciones Externas	8.34	3.98	7.39	3.06	1.389	.048

En la Tabla 12 se observa que para los puntajes de tres áreas, la diferencia entre medias fue significativamente distinta: 1) Dependencia a Condiciones Externas; 2) Estilo de Afrontamiento evitativo y; 3) Puntaje total. Siendo mayor para las tres áreas el puntaje de las embarazadas hipertensas.

Discusión

El objetivo del presente estudio fue explorar los sesgos cognitivos (creencias irracionales) que tienen las mujeres embarazadas hipertensas utilizando un instrumento válido y confiable para esa población específica y las respuesta a una entrevista semiestructurada.

Se obtuvieron 5 factores principales para la versión modificada del cuestionario Registro de Opiniones, reagrupándose de forma congruente con la teoría de la Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis (1986).

Dentro de los hallazgos principales se puede apreciar la diferencia entre dos áreas del instrumento y el puntaje total de mismo, presentando un mayor puntaje las mujeres embarazadas hipertensas en comparación de las sanas, esto significa que presentan mayores sesgos cognitivos para las áreas “Dependencia a las condiciones externas”, “Estilo de Afrontamiento evitativo” y puntuación total del instrumento (mayores sesgos cognitivos).

Tal como dice Lázarus y Folkman (1987) los mediadores implícitos en la cardiopatía y desarrollo de la HTA pueden ser interpretaciones erróneas del ambiente lo cual puede causar malestar y estar mediando las emociones negativas (ansiedad, estrés, enojo), así como tener un papel fundamental para el mantenimiento y desarrollo de enfermedades físicas crónicas (Cohen, 1982) por tanto, el desarrollo de la hipertensión puede estar derivado de las emociones generadas de las creencias irracionales y sesgos cognitivos.

En cuanto al reporte de las mujeres embarazadas ante las preguntas respecto a “enojo”, “estilos de afrontamiento” y “preocupación” se aprecia que, de manera general no hay diferencias significativa para la mayoría de las variables, es decir, reportan ser “enojonas”, “preocupadas o nerviosas” y afrontar los problemas de manera similar; sin embargo, el grupo con hipertensión reporta tener una “preocupación más intensa” (mayor frecuencia para la puntuación 10) así como mayor frecuencia para la razón de preocupación “Demandas/exigencias”.

En cuanto al grupo de mujeres sanas, ellas reportan mayor intensidad en la variable “Del 1 al 10 ¿qué tan enojona se considera?” así como el reporte de más mujeres sanas de enojarse debido a una razón específica o sólo en ciertas ocasiones.

Cabe resaltar que dentro de las categorías sobre las razones por las cuales se enojan o se preocupan, una razón consistente fue “por cuestiones de personalidad” lo que puede indicar que para ambos grupos que el hecho de “ser así” o “nacer así” implica poca posibilidad para el cambio (referencia)

Por otro lado, en contra de lo que dice Flórez (1999) las mujeres embarazadas hipertensas presentan una preocupación específica sobre su estado de salud, en contraste de las mujeres embarazadas que presentan una preocupación por padecer “cualquier enfermedad” (“Me preocupo por todo”) o bien una razón generalizada para estar preocupada o enojada.

El grupo EHE, también reporta preferir afrontar que evadir los problemas, siendo una diferencia estadísticamente significativa en comparación con el grupo de sanas; sin embargo, en las puntuaciones para “estilo de afrontamiento evitativo” fue mayor y significativamente distinto en comparación del grupo de sanas, lo cual se pudo ver influencia por algún efecto de deseabilidad social durante la entrevista.

El porcentaje elevado para las razones por las cuáles se enojan correspondientes a “Demandas o exigencias” (me enojo porque las cosas no salen como quiero, me enojo cuando no tengo razón) en ambos grupos es un buen indicador para el factor “Baja tolerancia a la frustración” lo cual pudiera ser abordado en un estudio complementario, además de que este componente en una intervención pudiera favorecer el tratamiento psicológico de este tipo de pacientes (embarazadas sanas e hipertensas) para mejorar la calidad de vida y sufrimiento emocional.

