



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**EVALUACIÓN Y MANEJO DE LA IRA EN LAS
ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL
EMBARAZO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:**

CARMEN IVETTE VARGAS MORALES

**Director: Dr. Juan José Sánchez Sosa
Revisor: Dr. Rigoberto León Sánchez
Sinodales: Dr. Samuel Jurado Cárdenas
Dra. Mariana Gutiérrez Lara
Dra. Angélica Riveros Rosas**



**® Facultad
de Psicología**

MÉXICO D.F. CIUDAD UNIVERSITARIA, 2015



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.

**Cualquiera puede enojarse, eso es algo muy sencillo.
Pero enojarse con la persona adecuada, en el grado exacto, en el
momento oportuno, con el propósito justo y del modo correcto,
eso no resulta tan sencillo"**

Aristóteles.

Agradecimientos

Primero, quiero agradecer a mi mamá y a mi papá por su apoyo, su guía y su amor, porque a través de ejemplares esfuerzos, me han enseñado que con inteligencia, talento, trabajo y perseverancia puedo lograr mis metas.

A mis hermanos Rafael y Joel por todo lo que hemos aprendido a compartir, por su afecto y calidez.

Gracias a mis abuelitas, que me inculcaron valores esenciales para ser una mujer productiva y fiel a mis convicciones.

A mis tías por mantener a la familia unida y a todos mis primos, primas, sobrinos y sobrinas que con su entusiasmo me han dado ánimo y alegría.

A Adrián por formar parte de mi vida, gracias por haber sido mi colega, mi amigo y mi compañero en tantas aventuras y experiencias que me ayudaron a madurar; por los días de felicidad, por el amor que compartimos y por las lecciones aprendidas.

A Fanny que en momentos difíciles estuvo para entenderme, por escucharme, confiar en mí y motivarme.

A todas las personas que me alentaron y me brindaron su tiempo: Ramón, Armando y Yaz por su confianza y apoyo.

A Betty por la amistad que nació tan oportunamente y que espero nunca termine.

Le agradezco a la UNAM por todo lo que representa en mi vida universitaria y profesional, por su calidad educativa y su prestigio académico. Porque en sus aulas fortalecí la disciplina y constancia que fueron claves durante este proceso de formación.

Gracias a los maestros de esta Facultad, que por medio de su dedicación y compromiso me transmitieron no solo conoci-

tos teóricos y empíricos, sino también pasión por la psicología, especialmente a la Mtra. Marta López Reyes, al Mtro. Lucio Cárdenas Rodríguez y al Dr. Raúl Ávila Santibáñez.

Con mucho cariño y admiración, al Dr. Rigoberto León Sánchez por su asesoría, paciencia y comprensión para el desarrollo de esta investigación.

Al Dr. Juan José Sánchez-Sosa por sus conocimientos y consejos.

Al Dr. Samuel Jurado y a las Dras. Angélica Riveros Rosas y Mariana Gutiérrez Lara por su profesionalismo.

Al Hospital General Ajusco Medio y sus autoridades por las facilidades para que este estudio se llevara a cabo con éxito.

Y al CoNaCyT por el financiamiento del proyecto 104338 del que se desprende el presente trabajo.

ÍNDICE

Resumen	I
Abstract	III
Introducción	V
Capítulo 1. Los factores psicológicos y su relación con la salud	1
1.1 EL CONTINUO SALUD - ENFERMEDAD	1
1.2 LOS CINCO PILARES DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD	2
1.2.1 <i>Herencia</i>	2
1.2.2 <i>Nutrición</i>	2
1.2.3 <i>Calidad y acceso a servicios de salud</i>	3
1.2.4 <i>Calidad del ambiente físico y social</i>	3
1.2.5 <i>El elemento psicológico</i>	3
1.3 EL FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO Y SUS COMPONENTES	5
1.3.1 <i>Conducta Instrumental</i>	5
1.3.2 <i>Creencias</i>	6
1.3.3 <i>Emociones</i>	7
1.4 INTERACCIÓN INDIVIDUO - AMBIENTE	8
1.4.1 <i>Personalidad</i>	9
1.4.2 <i>Apoyo social y salud</i>	12
Capítulo 2. Enfermedades Hipertensivas del Embarazo	15
2.1 GENERALIDADES DE LAS ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO	15
2.2 CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA DE LAS ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO	18
2.2.1 <i>Hipertensión crónica</i>	18
2.2.2 <i>Hipertensión gestacional</i>	18
2.2.3 <i>Preeclampsia - eclampsia</i>	18
2.2.4 <i>Preeclampsia sobreagregada a hipertensión arterial crónica</i>	20
2.3 EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO	21
2.4 ETIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO	23
2.5 FACTORES DE RIESGO PARA LAS ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO	24
2.5.1 <i>Factores psicosociales de riesgo para las EHE</i>	27
2.6 LA IRA	30
2.6.1 <i>Elementos de la experiencia de ira</i>	31
2.6.2 <i>El proceso de la respuesta de ira</i>	32

2.6.3	<i>La ira funcional y disfuncional</i>	37
2.6.4	<i>La ira y su relación con las Enfermedades Cardiovasculares</i>	39
2.6.5	<i>La ira y su relación con la Hipertensión Arterial</i>	42
2.6.6	<i>La ira en el embarazo</i>	46
2.6.7	<i>Intervenciones del modelo Cognitivo Conductual para el manejo de la ira</i>	47
2.6.8	<i>Efectividad de los tratamientos para el manejo de la ira</i>	49
Capítulo 3. Método		53
3.1	PARTICIPANTES	53
3.2	MATERIALES	64
3.3	PROCEDIMIENTO	67
Capítulo 4. Resultados		71
Capítulo 5. Discusión y conclusiones		93
Referencias		106
Anexos		118

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1-	Características sociodemográficas de las participantes	55
Tabla 2-	Características de la gestación de las participantes	57
Tabla 3-	Medias aritméticas de las características sociodemográficas obstétricas	59
Tabla 4-	Frecuencia de participantes con Complicaciones Obstétricas	60
Tabla 5-	Frecuencia de participantes por niveles de presión arterial y de comportamientos ligados a su elevación	62
Tabla 6-	Medias aritméticas (Kruskal-Wallis) de las preguntas de percepción emocional	71
Tabla 7-	Tamaño del efecto del programa piloto de Intervención para Control de la ira	78
Tabla 8-	Puntajes crudos del STAXI-2 antes y después del programa de intervención para control de la ira, diferencia entre ellos y CCO	80
Tabla 9-	Puntajes crudos del STAXI-2 antes y después del programa de intervención para control de la ira, diferencia entre ellos y CCO	82
Tabla 10-	Registros de las cifras de presión arterial antes y después del programa de intervención para control de la ira	83

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Frecuencia de mujeres con antecedente familiar de HASC por grupo	63
Figura 2- Rangos promedio obtenidos por las participantes en las escalas del STAXI-2.	73
Figura 3- Distribución de los rangos promedio de las escalas del STAXI-2 por grupo.	75
Figura 4- Distribución de los rangos promedio de las subescalas de Expresión y Control del STAXI-2 por grupo.	76
Figura 5- Distribución de los puntajes de ira previos y posteriores a la intervención de la paciente 3	86
Figura 6- Distribución de los puntajes de ira previos y posteriores a la intervención de la paciente 4	88
Figura 7- Distribución de los puntajes de ira previos y posteriores a la intervención de la paciente 5	91

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1- Consentimiento informado	119
Anexo 2- Entrevista	121
Anexo 3- Inventario de Expresión de Ira, Estado - Rasgo	123
Anexo 4- Diapositivas para el módulo de Psicoeducación	125
Anexo 5- Tríptico de Entrenamiento Autógeno	128
Anexo 6- Infografía de los Daños del Enojo	130
Anexo 7- Autoevaluación de ira	131
Anexo 8- Carnet de registro conductual para Entrenamiento en relajación	132
Anexo 9- Guía de Reestructuración cognitiva	133
Anexo 10- Guía de Comunicación Asertiva	134

Resumen

A nivel mundial y nacional las enfermedades hipertensivas del embarazo (EHE) representan un problema de magnitud importante para la salud materna, pues actualmente constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna, fetal y neonatal en diversos tipos de poblaciones.

La etiología de este grupo de trastornos aún no está explicada con claridad, pues falta precisar con exactitud sus mecanismos patogénicos, sin embargo, debido a su similitud con la sintomatología de la hipertensión arterial sistémica crónica (HASC), se ha propuesto que sus causas tanto psicológicas, como fisiológicas puedan ser las mismas, entre ellas, las respuestas inadecuadas al estrés y la exposición a episodios de violencia intrafamiliar, a ésta última subyace el manejo deficiente de la ira, por lo que las formas de expresarla y conducirla, pudieran ser un factor de riesgo determinante en el desarrollo de estas patologías específicas de la gestación, como lo es la supresión de la ira en pacientes hipertensos.

El presente estudio tuvo tres objetivos centrales: (1) determinar la relación entre la *Expresión Interna de la ira* y la hipertensión arterial en mujeres embarazadas; (2) identificar el perfil de ira para cada uno de los tres grupos de embarazadas examinados (Enfermedad Hipertensiva del Embarazo, Otros Padecimientos y Embarazo Sano), así como detectar diferencias estadísticamente significativas entre ellos, especialmente en la dimensión de *Expresión y Control* de la ira en el grupo con EHE y (3) explorar el efecto de un programa piloto de intervención Cognitivo-Conductual para Control de la ira dirigido a pacientes con Enfermedades Hipertensivas del Embarazo. Para lograrlos, en el estudio 1 se empleó un diseño no experimental, transversal, correlacional y retrospectivo en el que participaron 62 mujeres, a quienes se les aplicó el Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2), además de un cuestionario en forma de entrevista semiestructurada para la obtención de datos sociodemográficos, características del embarazo, antecedentes ginecoobstétricos, factores de riesgo y diagnóstico de hipertensión por parte de un médico obstetra. Los resultados mostraron que efectivamente la supresión de la ira o Expresión Interna, está asociada con cifras de hipertensión diastólica en las mujeres embarazadas. Los

perfiles de ira entre grupos no presentaron diferencias estadísticamente significativas, aunque el grupo de EHE fue el que mostró peores niveles de expresión y control, como se esperaba. En el estudio 2 se trabajó con un diseño experimental de réplicas individuales de efectos, con medidas antes y después, en el cual el programa piloto de intervención psicológica para control de la ira, mostró beneficios tanto en los niveles de Expresión y Control de la ira, como en las cifras de presión arterial en la mayoría de mujeres con EHE que aceptaron recibirlo. Aunque no en todos los casos se obtuvieron mejorías estadísticamente significativas, los resultados sugieren que la intervención piloto fue de utilidad en el aspecto clínico y psicológico.

Abstract

Pregnancy Hypertensive Disorders (PHD) represent a global and national significant problem for maternal health, because at present they constitute one of the main causes of maternal, fetal and neonatal morbidity and mortality in different types of populations.

The etiology of this group of disorders is not yet clearly explained, for lack specify their exact pathogenic mechanisms, nevertheless, due to its similarity to the symptoms of chronic hypertension (CHTN) has proposed that both causes psychological, and physiological may be the same, including inadequate responses to stress and exposure to episodes of domestic violence, the latter underlies poor anger management, so that the forms of expressing and lead the anger feelings, could be a material risk factor in the development of these specific pathologies of pregnancy, as it is the suppression of anger in hypertensive patients.

The objectives of this research were threefold: (1) determine the relationship between the Internal Expression of anger and hypertension in pregnant women; (2) identify the profile of anger for each of the three groups of pregnant examined (Pregnancy Hypertensive Disorders, Other Conditions and Healthy Pregnancy) and detect differences between them, especially in the dimension of Expression and Control of anger in the group with PHD and (3) explore the effect of a pilot cognitive behavioral intervention program for Anger directed at patients with Pregnancy Hypertensive Disorders.

To achieve them, in Study 1 a non-experimental, cross-sectional, retrospective correlational design was used, in which 62 women participated, who were applied the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI-2), in addition to a questionnaire semi-structured interview format to obtain sociodemographic data, characteristics of pregnancy, gynecological and obstetric history, risk factors and the diagnosis of hypertension by an obstetrician. The results showed that effectively suppressing anger or Internal Expression is associated with diastolic hypertension figures in pregnant women. Anger's profiles among groups showed no statistically significant differences, although the group of PHD was the worst showing expression and control levels, as expected. In Study 2 was utilized an experimental design of individual copies of effects, measured before and after, in which the pilot psychological intervention for anger management,

program showed benefits both levels of Expression and Control anger, as in the blood pressure in most women with PHD who agreed to receive it. Although not in all cases statistically significant improvements were obtained, the results suggest that the pilot intervention was useful in the clinical and psychological aspects.

Introducción

A pesar de que la mortalidad materna mundial se ha reducido a casi la mitad entre la última década de los noventa y la primera del siglo XXI, en el año 2013 alrededor de 290,000 mujeres murieron (800 cada día) aproximadamente 289,000 de ellas por causas prevenibles durante el embarazo, parto o puerperio y 99% de esas muertes ocurre en los países en desarrollo. La tasa de mortalidad materna en el 2013 fue quince veces mayor en los países en desarrollo que en los desarrollados (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014).

Los datos nacionales también son poco alentadores ya que al corte del mes de diciembre de 2013 ocurrieron 910 muertes maternas, en tanto que para el mismo corte de 2014 se registraron 902, una reducción de apenas el (0.9%) (Dirección General de Epidemiología [DGE], 2014)

La OMS (2014) declaró que son cuatro las principales causas de mortalidad en mujeres embarazadas: hemorragia grave, infecciones, los trastornos hipertensivos como hipertensión gestacional, preeclampsia-eclampsia y finalmente los abortos peligrosos, que en conjunto constituyen alrededor del 80% de las muertes maternas en todo el mundo.

La Dirección General de Epidemiología [DGE] informó (2014) que en México las Enfermedades Hipertensivas del Embarazo son la segunda causa de defunción con un porcentaje de 19%, precedida por la Hemorragia obstétrica con 19.6% y seguida de Enfermedades Respiratorias 10.3%

En México la ocurrencia aproximada de hipertensión es de 6 a 10% de los embarazos (SSA, 2010), lo cual demanda atención médica oportuna para disminuir el riesgo de mortalidad materno-fetal.

La hipertensión en el embarazo contribuye a generar múltiples y diversos riesgos de salud tanto para la madre, como para el feto. Causa desprendimiento de la placenta que normalmente se encuentra insertada, mortalidad fetal y neonatal, parto pretérmino y puntajes bajos en el test pediátrico de Apgar. En la madre puede generar consecuencias muy graves, tales como la insuficiencia renal aguda,

hemorragia cerebral, coagulación intravascular diseminada y shock (Rosell, Brown y Hernández, 2006).

Ante todas las complicaciones y riesgos, en la actualidad la principal opción para el tratamiento de las EHE es la prescripción de medicamentos. Los principales cinco fármacos utilizados son: alfametildopa, hidralacina, los betabloqueadores, el labetalol y los anticálcicos. Aunque cuentan con un margen de seguridad razonable para el feto y la madre, todos ellos pueden desencadenar efectos adversos, ente otros: sintomatología depresiva o depresión (formalmente diagnosticada), vértigo, anemia, taquicardia refleja, broncoespasmo, apnea, cefalea y sofocación entre otros (Vázquez, Reina, Román, Guzmán y Méndez, 2005).

Además de los efectos secundarios, el tratamiento farmacológico suele implicar la elevación tanto de requisito de respuesta para su cuidado por parte de las pacientes y sus familias, como de costos en los servicios de salud. Estos últimos, además suelen ser poco accesibles para las poblaciones de bajos recursos, por lo que surge la necesidad de probar la efectividad de tratamientos que se focalicen en los factores psicológicos: emociones, creencias (cogniciones) y conducta instrumental que mantienen o potencian la enfermedad. Actualmente las propuestas terapéuticas buscan implementar intervenciones en las que la paciente se convierta en integrante activo de tratamientos que contribuya al proceso de recuperación de la salud mediante la adquisición de destrezas de autorregulación emocional, de solución de problemas y la modificación de creencias disfuncionales (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer y Fang, 2012; Sánchez Sosa, 1998).

El principal beneficio que se busca al conjuntar los tratamientos médicos y los psicológicos en mujeres con EHE es el de disminuir las cifras de tensión arterial, y por ende, reducir la intensidad, frecuencia y duración tanto de sus propios síntomas, como de los efectos secundarios de los medicamentos y, en ciertos casos, permitir que el bebé alcance un mayor grado de maduración fetal al permanecer el mayor tiempo posible en el útero materno.

El manejo disfuncional de emociones resultado del estrés como la ansiedad, y la sintomatología depresiva se han asociado a estados hipertensivos del embarazo (Leeners, Neumaier-Wagner, Kuse, Stiller

y Rath, 2007; SSA, 2002). Más específicamente, se ha documentado un vínculo entre emociones como la ira con las enfermedades cardiovasculares (Hosseini, Mokhberi, Mohammadpour, Mehrabianfard y Lashak, 2011; Kawachi, Sparrow, Spiro, Vokonas y Weiss, 1996; Miguel-Tobal, 1993; Siegman, 1994).

En efecto, la ira tiene como concomitante fisiológico la activación y reactividad cardíaca y al parecer el caso de las enfermedades hipertensivas del embarazo no son una excepción (Nickel et al., 2006).

La literatura de investigación refiere pocos estudios sobre el efecto de intervenciones cognitivo-conductuales para la atención de las EHE. Este tipo de terapia se ha probado mayormente en participantes sin diagnóstico de cuadros cardiovasculares por lo que no reflejan la necesidad de mejoría o disminución de riesgo en el ámbito de salud somática gestacional.