Finalmente, de acuerdo con los datos obtenidos en la investigación, puede sugerirse una intervención para el tratamiento de mujeres con alguna enfermedad hipertensiva del embarazo con los módulos específicos de entrenamiento en:

- 1) Psicoeducación: el uso de la psicoeducación es útil para disminuir ansiedad respecto al problema de salud específico por el cual están pasando, así como establecer puntos de apoyo que puedan mejorar su estado de salud y mejorar su control sobre éste (toma de medicamentos, cuidados en la dieta, actividad física, etc);

2) Ejercicios de relajación: tal como está indicado en la literatura, los ejercicios de relajación, respiración y uso de equipo de retroalimentación biológica puede ser útil para disminuir los niveles de presión arterial (Coca et al. 2009; Hernández y Aldana, 2009; Paffebarger, et al., 1993; Riveros, 2007) por lo que sería conveniente incluir un módulo con entrenamiento en este tipo de ejercicios no farmacológicos en el tratamiento de mujeres con hipertensión en el embarazo.

3) Resolución de Problemas: de acuerdo con lo encontrado en el presente estudio, las mujeres con EHE tienden a tener estilo de afrontamientos evitativos, esto puede contribuir al malestar psicológico general, por lo que es recomendable entrenar a las pacientes en cómo es que pueden hacerse cargo de su enfermedad, su participación activa-assertiva en sus problemas de forma general y su enfermedad en específico.

4) Tolerancia a la frustración, el hecho de que se “enojen” o “preocupen” porque no “salen las cosas como quieren” es un indicador de baja tolerancia a la frustración, este tipo de creencias puede elevar su presión arterial y su reactividad fisiológica en general, un módulo con estas características combinado con los anteriores podría mejorar considerablemente aspectos psicológicos y fisiológicos en este tipo de pacientes además de que, al ser módulos concretos y específicos, ayudarían a crear intervenciones breves pues mujeres con este diagnóstico no disponen de mucho tiempo para atender estas necesidades ya que suele interrumpirse el periodo de gestación, teniendo sólo algunas semanas disponibles para el tratamiento.

Limitaciones y recomendaciones

Respecto a las mediciones realizadas:

Se recomienda ampliar la muestra para el análisis factorial del instrumento ROP, dado el gran número de reactivos y la muestra podría ampliarse a población general este instrumento, no obstante, sigue siendo un instrumento útil, válido y confiable para esta población específica, así como realizar algún estudio piloto respecto a la intervención propuesta con los 4 módulos específicos.

También se recomienda incluir medidas psicofisiológicas, para variables como “enojo” y ver la reactividad emocional y si es que tienen alguna reacción frente algún tipo de estímulo (derivado de las razones por las cuales se enojan) con el fin de tratar de clarificar con mayor exactitud la forma en que se relacionan la variable “presión arterial” y “reactividad emocional” durante un periodo sostenido. Realizar una medición de presión arterial antes y después de la intervención piloto, con el fin de determinar la disminución de presión arterial en dicha población, validar el tratamiento y determinar su efectividad.

Dados los resultados del estudio y la relevancia del estilo de afrontamiento como una variable estadísticamente significativa, se podría realizar un tipo de validez concurrente para el área “Estilo de afrontamiento evitativo” del ROP, incluyendo para esto algún cuestionario estilo de afrontamiento de problemas con el fin de modificar, de ser necesario, la estructura de la intervención para que pueda ser efectiva.

En cuanto a la muestra:

Se recomienda ampliar la muestra para tener una distribución normal de la muestra, de esta forma los resultados podrían utilizarse para hacer comparaciones estadísticas con mayor “fuerza” y dirección en cuanto a las variables utilizadas.

Incluir un tercer grupo con mujeres embarazadas que presenten alguna enfermedad distinta a la hipertensión, con el fin de explorar si es que las mujeres embarazadas con cualquier enfermedad comparten o se diferencian del grupo de mujeres con EHE.