No obstante, los procedimientos para el manejo del estrés, entre los que destacan la Terapia Cognitiva-Conductual, la educación para la salud y el establecimiento de destrezas de regulación emocional como la relajación muscular progresiva profunda (RMPP), agregadas al tratamiento médico, producen una reducción importante en la angustia, la tensión arterial y los niveles de colesterol en pacientes con enfermedad coronaria (Linden, Stossel y Maurice, 1996).

Asimismo, los programas psicoeducativos generan efectos positivos al reducir los factores de riesgo mencionados en personas que padecen enfermedad cardíaca: disminuyen la mortalidad por esta causa y la recurrencia de infarto al miocardio (Dixhoorn y White, 2005; Dusseldorp, van Elderen, Maes, Meulman y Kraaij, 1999).

Aunque un estudio mostró efectos modestos de la relajación muscular progresiva profunda (RMPP) sobre la presión arterial (López, 1996), varios estudios han revelado que este entrenamiento, produce decrementos significativos, prácticamente inmediatos y sostenidos en frecuencia cardíaca y tensión arterial (González y Amigo, 2000). Otros estudios han encontrado, además de reducción en presión arterial, disminución en la necesidad de uso de medicamentos hipotensores (Labiano y Brusasca, 2002; Riveros, Ceballos, Laguna y Sánchez Sosa, 2005).

La RMPP, combinada con ejercicios de rehabilitación, puede mejorar el proceso de recuperación después de un evento isquémico. Se han registrado efectos clínicos relevantes como la reducción de la frecuencia cardiaca en reposo, disminución de la ansiedad y el riesgo de muerte, además de mejorar el estado emocional y físico del paciente (Dixhoorn y White, 2005).

En México se han aplicado tratamientos psicológicos de corte cognitivo conductual para disminuir el impacto dañino de la hipertensión (Ceballos y Laguna, 2004; Moreno et al., 2006; Riveros et al., 2005). También se han logrado efectos como reducción de las cifras de presión arterial, incremento temperatura distal periférica, además de control de ansiedad, depresión y mejoría en adhesión a tratamientos médicos y en Calidad de Vida (Riveros, 2007). Estas intervenciones también han mejorado estilos de afrontamiento al estrés (Ceballos y Laguna, 2004).

Estudios recientes documentan que el entrenamiento en respiración diafragmática y la inducción de relajación muscular progresiva profunda (RMPP) en secuencia céfalo-caudal contribuye a controlar los niveles de presión arterial en pacientes con diversos tipos de enfermedades, tales como hipertensión esencial reactiva, diabetes mellitus II, cirrosis hepática, insuficiencia renal y enfermedades gastrointestinales (Moreno et al., 2006; Riveros et al., 2005; Riveros, 2007).

Otros estudios muestran, adicionalmente, que el empleo de técnicas de RMPP potencia los efectos de los programas de psico-educación (Cowan, Pike y Budzynski, 2001; Moreno et al., 2006).

Mujeres con hipertensión gestacional se beneficiaron al recibir un tratamiento cognitivo-conductual, con módulos de entrenamiento autógeno (relajación y biofeedback) (Kimzey, 1986) y en mujeres con preeclampsia, la psico-educación sobre el estado hipertensivo en el embarazo y la reestructuración cognitiva mejoran la presión arterial diastólica y los niveles de estrés, además adquieren habilidades de afrontamiento centrado en solución de problemas (Flórez-Alarcón y Rodríguez, 2001). Las intervenciones psicosociales dirigidas a reducir el estrés emocional durante el embarazo, pueden ayudar a disminuir el riesgo de que se desarrollen o empeoren las EHE (Leeners et al., 2007).

En cuanto al tratamiento del enojo, algunos estudios han revelado que, en condiciones generales, la TCC es moderadamente efectiva al reducir los problemas con la ira (Hofmann et al., 2012).

Un meta-análisis comparó la efectividad de cuatro tipos de psicoterapia (Cognitivo-Conductual, Cognitiva, RMPP y Otras) para el tratamiento de diversos problemas de ira, como la ira al conducir vehículos, la supresión y expresión inadecuada de la ira. Sus resultados revelaron que aunque las cuatro intervenciones producen un efecto positivo de mediano a largo con tasas de éxito de 65% al 70% (dependiendo del motivo de consulta) algunos tratamientos son más efectivos que otros. Por ejemplo, cuando el cliente presenta dificultades con la expresión de la ira es más conveniente trabajar con TCC, si por el contrario la supresión de la ira es el foco, la Terapia Cognitiva da mejores resultados (Del Vecchio y O'Leary, 2004).

En virtud de estos antecedentes esta investigación busca evaluar si existe una relación entre el perfil de ira específicamente la Expresión Interna y la hipertensión arterial en mujeres gestantes.

En este estudio se midieron tres variables de la ira: 1. Estado, 2. Rasgo y 3. Expresión-Control en tres grupos de mujeres embarazadas, por lo cual también se pretende identificar y comparar el perfil de ira entre embarazadas hipertensas (EHE), embarazadas con otros padecimientos (OP) y embarazadas sanas(ES) dirigiendo especial atención a la Expresión y el Control de la ira.

Así mismo se explora el impacto de un programa de intervención cognitivo conductual para control de la ira en los niveles de expresión de la ira y presión arterial de pacientes con Enfermedades Hipertensivas del Embarazo.

CAPÍTULO 1. Los factores psicológicos y su relación con la salud

Si bien la idea de que los factores psicológicos influyen sobre la salud data muy probablemente desde los tiempos de Aristóteles, o quizá antes, más formalmente comenzó a destacarse desde mediados del siglo XX. De hecho, la Organización Mundial de la Salud difundió esta premisa desde 1948, al definir la salud como “*un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” (OMS, 2006), de modo que los aspectos psicosociales comparten el mismo nivel de importancia que los biológicos, en el funcionamiento sano y la productividad del individuo.

Esta propuesta ha cobrado tal relevancia, que se han forjado las especialidades que actualmente se conocen como *Psicología de la Salud y Medicina Conductual*. La primera definida como el área que se dedica a estudiar y analizar la aplicación de los principios y mecanismos psicológicos para el mantenimiento de la salud. La segunda implica el diseño e implementación de intervenciones dirigidas a la recuperación de la misma y en algunos casos a reducir la discapacidad y facilitar la rehabilitación (Sánchez-Sosa, 2002).

1.1 El continuo Salud - Enfermedad

La distancia existente entre el estatus de salud y enfermedad se ha propuesto como un continuo que presenta distintos valores en diversas dimensiones. Habría un punto de corte que separa éste continuo en dos fases, la fase pre-patógena que se caracteriza por la ausencia de signos o síntomas de enfermedad y la fase patógena en la que éstos se manifiestan (Leavell y Clark, 1965). Una vez que la enfermedad comienza a causa de la interacción entre los estímulos patógenos y el anfitrión humano, los síntomas son perceptibles y tipificables, entonces la enfermedad puede evolucionar, agravarse e inducir valores extremos como discapacidad permanente o incluso muerte prematura. Sin embargo, si se instrumentan intervenciones apropiadas es posible lograr la recuperación (Martín, 2003).

Por lo tanto la salud debe entenderse como proceso y no como un estado absoluto, pues está conformado por un conjunto de eventos consecutivos que interactúan con un continuo de factores biopsicosociales identificables y manejables, que generan y

caracterizan a los estados saludables (Cortés, Ramírez, Olvera y Arriaga, 2009).

1.2 Los cinco pilares de la Salud y la Enfermedad

Ya que la salud incluye elementos físicos, psicológicos e interpersonales, el preservarla, deteriorarla o recuperarla depende de la contribución de, por lo menos, cinco factores principales (Sánchez-Sosa, 2002).

1.2.1 Herencia

La herencia se refiere a las características funcionales y estructurales del organismo que adquirimos genéticamente y que actúan conjuntamente con el ambiente interno y externo, dichas características se traducen en propensiones a determinadas condiciones las cuales obtuvimos de generaciones anteriores.

Por lo tanto, este factor establece la vulnerabilidad de sistemas, aparatos u órganos, al desarrollo de ciertas enfermedades específicas y la efectividad de nuestro sistema para hacerles frente. De tal forma que, nuestra dotación hereditaria es relativamente estable y no modificable (Sánchez - Sosa, 2002).

1.2.2 Nutrición

La calidad, cantidad y variedad de nutrientes que adquirimos a lo largo de la vida, aún desde antes de nacer, determinan en gran parte nuestro desarrollo, la estabilidad de nuestra salud y la capacidad para recuperarnos de las enfermedades. Una nutrición balanceada promueve la fortaleza del sistema inmunológico para la defensa contra agentes externos dañinos pero también, la descarga oportuna de toxinas y sustancias que pueden causar enfermedad.

El papel de la nutrición puede tomar dos vertientes, ya que una alimentación balanceada puede ser un factor protector aún ante propensiones a padecimientos específicos, una deficiente nutrición podría contribuir a múltiples problemas de salud a pesar de que nuestra dotación genética nos ayude a combatirlos (Sánchez-Sosa, 2002).

1.2.3 Calidad y acceso a servicios de salud

El acceso a un servicio de salud adecuado requiere material, tecnología, e instalaciones en buen estado y un equipo de personas competente que brinde atención completa y oportuna; este conjunto de elementos ayuda a determinar la gravedad y frecuencia con la que nos enfermamos, además de la rapidez con la que nos aliviamos, o por el contrario con la que nos exponemos al riesgo de contraer las mismas o diferentes enfermedades, afectando nuestro funcionamiento y por ende nuestra calidad de vida.

Recibir un servicio de salud por profesionales entrenados y capacitados, propicia la ocasión de reducir las probabilidades de recaer al recibir instrucciones para prevenir la enfermedad o tratarla oportunamente (Sánchez-Sosa, 2002).

1.2.4 Calidad del ambiente físico y social

Las propiedades del medio circundante constituyen un peso trascendente sobre el continuo salud - enfermedad, pues las condiciones naturales, artificiales y sociales de la región donde vivimos influyen directamente en el tipo y modo en que adquirimos enfermedades; por ejemplo el clima, la flora y la fauna se refieren a las aspectos naturales del ambiente; el grado de contaminación del aire, los residuos tóxicos en el agua o el nivel de radiación serían circunstancias inducidas por la actividad humana que también afectan nuestra salud. Por otra parte el entorno social que nos rodea y el modo de interactuar con los otros también representan un elemento predictor de la calidad de nuestra salud, por ejemplo, ante problemas serios de seguridad o alta criminalidad (Sánchez-Sosa, 2002).

1.2.5 El elemento psicológico

El último factor se refiere al comportamiento humano, el cual puede dañar o proteger la salud, por ello las intervenciones psicológicas buscan modularlo en orden a establecer hábitos y estilos de vida saludables que favorezcan la preservación o restauración de la misma (Sánchez-Sosa, 2002).

Así, cuando una persona presenta alguna aflicción, la psicología de la salud aporta orientación y dirección para minimizar los efectos de la enfermedad y aumentar el bienestar, por ejemplo: buscar un tratamiento profesional conveniente, cumplir las prescripciones de medicamentos, dieta y actividad física, modular las emociones nocivas y dirigir acciones que disminuyan el malestar. Si la persona se encuentra en una etapa de discapacidad permanente o con una enfermedad grave, entonces se le ayudará a adaptarse y a recuperar cierto grado de funcionalidad, que incluso puede lograrse a través de la capacitación de cuidadores o familiares (Sánchez-Sosa, 2002).

Por lo anterior, es preciso identificar los componentes del funcionamiento psicológico que participan en la determinación del estado de salud, su condición, recuperación y el riesgo de enfermar.

1.3 El funcionamiento psicológico y sus componentes

El funcionamiento psicológico consta de, entre otros, tres componentes: la conducta instrumental, las creencias o cogniciones y las emociones, los cuales se afectan unos a otros en todo momento, y a su vez interactúan con diversos factores ambientales y sociales, repercutiendo en el resguardo o pérdida de la salud (Sánchez-Sosa, 2002).

1.3.1 Conducta Instrumental

A lo largo de la vida y a través de la interacción con nuestro ambiente social y natural, los humanos aprendemos conductas que protegen nuestra salud, algunas veces logramos adoptar hábitos saludables pero otras realizamos acciones que nos ponen en riesgo de enfermarse (Sánchez-Sosa, 2002).

La conducta instrumental se refiere a todas las acciones que, al operar sobre el ambiente interno y externo (físico, social y biológico), producen consecuencias específicas, ya sean negativas o positivas de las cuales se generará un proceso de aprendizaje, ocasionando que el sujeto actúe del mismo modo o de modo similar en el futuro (Millenson y Leslie, 1979).

Algunas conductas como beber alcohol, fumar y descuidar la asepsia en conjunto con otros factores de riesgo precipitan el desarrollo de infecciones o enfermedades crónicas y propician dificultades de interacción social, (Sánchez-Sosa, 2002). En cambio adoptar conductas como prácticas de ejercicio aeróbico, relaciones sexuales protegidas, alimentarse de forma nutritiva, mantener hábitos de higiene, reducir el consumo de sustancias tóxicas, emplear recursos personales para disminuir los efectos del estrés, participar en programas de prevención y hacer uso de los servicios sanitarios, son claramente factores protectores ante determinados riesgos de enfermedad (Martín, 2003).

Justamente, el comportamiento saludable se aprende, pues implica asumir procesos de identificación, atención, adquisición, práctica, mantenimiento y desarrollo (Cortés et al., 2009).

1.3.2 Creencias (Cogniciones)

Las creencias, ideas y convicciones que las personas poseen, ejercen un efecto directo sobre su conducta, es decir, generalmente los humanos actúan conforme a lo que piensan y consecuentemente modifican su condición de salud al involucrarse en comportamientos riesgosos o saludables (Sánchez-Sosa, 2002).

Las creencias son las 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 (Ribes y Sánchez, 1994; p. 65). En el contexto de la Medicina Conductual, las creencias son formas de describir el sentido que articula a un conjunto de prácticas que protegen o ponen en riesgo la salud, incluyendo las que facilitan el tratamiento de una enfermedad o las que interfieren con éste. Si no ocurren estas acciones, estructuradas de manera particular, del paciente y sus allegados, su actuación carecería de sentido.

Las creencias pueden deteriorar la salud mediante dos vías:

La primera es obstaculizando las conductas necesarias para la conservación de la salud. Ya que alguien podría pensar que el consumo de tabaco le permite pertenecer a un grupo social de su interés y que incluso dicha conducta lo acerca a la aceptación de los demás, esta creencia lo motivará a fumar aun conociendo los múltiples daños que ocasiona dicho hábito. Este tipo de creencias resultan de información insuficiente o distorsionada, y de sesgos originados o fomentados por otros. Así, el hecho de que las personas arriesguen su salud, en parte se debe a que sus cogniciones son incompatibles con las demandas ambientales o con su propia adaptabilidad psicológica (Sánchez-Sosa, 2002).

La segunda vía se da porque las creencias también afectan la regulación de las emociones. Por ejemplo, cuando una persona piensa en su enfermedad como un evento catastrófico, es probable que experimente emociones negativas y se crea incapaz de resolver la situación. Dado que las creencias tienden a provocar reacciones emocionales en sintonía con aquellas, si las ideas negativas se

vuelven muy persistentes o intensas, pueden provocar efectos nocivos (Repetti, Taylor y Seeman, 2002).

Por ello los psicólogos de las tradiciones cognitivas han propuesto que en realidad lo que contribuye a determinar nuestros niveles de estrés, es la forma en la que pensamos de los eventos y el ambiente que nos rodea, a veces más que los estímulos ambientales por sí mismos, por lo que si modificamos nuestras creencias, se pueden reducir los efectos del estrés (Straub, 2007).

1.3.3 Emociones

Las emociones y los sentimientos pueden repercutir positiva o negativamente en el bienestar del individuo, porque el papel de las emociones está inmiscuido en al menos dos aspectos que atañen a la psicología de la salud (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000; Côté-Arsenault, 2007).

Los episodios frecuentes, prolongados y sostenidos de emociones negativas pueden propiciar estados debilitantes, como en el caso del estrés y la ansiedad que interfieren con procesos fisiológicos como la secreción hormonal que afecta la capacidad inmunológica del organismo (Sánchez - Sosa, 2002).

Por otra parte el componente afectivo puede también influir en la conducta instrumental obstruyendo las acciones preventivas o curativas. Por ejemplo el nivel de adhesión terapéutica de una persona enferma podría presentar dificultades para seguir protocolos de comportamiento saludable, como el registro de síntomas, el uso correcto de medicamentos, vacunas o llevar un régimen alimenticio (Holtz, Kaptein, Pruitt, Sánchez-Sosa y Willey, 2003).

Finalmente, cuando experimentamos experiencias críticas que demandan procesos de adaptación y cambio relativamente inmediato, el manejo del estrés y la modulación de las emociones negativas que surgen de esa situación, adquieren un rol definitorio en nuestro estatus de salud (Repetti et al., 2002).

1.4 Interacción individuo - ambiente

La relación que establece el individuo con su ambiente es medular para comprender su posición en el continuo salud-enfermedad.

Tanto las características del ambiente, como el comportamiento aprendido son variables que ejercen una relación recíproca sobre la enfermedad, pues afectan la forma en que el sujeto enfrenta o evade los eventos estresantes (Cohen, 1979).

En efecto, el estrés se ha asociado a una vasta cantidad de padecimientos como el cáncer, cardiopatías coronarias, supresión de la función inmunológica, entre otros (Cohen, 2004).

De hecho, desde la segunda mitad del siglo XX hemos ingresado en una fase de transición epidemiológica, pues las enfermedades crónicas han desplazado a las infecciosas en cuanto a las tasas de morbilidad y mortalidad (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000) tal tendencia se proyecta en el pronóstico de la OMS para el año 2030, ya que el 75 por ciento de las muertes serán a causa de enfermedades crónicas no transmisibles como cardiopatías y cáncer, de modo que, las infecciones serán responsables de menos decesos (OMS, 2013a).