Incluir al menos 30 mujeres con hipertensión para cada uno de los 4 tipos de enfermedad hipertensiva en el embarazo, eso podría ayudar a incluir algún punto adicional en el tratamiento y saber si las mujeres con EHE comparten algún tipo de sesgo cognitivo para que el tratamiento sea generalizable a toda la población o saber si sólo puede ser utilizado con un tipo específico de clasificación de EHE.

Una intervención basada en evidencia sólida y datos confiables puede mejorar considerablemente el estado de salud físico y psicológico de las mujeres embarazadas hipertensas,

Referencias

- Arauz Romero, J. F., Tena Alavez, G., & Jiménez Solís, G. (2009). *Preeclampsia: Enfermedades hipertensivas del embarazo*. México: Mc Graw Hill.
- Aali, B., Ghafoorian, J., Moahamad-Alizadeh, S. (2004) Severe preeclampsia and eclampsia in Jerman, Iran: complications and outcomes. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*; 10(4), 163-167.
- ACOG (2002). Committee. Opinion no. 267: exercise during pregnancy and the postpartum period. *Obstetrics Gynecology*; 99, 171–173.
- ACOG (2002). Practice bulletin. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 77, 67-75
- ACOG (2002). Diagnosis and Management of Preeclampsia and Eclampsia. ACOG Practice bulletin No 33. American College of Obstetricians and Gynecologists. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 99, 159-167.
- Artigao, R. (1995) Control de factores de riesgo en los programas de rehabilitación cardiaca. *Revista Española de Cardiología*; 48(suplemento 1): 13-32.
- Barton, J. y Sibai, B. (2008) Prediction and prevention of recurrent preeclampsia. *Obstetrics and Gynecology*, 112(2), 359-372.
- Bodnar, L., Catov, J., Roberts, J. (2007) Racial/ ethnic differences in the monthly variation of preeclampsia incidence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*; 196(4): 324.e1-e5.

- Calhoun D. A., Mutinga M. L., Collins A. S., Wyss J.M. y Oparil S. (1993). Normotensive blacks have heightened sympathetic response to cold pressor test. *Hypertension*, 22(6), 801–805.
- Chaput, L., Adams, S., Simon, J., Blumenthal, R., Lin, F., Loh. E., Matthews, K. (2002) Hostility predicts recurrent events among postmenopausal women with coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 156, 1092–1099.
- Chuang, C. H., Velott, D. y Wissman, C. (2010). Exploring Knowledge and Attitudes Related to Pregnancy and Preconception Health in Women with Chronic Medical Conditions. *Maternal & Child Health Journal*, 713-719.
- Calvete Zumalde, E. y Cardeñoso Ramírez, P. (2001). Creencias, resolución de problemas sociales y correlatos psicológicos. *Psicothema*, 13 (1), 95-100.
- Calvo, F., Díaz, D., Ojeda, N., Ramal, J., y Alemán S. (2001). Diferencias en ansiedad, depresión, estrés y apoyo social entre sujetos hipertensos normotensos. *Ansiedad y Estrés.*; 7(2-3), 203-213.
- Carpi-Ballester, A., Zurriaga-Llorens, R., González-Navarro, P., Marzo-Campos, J. y Buunk, A. (2007). Incidencia de los hábitos de conducta en la prevención de la enfermedad cardiovascular. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 59-70.
- Coca, A., Aranda, P. y Redón, J. (2009) *Manejo del Paciente Hipertenso en la Práctica Clínica*. Ed. Panamericana. Madrid.
- Cohen, F. (1982) *Personality, stress, and the development of physical illness*. In: G.C.F. Cohen, N.E. Adler and associates. *Health psychology-A handbook*. San Francisco: Jossey – Bass Publishers. 78-111.

- Cohen, F. (1979). 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, EE. UU.: Jossey-Bass.
- Colunga, C. (2002) Algunos factores psicosociales en la hipertensión arterial. Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Recuperado el: 28-Ago-2012 disponible en:
<http://www.cucs.udg.mx/cardioinstituto/files/File/hipertencionarterialenlaclinica.pdf>
- Cordero, A., Moreno, J. y Alegría, E. (2005). Hipertensión arterial y síndrome metabólico. *Revista Española de Cardiología Suplemento*; 5, 38D-45D.
- Chuang, C. H., Velott, D., y Wissman, C. (2010). Exploring Knowledge and Attitudes Related to Pregnancy and Preconception Health in Women with Chronic Medical Conditions. *Maternal & Child Health Journal*. 14(5), 713-719. DOI: 10.1007/s10995-009-0518-6.
- Delgado, L. (2010) El nivel de estrés y estilo de vida de pacientes con hipertensión arterial. Universidad Don Vasco. Tesis de Licenciatura.
- Díaz, G., Quinteros, C., Cañete, C., Bertón, P., De los Santos, M., Loyola, N., Zuazquita, V., Paz, W., Prado, G., Toselli, L. y Vigil, M. (2011) Prevalencia de hipertensión arterial y factores biopsicosociales asociados, en población adulta de villa allende, Córdoba. *Revista de salud pública*. XV(1), 49-64.
- Dressler, W., Santos, J. E. (2000). Social and cultural dimensions of hypertension in Brazil: a review. *Cadernos de saúde pública*. 16(2), 303-15
- DiBona, G. F. y Kopp U. C. (1995). *Neural control of renal function: role in human hypertension*. En: Laragh JH, Breener BM, eds. Hypertension. 2nd Edition. NY: Raven Press: 1349-1358.

- Ellis, A. (2003). *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. (1997). *Estado de la cuestión en la terapia emotiva-racional.conductual*. En I. Caro (comp), Manual de psicoterapias cognitivas, 91-101. Barcelona. Paidós.
- ESH (2007). The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens*. 2007; 25, 1105-1187.
- Flórez, L. (1999). Evaluación del estrés prenatal en mujeres con preeclampsia. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 17(1), 107-126.
- Flórez, L. (2001). Evaluación del impacto de un programa de atención psicológica a mujeres embarazadas con preeclampsia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 1, 259-292.
- García, C., Medina, M., Solano, G., Gómez, D., Gómez, V., (2010). El impacto del diagnóstico: Experiencia descrita por mujeres con hipertensión arterial. *Escola Anna Nery Revista de Enfermería*, 14(1), 33-38.
- García-Mirafuentes, N. (2006). *Aspectos cognitivo-conductuales de la hipertensión: el manejo del paciente hipertenso*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Girling, J., Dow, E., Smith, J. (1997). Liver function test in preeclampsia: importance of comparison with a referente range derived for normal pregnancy. *British Journal of Obstetrics Gynaecology*. 104(10), 1215.

- Griedling, K. K., Sorescu, D., Ushio-Fukai, M. (2000). NAD(P)H oxidase: role in cardiovascular biology and disease. *Circulation Research*. 86, 494-501.
- Grima S, Vella M, Savona-Ventura C. (2010). Hypertensive disorders during pregnancy in pre-Gestational diabetic women. *Malta Medical Journal*, 22(2), 15-18
- Guerrero-Romero, J. F. y Rodríguez-Morán, M. (1998) Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en la población rural marginada. *Salud Pública Mexicana*, 40, 339-346.
- González, C. (1997). *Clínica de la hipertensión*. México, Ediciones Médicas Actualizadas: 119-162
- Gómez, M. y Aldanda, E. (2007). Reacciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y Salud*, 17(1), 53-61.
- Han, J., Yin, X.M., Xu, F., Hong, X., Liang, Y.Q. y Wang, Z.Y. (2008). A Case-Control Study on Depression and Anxiety in Hypertensive Patients. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*, 29 (2), 125-127.
- Herrera, J., & Cáceres, D. G. (2000). Psicoimmunología del estrés en la prevención de las complicaciones perinatales. *Revista Colombiana de Psicología*, 85-94.
- Hernández y Estrada (2009) *Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Embarazo*. Ed. Prado. México.
- Hemingway, H., & Marmot, M. (1999). Evidence based cardiology: Psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease. Systematic review of prospective cohort studies. *British Medical Journal*, 318, 1460–1467.

Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M. C. y María, V. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: Efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Univ. Psychol. Bogotá*, 5(3): 535-547.

Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D. y Varela, M. T. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: Efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universitas Psychologica*, 5 (3), 535-547.