La peculiaridad de las enfermedades crónicas es la estrecha relación que guardan con la conducta humana y el estilo de vida, por lo cual es altamente probable que una persona que viva situaciones estresantes constantemente incremente las conductas de riesgo y reduzca las saludables (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

Incluso se ha demostrado que la ansiedad, la hostilidad y la depresión, están asociadas a conductas de riesgo como el consumo de alcohol y tabaco, el descuido de la dieta, el ejercicio físico y las alteraciones del sueño (Marks et al., 2008).

Por lo anterior resulta especialmente importante involucrarnos en acciones para resolver la situación, regulando nuestras emociones y nuestra forma de pensar acerca del evento estresante para lograr un nivel de adaptación y conservarnos saludables (Sánchez-Sosa, 2002).

1.4.1 Personalidad y salud

Algunas propuestas clásicas, conjeturan que las experiencias estresantes pueden alterar el modo en que la persona valora los síntomas orgánicos y la forma de afrontarlos, sin embargo, también es posible que el sujeto posea alguna dimensión de personalidad que produzca la tendencia a quejarse de síntomas físicos y circunstancias difíciles, o bien presentar una hipersensibilidad a dichos síntomas y a aspectos negativos, que afectarán la forma de percibir, describir y tratar los síntomas. Si bien los estados emocionales negativos pueden provenir del ambiente (eventos que demandan grandes esfuerzos) o del propio sujeto (sus creencias, valoraciones y estrategias), ciertos rasgos de personalidad interactuarían con estar expuesto a determinadas situaciones estresantes (Cohen, 1979). En cualquier contexto, todo parece señalar que tanto las emociones como las creencias desencadenan efectos fisiológicos (Kreibig, 2010).

La literatura de investigación ha documentado considerable especificidad en la respuesta del Sistema Nervioso Autónomo ante algunas emociones (Kreibig, 2010). En el caso de la ira, ésta produce incrementos en las presiones sistólica y diastólica, la frecuencia cardíaca, la resistencia al flujo sanguíneo por constricción vascular, el volumen de sangre durante el periodo de sístole y el esfuerzo cardíaco (Hamer, Tanaka, Okamura, Tsuda y Steptoe, 2007).

A largo plazo, las variables emocionales negativas como la depresión, la ira, la hostilidad, la agresividad y la ansiedad son factores que predisponen a estados estresantes, bajo rendimiento del sistema inmune y conductas no saludables, incitando otras enfermedades graves (Martín, 2003).

La conducta tipo A caracterizada por motivación competitiva, agresividad, impaciencia, ambición de superación y sensación permanente de urgencia, se ha vinculado reiteradamente con mayor incidencia de enfermedad coronaria, específicamente con ataques cardíacos entre los 30 y 50 años de edad (Friedman y Rosenman, 1974).

Las personas que experimentan periodos extensos de tristeza, ansiedad crónica, suspicacia y tensión continua u hostilidad presentaron mayor riesgo de contraer alguna enfermedad como asma, artritis, deficiencias cardiacas, úlceras pépticas y cefaleas (Goleman, 1998).

Los componentes de la conducta tipo A: la impaciencia, la competitividad y la hostilidad tienen una asociación positiva con la incidencia de hipertensión en la adultez, independientemente de factores como edad, sexo, raza, índice de masa corporal, consumo de alcohol, nivel de actividad física y escolaridad (Yan et al., 2003).

Desde hace 40 años el tema de la ira y la enfermedad ha producido abundantes hallazgos, pues está involucrada en diversos padecimientos cardiacos graves, más consistentemente con la hipertensión arterial (Crane, 1981; Helmers, Baker, O'Kelly y Tobe, 2000; Hosseini et al., 2011).

Una vez que se padece la enfermedad cardiaca, la ira es especialmente letal, porque cada episodio de ira le añade al corazón una tensión adicional, aumentando el ritmo cardíaco y la presión sanguínea (Goleman, 1998). Adicionalmente las experiencias y expresiones de ira se asocian con morbilidad cardiovascular (Kawachi et al., 1996).

Respecto a las investigaciones pioneras acerca de los factores emocionales maternos ligados a complicaciones obstétricas, se encuentra el estudio de Mc Donald (1965) quien a partir de la aplicación del Inventario (MMPI) y la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor, elaboró un perfil psicológico en 69 embarazadas solteras con alguno de los siguientes tres diagnósticos: 1. Ruptura prematura de membranas uterinas, 2. Ganancia excesiva de peso y 3. Preeclampsia. Las pacientes de los tres grupos presentaron diferencias significativas en comparación con el grupo control de embarazo normal, en las escalas que refieren preocupación por las funciones corporales, alto retraimiento social y emocional, mayor ansiedad de la que perciben y mayor tendencia a la depresión.

Un estudio colombiano con 90 embarazadas que padecían preeclampsia, mostró que los eventos internos al embarazo

presentaron un nivel estresante global mayor que el de los sucesos externos. Las gestantes manifestaron más preocupación y estrés por el bebé, y eventos relacionados consigo como el parto, que por su situación económica, por contraer otra enfermedad diferente a la preeclampsia, el acceso a los servicios de salud su situación familiar o por su situación de pareja. Además identificaron que en estas mujeres prevalecía un estilo de afrontamiento al estrés más de tipo emocional que cognitivo (Cortés y Tamayo, 2000). Flórez-Alarcón y Rodríguez (2001) obtuvieron resultados similares en 60 mujeres colombianas con preeclampsia, ya que el estrés referido a aspectos internos del embarazo y el afrontamiento emocional fueron las variables más preponderantes en estas pacientes.

Lo anterior nos lleva a reiterar que muy diversos factores conductuales, emocionales y cognitivos intervienen de forma importante en la interacción con el ambiente, pues representan un factor clave en la disminución o el incremento del impacto del estrés sobre el organismo y por ende en el estado de salud.

Así, características como alta autoestima, optimismo y un sentido de coherencia muy probablemente facilitan al individuo adquirir habilidades interpersonales que le permiten construir redes sociales más sólidas y duraderas, que le proveerán del apoyo suficiente para afrontar muy diversas situaciones estresantes (Marks et al., 2008).

1.4.2 Apoyo Social y salud

El apoyo social se ha conceptualizado como la compañía de otras personas, mediante la cual se transmite interés emocional, ayuda material y retroalimentación verbal acerca de una situación (Straub, 2007). La investigación en medicina conductual ha indicado que las personas receptoras de apoyo social, viven más tiempo, desarrollan menos padecimientos y se recuperan más rápido de la enfermedad (Cohen, 2004).

Numerosos trabajos han sugerido que el apoyo social reduce el riesgo de desarrollar hipertensión o enfermedades cardiovasculares pues disminuye la reactividad cardiovascular al estrés (Hughes y Howard, 2009; Phillips, Gallagher y Carroll, 2009).

La literatura de investigación distingue tres funciones del apoyo social: emocional, instrumental e informativo; el primero se refiere a aspectos de apego, intimidad, confort, preocupación y cuidado. El segundo se relaciona con la ayuda material y física y el tercero incluye consejo o guía acerca de una situación. A esta propuesta se la ha denominado *Stress, social support and the buffering hypothesis de Cohen y Wills* (Matud, Carballeira, López, Marrero e Ibáñez, 2002).

Esta variedad de funciones es probablemente la clave de la escasa efectividad de algunos programas de apoyo social otorgados por personas que no tienen una relación cercana con la mujer embarazada que recibe la ayuda. Villar et al. (1992) aplicaron un programa de apoyo a mujeres de origen latinoamericano que presentaban factores de riesgo para dar a luz a un infante con bajo peso. Desde la vigésima semana de gestación emplearon técnicas de educación en salud, apoyo emocional y promoción de conductas de cuidado prenatal que al cabo de dos años evidenciaron prácticamente nula mejoría. No se encontraron efectos positivos entre el grupo de intervención y el grupo control en cuanto a las variables de interés: bajo peso del neonato, parto pre-término ni retardo del crecimiento intrauterino. Aunque se invitó a un familiar o amigo de la gestante para que la acompañara en el proceso, el apoyo fue proporcionado principalmente por trabajadoras sociales, pues los parientes o amigos no acudieron al total de las visitas, además de que el programa no estuvo diseñado para resolver problemas familiares o atender

aspectos psicológicos específicos (una clara necesidad de las pacientes) puesto que presentaron altos niveles de ansiedad y baja satisfacción con el apoyo recibido de la pareja.

Debido a que el apoyo social no sólo se refiere a la cantidad de relaciones sociales sino la calidad de las mismas, algunos investigadores exploraron ese aspecto y continuaron el trabajo de Cobb, quien desde 1976 había propuesto que el apoyo social podría reducir la probabilidad de aparición y la gravedad de los trastornos relacionados con el estrés (Trull y Phares, 2003).

Esto se refleja en diversos estudios clásicos: Herrera y González (1987) evaluaron a dos grupos de mujeres embarazadas, uno con hipertensión inducida por el embarazo o trabajo de parto prematuro y un grupo control y midió el nivel de estrés y el apoyo social. Los resultados revelaron una alta proporción de madres solteras y embarazos no deseados en ambos grupos, pero se observó un nivel de estrés significativamente más alto en las mujeres que padecían enfermedad. Los sucesos estresantes y la ansiedad grave sin un apoyo social adecuado durante el embarazo, mostraron un riesgo relativo de 3.85 para desarrollar patología obstétrica, y cuando la mujer estuvo sometida a un alto nivel de estrés el riesgo aumentó a 10.3.

Otro estudio buscó medir el efecto del apoyo social real y percibido, en el cual observaron que, de una muestra de 192 mujeres embarazadas el 19.3% reportó sentirse satisfecha con el apoyo social que poseía y el 80.7% estaba insatisfecha, lo cual representa un alto riesgo de deficiencia en el manejo de sucesos vitales estresantes, con un consecuente riesgo neonatal (Alvarado, Medina y Aranda, 2002).

La carencia de apoyo social también se ha identificado como un factor en la incidencia de parto prematuro en mujeres jóvenes mexicanas (Villanueva, Contreras, Pichardo y Rosales, 2008).

Un estudio con mujeres de nacionalidad mexicana que radicaban en Estados Unidos mostró que un alto nivel de apoyo social promovía conductas saludables durante el embarazo como el uso de vitaminas prenatales, cuidado de la dieta y disminución de la probabilidad de fumar (Harley y Eskenazi, 2006).

De tal forma que, los lazos interpersonales positivos promueven la salud y funcionan como apoyo al afrontamiento, ya que disminuyen la susceptibilidad a la enfermedad, aíslan el daño ocasionado por el estrés y ayudan a las personas a mantener sus regímenes de tratamiento (Trull y Phares, 2003).

Actualmente las investigaciones del área de psicología de la salud han logrado esbozar ciertos aspectos psicológicos y perfiles de personalidad que prevalecen en el desarrollo de EHE, sin embargo, quedan muchas variables por estudiar y revisar en el marco de la prevención y tratamiento de estas enfermedades exclusivas del periodo gestacional.

CAPÍTULO 2. Enfermedades Hipertensivas del Embarazo (EHE)

2.1 Generalidades de las EHE.

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana [NOM]-030-SSA2-2009, la presión arterial es la fuerza hidrostática de la sangre sobre las paredes arteriales, como consecuencia de la función de bombeo del corazón, volumen sanguíneo, resistencia de las arterias al flujo, y diámetro de las arterias (SSA, 2009); la presión arterial sistólica (PAS) refleja el gasto cardiaco y la presión arterial diastólica (PAD) refleja la resistencia vascular (OMS, 2013a).

La presión arterial normal en adultos es de 120 mm Hg cuando el corazón se contrae (tensión sistólica) y de 80 mm Hg cuando el corazón se relaja (tensión diastólica), (OMS, 2013a).

El término Enfermedades Hipertensivas del Embarazo (EHE), distingue a un conjunto de trastornos que se identifican por el aumento sostenido de la presión arterial sistólica, diastólica o ambas presentando valores mayores o iguales a 140/90 mm Hg de presión sistólica y diastólica respectivamente (SSA, 2007). Los mismos parámetros de tensión arterial se usan para diagnosticar Hipertensión Arterial Sistémica Crónica (HASC) en adultos de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013a) y la Norma Oficial Mexicana [NOM]-030-SSA2-2009 p.84 (SSA, 2009).

La hipertensión arterial en el embarazo también se define por tensión sistólica mayor o igual a 140 mm Hg o una diastólica mayor o igual a 90 mm Hg, o ambas, con la paciente en reposo, en al menos dos registros consecutivos, con un mínimo de diferencia de cuatro a seis horas, en un periodo que no rebase los siete días (Barton y Sibai, 2008; SSA, 2010).

Si bien la Secretaría de Salud (2009) determinó que las cifras de presión arterial en adultos se clasifican en cuatro categorías según sus rangos: óptima, normal, fronteriza e hipertensión, para este estudio, en los casos en que el registro de una de las cifras pertenecía a dos categorías, se consideró a la presión diastólica ≥ 90 mm Hg como mejor indicador tanto de alteraciones en la mujer embarazada, como de morbilidad perinatal, ya que está sujeta a menor variación que la

presión sistólica y es más confiable, indicado así en la Guía para la detección y diagnóstico de las EHE (SSA, 2010).

Aunque el número de mujeres fallecidas por complicaciones obstétricas ha disminuido en los últimos 23 años (1990-2013), las embarazadas siguen muriendo por hipertensión (OMS, 2014). De hecho, las EHE todavía constituyen a nivel mundial y nacional una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y fetal (SSA, 2010).

La hipertensión en el embarazo aumenta en la madre el riesgo de padecer insuficiencia cardiaca, renal, hepática y pulmonar, además de accidente vascular encefálico e incluso muerte. En el feto se puede producir retraso del crecimiento intrauterino, prematuridad (menos de 37 semanas de embarazo) y muerte intrauterina (McCoy y Baldwin, 2009; Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología, 2010). Adicionalmente, una vez nacido el bebé puede presentar dificultades respiratorias, retardo en el crecimiento y sepsis (Vanek, Sheiner, Levy y Mazor, 2004).

Entre los síntomas y signos más recurrentes que refieren las mujeres con alguna EHE se encuentran: cefalea persistente, ardor en la boca del estómago, náusea y vómito, zumbidos en los oídos, trastornos visuales, dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen (epigastria), exaltación de los reflejos (hiperreflexia generalizada), estupor e irritabilidad (SSA, 2007).

En los casos del síndrome hipertensivo del embarazo más grave, es decir, la preeclampsia, se presenta cefalea frontal, alteraciones en la vista tales como defectos en la campimetría, escotomas, dolor epigástrico, edema, clonus y espasmos en la retina (Núñez, Sánchez, Morales y Sánchez, 2010). Todas estas complicaciones propician que aumente significativamente el riesgo de muerte materna, especialmente en un contexto en que es difícil el acceso a atención médica en servicios de salud adecuados.

Existen factores que dificultan o imposibilitan la búsqueda o recepción de atención médica durante el embarazo y el parto como: la pobreza, la distancia a los centros de salud, la falta de servicios adecuados, poca información y ciertas prácticas culturales (OMS,

2014). Los cuales pueden desencadenar consecuencias graves e incluso, la muerte.

La defunción materna es aquella que ocurre a la mujer mientras esté embarazada o en los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, sin importar la duración y la etapa del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (SSA, 2010).

En la Clasificación Internacional de Enfermedades ([CIE] -10, p.720), las muertes maternas pueden clasificarse en dos categorías: Defunciones obstétricas directas e indirectas. Las primeras se refieren a aquellas que se derivan de dificultades obstétricas del embarazo, el parto y el puerperio a causa de intervenciones, omisiones, de tratamiento erróneo o de una serie de acontecimientos en cualquiera de las circunstancias anteriores. Las de segundo tipo son las que provienen de alguna enfermedad existente previa a la condición de embarazo o de una enfermedad que evoluciona simultáneamente con el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero que se agrava por los efectos fisiológicos de la gestación (Organización Panamericana de la Salud, [OPS], 1995).

La muerte debida a la condición hipertensiva en el embarazo está catalogada en las defunciones obstétricas directas, (OPS, 1995) y la clasificación diagnóstica de alguna entidad en este grupo de padecimientos (Enfermedades Hipertensivas del Embarazo) se define por diversos parámetros, como la edad gestacional, la presencia o no de proteinuria, síntomas como cefalea, alteraciones visuales y otras afectaciones como daño renal y hepático.

2.2 Clasificación Diagnóstica de las EHE

El Programa Nacional de Educación en Hipertensión Arterial (*National High Blood Pressure Education Program's Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy* (2000) clasifican las EHE en cuatro categorías:

2.2.1 Hipertensión arterial crónica

Hipertensión presente y observable previa al embarazo o diagnosticada antes de las 20 semanas de gestación (NHBPEPWG, 2000; SSA, 2010). La condición hipertensiva que se diagnostica por primera vez en el embarazo y que no se disipa en las 12 semanas posteriores a la resolución del mismo, también se clasifica como hipertensión crónica (NHBPEPWG, 2000; Roberts, Pearson, Cutler y Lindheimer, 2003).

2.2.2 Hipertensión gestacional

Se dictamina cuando la mujer embarazada desarrolla hipertensión después de las 20 semanas de gestación sin evidencia de preeclampsia (NHBPEPWG, 2000). La Hipertensión puede manifestarse en las primeras 24 horas después del parto aunque, sin proteinuria u otros signos del cuadro de preeclampsia. Generalmente, los valores de presión arterial vuelven a la normalidad en los siguientes 10 días al parto (Romero, Tena y Jiménez, 2009).