IMSS (2011) Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo, México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010-2011.

IMSS (2011) Guía de práctica clínica de intervenciones de enfermería en la paciente con preeclampsia/eclampsia.
<http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>

INEGI (2010) Estadísticas de mortalidad. Consultado: Marzo 2 de 2010. Página web del Instituto Nacional de Estadística y Geografía: <http://www.inegi.org.mx/>

INEGI (2009) recuperado el 22 de noviembre de 2012 de:
<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2009/corazon09.asp?s=inegi&c=2740&ep=21>

INEGI (2013) recuperado el 02 de febrero de 2012 de:
<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/salud0.pdf>

Jorgensen, R. S., Johnson, B. T., Kolodziej, M. E., & Schreer, G. E. (septiembre, 1996). Elevated blood pressure and personality: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 120(2), 293-320. doi: 10.1037/0033-2909.120.2.293

JNC, (2003). *The seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*. The Journal of the American Medical Association, JAMA, 289 (19). 2560-2572.

JNC (2003). Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.

Jones, R. G. (1968). A factors measure of Ellis Irrational Belief System, with personality and maladjustment correlates. Doctoral Dissertation, Texas Techological College.

Khan, K., Wojdyla, D., Say, L., y Gülmezoglu, A. V. (2006). WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*. 2066-1074.

Kimzy, L. L. (1986). The evaluation of a systematic behavioral method for the treatment of pregnancy induced hypertension. *Dissertation Abstract*, 46(12), 419- 4217

Kuper, H., Marmot, M., y Hemingway, H. (2002). Systematic review of prospective cohort studies of psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease. *Seminars in Vascular Medicine*, 2, 267–314.

Kurki, T., Hilesmoa, V., Roitosolo, R., Mahila, H. y Likorkola, O. (2000). Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsie. *Obstetrics and Gynecology*, 95, 487-490

Lazarus, R., y Folkman, S. (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. E. U. A. Springer Publishing Company.

- Lega, L.I., Caballo, V.E. y Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo conductual*. Madrid: Siglo XXI.
- Leeners, B., Neumaler-Wagner, M., Kuse, S., Stiller, M. y Werner, R. (2007). Emotional Stress and the risk to develop hypertensive diseases in pregnancy. *Hypertension in Pregnancy*, 26(2), 211-226.
- Linden, W., y Moseley, J. (2006). The efficacy of Behavioral Treatments for Hypertension. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 31(1), 51-63.
- Llapaur, R. y González, R. (2006) Comportamiento de los factores de riesgo cardiovascular en niños y adolescentes con hipertensión arterial esencial. *Revista Cubana de Pediatría*, 78(1).
- Lowe, D. (2000). Nitric oxide dysfunction in the pathophysiology of preeclampsia. *Nitric Oxide*. 4, 441-458.
- Luciano, E., Pallavi, M., Villar, J., & Mark, D. (2005). Mapping the Theories of Preeclampsia: The Role of Homocysteine. *Obstetrics & Gynecology*, 105(2), 411-425.
- Magee, L.A., Newstead, J., Yarker-Edgar, K., Ng, J., Côté, A.M., y von-Dadelszen, P. (2008). Pre-eclampsia as a marker of cardiovascular disease. *Fetal and Maternal Medical Review*, 19(4), 271-292
- Mark A., L. (1996). "The sympathetic nervous system in hypertension: a potential long-term regulator of arterial pressure". *Journal of Hypertension. Supplement : Official Journal of the International Society of Hypertension*, 14 (5), S159–S165.