2.2.3 Preeclampsia - eclampsia

Se define como un síndrome multisistémico de gravedad variable, específico del embarazo, caracterizado por una reducción de la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación (SSA, 2007).

Es considerado un síndrome metabólico puesto que a nivel vascular posee aspectos fisiopatológicos y morfológicos similares a la arteroesclerosis prematura y a la enfermedad arterial coronaria (Villanueva y Collado, 2007).

Se determina por la elevación de la presión arterial a niveles $\geq 140/90$ después de la vigésima semana de gestación, durante el parto o en las

primeras seis semanas después de éste, que se acompaña de proteinuria en una mujer que era normotensa. Sin embargo, si no hay proteinuria el cuadro es sospechoso cuando la paciente presenta dolor de cabeza, visión borrosa y dolor abdominal o por ciertos resultados de las pruebas de laboratorio tales como bajo recuento de plaquetas y valores anormales de enzimas hepáticas (NHBPEPWG, 2000; SSA, 2007). La presencia de edema ya no se considera criterio diagnóstico de preeclampsia (NHBPEPWG, 2000; Romero et al., 2009; SSA, 2010).

Actualmente existe una subclasificación de la preeclampsia dependiendo del grado de hipertensión, proteinuria, daño a distintos órganos, vasoespasmo, dolor y resultados de exámenes de química sanguínea (Romero et al., 2009).

Eclampsia

Este trastorno se determina cuando la paciente con signos y síntomas de preeclampsia, manifiesta convulsiones no atribuibles a otras causas, (NHBPEPWG, 2000) ya sea en el transcurso del embarazo, el parto o en el periodo postparto, por lo general en las primeras 48 horas (Romero et al., 2009).

Cuando hay evidencia de: H= hemólisis, EL (elevación de las enzimas hepáticas, LP= plaquetas bajas, asociadas a signos y síntomas de preeclampsia) se considera que la paciente embarazada presenta una preeclampsia grave atípica o síndrome de HELLP (Romero et al., 2009) éste es un estado inflamatorio agudo asociado al embarazo, similar al Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SSA, 2007).

Esta condición generalmente se diagnostica entre las semanas 27 a 37 y su progresión es relativamente rápida, sin embargo la gravedad de la sintomatología depende de la fase en que se encuentre la enfermedad. Normalmente los principales síntomas son dolor epigástrico con náusea y vómito, cuyas complicaciones pueden resultar mortales (Romero et al., 2009).

2.2.4 Preeclampsia sobreagregada a hipertensión arterial crónica

Como su nombre lo indica este diagnóstico se declara a mujeres que desarrollan preeclampsia-eclampsia con hipertensión crónica preexistente. Los pronósticos son más desalentadores que con las otras clasificaciones aisladas (NHBPEPWG, 2000).

Este diagnóstico se dicta en mujeres con HT crónica que no muestran proteinuria antes de las 20 semanas de gestación, pero que súbitamente presentan un descontrol de presión arterial, que antes era estable, y la aparición o aumento de niveles de proteinuria a ≥ 300 mg en 24 horas o con elevación de enzimas hepáticas, trombocitopenia o síntomas de vasoespasmo (Romero et al., 2009).

2.3 Epidemiología de las EHE

Actualmente la incidencia de las EHE en México muestra cifras que podrían calificarse de preocupantes. A continuación las más representativas de cada una de las entidades diagnósticas.

Hipertensión arterial sistémica crónica

En México este diagnóstico ocurre del 1 al 5% de los embarazos (Romero et al., 2009).

En términos de etiología, la HT Crónica se clasifica en primaria y secundaria (Romero et al., 2009); la primaria, también llamada idiopática se caracteriza precisamente porque se desconocen sus causas, prevalece el factor hereditario y se presenta en el 90% de los casos; el otro 10% se atribuye a la HT secundaria que se refiere a una manifestación clínica de otras enfermedades subyacentes, entre las que destacan nefropatías, endocrinopatías e hipertiroidismo. (Chronic hypertension in pregnancy de Sibai, citado en Romero et al., 2009).

La SSA (2010) advirtió que las mujeres con HT crónica tienen un riesgo de 10 a 20% de desarrollar preeclampsia y por lo tanto manifestar complicaciones como descompensación de las cifras tensionales y aparición de proteinuria.

Hipertensión gestacional

En nuestro país este diagnóstico presenta una incidencia del 6 al 7% de los embarazos. Y el porcentaje de pacientes que presentan hipertensión gestacional y evolucionan a preeclampsia es del 15 al 25% (Romero et al., 2009).

Preeclampsia-eclampsia

Su prevalencia en embarazadas mexicanas es del 3 al 6% de los casos en mujeres sin HASC (SSA, 2010).

Aunque actualmente se conocen los mecanismos fisiopatológicos de la preeclampsia todavía se ignoran las causas de los mismos, debido a esto la detección de su inicio y progresión resulta compleja por lo que la prevención de este padecimiento es casi nula (Romero et al., 2009; SSA, 2010). Por ello las instituciones de salud han “apostado” por la observación y manipulación sistemática de los factores de riesgo como medida para disminuir las probabilidades de desarrollarlo.

Este diagnóstico está catalogado como un síndrome potencialmente peligroso, puesto que la madre puede desarrollar hemorragia intracraneal, rotura hepática, edema pulmonar agudo, insuficiencia renal e incluso llegar a la muerte (Roberts et al. 2003). La única alternativa de tratamiento curativo es la interrupción del embarazo y la extracción de la placenta (SSA, 2007).

Tanto la hipertensión crónica, como la gestacional pueden evolucionar a preeclampsia por lo que su pronto diagnóstico y adecuado tratamiento puede ser la diferencia en la gravedad de los daños materno-fetales.

Preeclampsia sobreagregada a hipertensión crónica

En pacientes con HASC, la preeclampsia se presenta en 10% a 30% de los casos. Además de que en pacientes con HASC que no evolucionan a preeclampsia la muerte perinatal se produce en 0.3% de los casos, por el contrario, si la desarrolla el porcentaje aumenta a 10% (SSA, 2010).

2.4 Etiología de las Enfermedades Hipertensivas del Embarazo

Suele aceptarse que las causas de las EHE incluyen susceptibilidad genética, desadaptaciones inmunológicas, procesos inflamatorios y deficiencias nutricionales (Sibai, 2003), además de anomalías de placentación (NHBPEWG, 2000). No obstante, las causas específicas de las EHE continúan relativamente indefinidas o en proceso de consolidarse.

Actualmente los modelos explicativos más satisfactorios de la etiología para la hipertensión arterial en el embarazo están enfocados a la preeclampsia. Varios autores afirman que ésta se presenta en dos fases, la primera se denomina *síndrome placentario*, tiene lugar durante los dos primeros trimestres y se caracteriza por una alteración en la placenta probablemente mediada por procesos inmunológicos y genéticos de parte de la madre frente a antígenos paternos (Roberts y Cooper, 2001 ; Villanueva y Collado, 2007); la segunda fase cursa en el tercer trimestre, cuando se instala el *síndrome materno* que se refiere a la liberación de sustancias tóxicas que dañan el endotelio y provocan la vasoconstricción generalizada, además de que se presenta aumento de la reactividad vascular y disminución del volumen intravascular (Vázquez et al., 2005). Por lo cual, todo parece indicar que esta hipertensión arterial es un resultado y no una causa del cuadro (Roberts y Cooper, 2001).

Hoy en día las hipótesis más aceptadas apuntan a que estos trastornos tienen un origen multifactorial, es decir, la combinación de factores biológicos, psicológicos, ambientales, socio-económicos y demográficos (SSA, 2002), por lo tanto, desde la óptica de la medicina conductual es importante atender los aspectos psicológicos que precipitan el riesgo de complicaciones. Además de proponer un tratamiento alternativo para las EHE, ya que ningún agente antihipertensivo ha demostrado reducir la mortalidad materna de manera estadísticamente significativa (Sibai, 2003).

2.5 Factores de riesgo para las Enfermedades Hipertensivas del Embarazo

Diversos estudios (Núñez et al., 2010; OMS, 2014; Romero et al., 2009; SSA, 2010;) han establecido diferencias y similitudes en los factores de riesgo que predisponen a las EHE. De los cuales sobresalen principalmente alteraciones placentarias, vasculo-endoteliales, genética-hereditarias, metabólicas, renales, hepáticas, hematológicas e inmunológicas (SSA, 2007).

Para desarrollar Hipertensión en el Embarazo en cualquiera de sus variantes, los factores específicos más comúnmente observados son: edades extremas del periodo reproductivo (menor de 20 mayor a 40 años), nuliparidad (ausencia de partos previos), multiparidad (partos anteriores), historia familiar de preeclampsia, obesidad o delgadez por debajo del peso normal para la talla e hipertensión. Primer embarazo, periodo intergenésico mayor a 10 años (tiempo transcurrido desde el último embarazo), embarazo múltiple, historial personal de: presión arterial alta, hipertensión arterial sistémica crónica, diabetes tipo 1 y 2, enfermedad renal, trombofilia, o preeclampsia previa (García, Costales y Jimeno, 2000; Roiz y Jiménez, 2001; SSA, 2010).