- Matthews, K. A., Gump, B. B., Harris, K. F., Haney, T. L., y Barefoot, J. C. (2004). Hostile behaviors predict cardiovascular mortality among men enrolled in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Circulation*, 109, 66–70.
- Miguel-Tobal, J., Cano-Videl, Casado, M., y Escalona, A. (1994) Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *Anales de Psicología*, 10(2), 199-216.
- Miguel- Tobal J. y Cano-Vindel A. (1997). *Manual del inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA)*. Madrid: TEA, Ediciones, SA.
- Miguel- Tobal JJ, Casado Morales MI, Cano Vindel A, Spielberger C. (2001). *Inventario de Expresión de Ira Estado- Rasgo (STAXI)*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Miguel- Tobal JJ, Casado MI, Cano- Vindel A, Spielberger C. (1997). El estudio de la ira en los trastornos cardiovasculares mediante el empleo del Inventario de expresión de ira-rasgo- STAXI. *Ansiedad y Estrés*. 1, 5-20.
- Molerio, O., y García G. (2004). Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial. *Revista Cubana de Medicina*. Versión online. Recuperado el disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232004000200007&script=sci_arttext
- Moreno, M., Contreras, D., Martínez, N., Araya, P., Vivacic-Rojas, P., Vera-Villaroel, P. (2006). Evaluación del efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre los niveles de presión arterial en adultos mayores hipertensos bajo tratamiento médico. *Revista Médica Chilena*, 134, 433-440.
- Norwitz, E. R., Robinson, J. N. y Reptke, J. (1999). Prevention of preeclampsia:is it possible?. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 42(3), 436-54.

OMS-WHO (1993) Guidelines Sub-Committee. 1993 Guidelines for the management of mild hypertension: memorándum from a World Health Organization/International Society of Hypertension meeting. *Journal Hypertens.* 11, 905-918.

OMS (2012) Estadísticas Sanitarias Mundiales. Una instantánea de la Salud mundial. Recuperado el 27/feb/2013 disponible en:
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf

Paffenbarger, R., Hyde, R., Wing, A., Lee, I., Jung, D., y Kampert, J. (1993). The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men, *The New England Journal of Medicine*, 328(8), 538-545.

Parazzini, F., Bortolus, R., Chatenoud, L., Restelli, S., Ricci, E., Marozio, L., Benedetto, C. (1996). Risk Factors for pregnancy-induced hypertension in Women at high risk for the condition. *Epidemiology*. 7(3), 306-308.

Rasul, F., Stansfeld, S. A., Hart, C. L., & Davey Smith, G. (2005). Psychological distress, physical illness, and risk of coronary heart disease. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 140-145.

Ribes, E. y Sánchez, S. (1994). Conducta, juegos de lenguaje y criterios de validación del conocimiento. *Acta Comportamental*, 2, 57-86.

Roberts JM, Lain KY. (2002). Recent Insights into the pathogenesis of pre-eclampsia. *Placenta*, 23(5), 359-372.

Robles, B. (2001). Factores de riesgo para la hipertensión arterial. Archivos de Cardiología de México. S208-S210. Recuperado el 28 de febrero de 2013 en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2001/acs011aq.pdf>

Saftlas, A., Levine, R., Kabanoff, M., Martz, K., Ewell, M., Morris, C. y Sibai, B. (2003). Abortion, Changed Paternity, and Risk of Preeclampsia in Nulliparous Women. *American Journal of Epidemiology*; 152(12): 1108-1114.

Salvatierra, V. (1989). *Psicobiología del embarazo y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.

Sánchez-Rodríguez, E., Nava-Salazar, S., Morán, C., Romero-Arauz, J. y Cerbón-Cervantes, M. (2010). Estado Actual de la preeclampsia en México: de lo epidemiológico a sus mecanismos moleculares. *Revista de Investigación Clínica*, 62(3), 252-260.

Schum, J., Jorsensen, R., Verhaeghen, P., Sauro, M., y Thibodeau, R. (2003). Trait Anger, Anger Expression, and Ambulatory Blood Pressure: A Meta-Analytic Review. *Journal of Behavioral Medicine*, 26(5), 395-415.

Sibai, B., Dekker, G. y Kupferminc, M. (2005). Pre-eclampsia. *Lancet*; 365(9461), 785-799.

Sikkema, J. M., Robles de Medina, P. G., Schaad, R. R., Mulder, E. J. H., Bruinse, H. W., Buitelaar, J. K., Visser, G. H. y Franx, A. (2001). Salivary cortisol levels and anxiety are not increased in women destined to develop preeclampsia. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(1), 45-49.

SINAIS (2012) Encuesta Nacional de Salud, recuperado el 13 de diciembre de 2012, disponible en: http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE2007-2012_SNIS.pdf

- Sommers, J. y Greenberg, R. P. (1989). Psychological variables and hypertension: a new look at an old controversy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(1), 15-24. doi: [10.1097/00005053-198901000-00003](https://doi.org/10.1097/00005053-198901000-00003)
- Secretaría de Salud (2003). *Dirección General de Información en Salud. Sistema Automatizado de egresos hospitalarios*. México.
- Secretaría de Salud. (2003). *Dirección General de Información en Salud. Sistema Automatizado de egresos hospitalarios*. México.
- Secretaría de Salud (2007). Lineamiento Técnico. Prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia/eclampsia. 4a. Ed. México, DF. 2007
- Stephoe A, Cropley M, Joekes K. (1997). Job strain, blood pressure and response to uncontrollable stress. *Journal of Hypertension*, 17(2), 193-200.
- Stripping, A. (1997) *Abriendo paso para un corazón sano. The barriers to a healthy heart*. Estados Unidos, Grundy Lane. 1-15.
- Terjesen, M., Salhany, J., & Sciutto, M. (2009). A Psychometric Review of Measures of Irrational Beliefs: Implications for Psychotherapy. *Journal of Rational-Emotive Cognitive Therapy*, 27(1), 83-96.
- Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Mahonen M. (1999). Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA project populations. *Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease. Lancet*; 353, 1547–1557.
- Torres, Y., Lardoeyt, R., y Lardoeyt, M. (2009). Caracterización de los factores de riesgo en gestantes con hipertensión gestacional y crónica en un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25(2), 1-10.

- Vadillo-Ortega, F., Perichart-Perrera, O., Espino, S., Avila-Vergara, M., Ibarra, I., Ahued, R., Godlines, M. y Macones, G., Strauss, J. (2012) Estudio clínico randomizado del efecto de la suplementación alimenticia durante el embarazo con L-arginina y vitaminas antioxidantes en pre-eclampsia en población de alto riesgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 77(3): 243-245.
- van Montfrans, G. A., Karemaker. J. M., Wieling. W., Dunning. A.J. (1990) Relaxation therapy and continuous ambulatory blood pressure in mild hypertension: a controlled study. *British Medical Journal*; 300(6736): 1368–1372.
- Velasco-Murillo, V. y Navarrete-Hernández, E. (2006). Mortalidad materna en el IMSS. Un análisis desde la perspectiva de la morbilidad y la letalidad. *Cirujía y Cirujanos*, 74(1). 21-26.
- Vetere, G., Ripaldi, L., Ais, E., Korob, G., Kes, M. & Villamil, A. (2007). Prevalence of Anxiety Disorders in Patients with Essential Hypertension. *Vertex*, 18 (71), 20-25.
- Villanueva-Egan, L., y Collado-Peña, S. (2007). Conceptos Actuales sobre la preeclampsia-eclampsia. *Revista Facultad de Medicina, UNAM*, 50(2). 57-61.
- Vinaccia, S., Sánchez, V., Bustamante, E., Cano, E., & Tobón, S. (2006). Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 41-51.
- Vögele, C., y Steptoe, A. (1992). Emotional coping and tonic blood pressures as determinants of cardiovascular responses to mental stress. *Journal of Hypertension*, 10(9), 1076-1087.

Wen, S., Chen, X., Rodger, M., White, R., Yang, Q., Smith, G., Sigal, R., Perkins, S., Walker., M. (2008) Folic acid supplementation in early second trimester and the risk of preeclampsia. *American Journal Obstet Gynecol*, 198(1), 45e1-45-e7.

WHO (2009) Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Recuperado el 21 de noviembre de 2012 disponible en <http://www.who.int/gho>

Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., McQueen, M., Budaj, A., Pais, P., Varigos, J., y Lisheng, L. (2004) Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case.control study. *Lancet*. 11(17), 937-952.

.

.

(Schum, Jorgensen, Verhaeghen, Sauro, & Thibodeau, 2003)

(Una & Sobre, 2006)

(Robles, 2001)

ESH