Algunas series de estudios sugieren que para estudiar los factores de riesgo se deben tomar en cuenta las dos principales fuentes de donde provienen (Núñez et al., 2010).

Martineau y Piercy (2009) señalaron factores asociados con la madre: preeclampsia o HASC, hiperandrogismo, dislipidemia, resistencia a la insulina, infecciones, deficiencia de proteínas C o S, entre otras. Los que dependen del producto son: embarazo múltiple o molar e *hidropsfetalis*/ degeneración hidrópica de la placenta (Gabrielli, Layon y Yu, 2009).

La SSA (2007) agregó otros factores de riesgo para padecer preeclampsia, como: IMC $\geq 30\text{kg}/\text{m}^2$, diabetes gestacional, periodo intergenésico mayor a 10 años e historial de infertilidad.

Muchas instituciones de salud clasifican los factores de riesgo para el desarrollo de la preeclampsia en *preconcepcionales* y *concepcionales*

(antes y durante el embarazo), los cuales incluyen los ya descritos, y en estos últimos resalta notablemente la primipaternidad, que denota la exposición al semen de una nueva pareja (SSA, 2007, 2010), aunque no sea el primer embarazo, es decir, aún en multíparas fecundadas por un nueva pareja (Marañón, Fernández, Mastrapa y Bertot, 2009; Roiz y Jiménez, 2001).

Adicionalmente, el historial de preeclampsia es el antecedente personal con mayor probabilidad de repetirse en embarazos subsecuentes, pues las mujeres que desarrollan preeclampsia en la primera gestación tiene siete veces más riesgo de presentarla en la segunda. Si hay antecedentes familiares en madre o hermana se incrementa tres veces dicho riesgo (SSA, 2010). Frente a esto, se recomienda evitar otro embarazo, aunque en el caso de que la mujer insista en el deseo de tener otro hijo se le debe proporcionar información y orientación acerca del periodo intergenésico adecuado, la nutrición pregestacional y el uso de un método anticonceptivo conforme su conveniencia y pertinencia (SSA, 2007).

Con respecto a los factores de riesgo asociados a la pareja, además de la primipaternidad, hay propuestas que sugieren que un periodo corto o limitado de contacto sexual con el padre del bebé es indicador de mayores probabilidades de desarrollar preeclampsia, esto parece ocurrir incluso cuando la pareja masculina presenta antecedente de preeclampsia en un embarazo con otra mujer (Villanueva y Collado, 2007), puesto que se habla de una reacción inmunológica materna a nivel de la placenta frente a antígenos paternos (Roberts y Cooper, 2001).

El aspecto genético también tiene un peso predictivo importante en la incidencia, pues tanto hombres como mujeres que fueron producto de un embarazo preeclámpico, tuvieron más probabilidad de que sus hijos presentaran una gestación con diagnóstico de preeclampsia (Esplin et al., 2001).

Lo anterior pone de manifiesto el papel imprescindible de los factores orgánicos en la ocurrencia de este grupo de enfermedades, sin embargo resulta indispensable revisar el ámbito conductual relacionado con los hábitos y comportamientos que favorecen o dificultan el mantenimiento de la salud.

Por ejemplo respecto a la alimentación, la ingesta elevada de sodio (sal común) predispone a las EHE, y a otras enfermedades no transmisibles. En este caso en particular, la OMS (2013b) recomienda 5 gramos por día para adultos, incluidas las embarazadas y madres lactantes, sin embargo, la ingesta media diaria a nivel mundial es de aproximadamente 9.12 gramos.

El consumo de cafeína durante la gestación es un tema muy discutido, pero todo apunta a que la clave es la medida. La Agencia Británica de Estándares de Alimentos (Food Standard Agency, 2008), sugiere que las mujeres en periodo gestacional no deben exceder los 200 mg, el equivalente a dos tazas por día.

El consumo moderado de cafeína: una taza de café o dos de té, presenta muy pocos efectos nocivos, siempre que la ingesta de calcio sea la adecuada: 1000 mg. diarios para embarazadas (Torres y Calvo, 2011).Alguna evidencia clínica reciente sugiere que la ingesta diaria de 1 gramo de calcio a partir del segundo trimestre parece ser una medida que reduce e incluso previene el riesgo de hipertensión en el embarazo (SSA, 2010). Este macro-mineral tiene una función reguladora sobre el sistema neuromuscular, modulando la contracción muscular, incluyendo la frecuencia cardiaca (Torres y Calvo, 2011).

Estadísticamente el tabaquismo se asocia con la ocurrencia de EHE (Lara, Ulloa, Alpuche y Romero, 2000; Rosell et al., 2006).Otros autores (García et al., 2000; Marañón et al., 2009; SSA, 2010) lo presentan como un factor relativamente protector. Lo que se sabe con certeza es que fumar causa en la madre trastornos graves como enfermedad coronaria, enfermedades respiratorias y en el bebé, riesgo de prematurez y bajo peso al nacer (SSA, 2010).

Contario a la creencia popular, que suele promover el reposo, la actividad física regular ha mostrado ser benéfica en embarazadas. Melzer, Shutz, Boulvain y Kayser (2010) y la Secretaría de Salud (2010) documentaron que a niveles razonables el ejercicio mejora la función cardiovascular, atenúa la hipertensión gestacional y preeclampsia, estabiliza el estado anímico y reduce molestias musculares. Para el feto repercute positivamente como maduración neurológica avanzada.

Generalmente las mujeres embarazadas tienden a disminuir el ejercicio físico en cuanto se enteran de su condición, ignorando que éste mitiga la preeclampsia, pues realizándolo adecuadamente se activan mecanismos que influyen en la reducción de la presión arterial, en la mejora de la circulación y el crecimiento placentario, además de que, a nivel metabólico se incrementa la actividad de enzimas antioxidantes y disminuye el estrés oxidativo (Leung et al., 2008).

Ciertamente también se ha probado que existen factores de riesgo de tipo psicosocial que inciden en el desarrollo de este conjunto de padecimientos en el embarazo, los más destacados son la violencia familiar, la inestabilidad emocional y manejo defectuoso del estrés (Flórez-Alarcón y Rodríguez, 2001; Wroble-Biglan, 2004). De modo que, para comprender su presencia se debe precisar que el estado de salud de una persona no depende solamente de sus antecedentes genéticos o de su historial clínico individual, también influye su estilo de vida y sus acciones a favor o en contra de su bienestar.

2.5.1 Factores psicosociales de riesgo para las Enfermedades Hipertensivas del Embarazo

Puesto que el funcionamiento psicológico tiene una importante relación con la salud, resulta indispensable abordar los factores psicosociales que favorecen el desarrollo de las enfermedades hipertensivas del embarazo.

Por principio, la situación psicosocial interviene como un elemento que facilita o inhibe la manifestación de factores de riesgo, de modo que cuando las condiciones del ambiente social y psicológico se califican como favorables, éstas funcionan como protectoras de la salud, por el contrario si se califican como desfavorables actuarán como agentes riesgosos (Moysén, Martínez, Lechuga, Ruiz y Torres, 2000).

La situación psicosocial de una persona es el resultado de la interacción entre el apoyo social que recibe y los estresores psicosociales a los que está expuesta, éstos últimos están representados por las circunstancias familiares, económicas, laborales, sociales y culturales que pudieran exceder los recursos

personales y percibirse como amenaza o daño (Moysén et al., 2000). Lo cual puede fomentar conductas riesgosas, las cuales deben vigilarse con especial atención en el periodo gestacional debido a los cambios que demandan a la mujer intensos esfuerzos para adaptarse física, social y psicológicamente.

Aunque los estudios son escasos, sí hay investigaciones que exponen los hallazgos sobre algunos de los factores psicosociales que influyen en el desarrollo de hipertensión arterial en embarazadas.

Leeners et al. (2007) señalaron que la incidencia de los desórdenes hipertensivos están ligados al estrés psicológico durante la gravidez, en dicho estudio se observó que las mujeres con preeclampsia o síndrome de HELLP mostraron alta frecuencia e intensidad de tensión emocional y mencionaron haber experimentado más conflictos conyugales, problemas ocupacionales y cambios en las condiciones de vida propia y en la salud de personas cercanas. De modo que el estrés durante el embarazo se asoció con un aumento del riesgo de 1.6 veces mayor para preeclampsia y de 2 veces para síndrome de HELLP.

Al estudiar a un grupo de mujeres mexicanas, Moysén y colaboradores (2000) encontraron en 39 adolescentes diagnosticadas con EHE, que la percepción de fuentes de estrés fue significativamente más alta que en el grupo control conformado por 88 gestantes, quienes refirieron mayor número de fuentes de apoyo social además de mencionar más frecuentemente la convivencia satisfactoria y su estado anímico positivo. Así, los autores proponen una clara asociación de la situación psicosocial desfavorable con la enfermedad hipertensiva del embarazo.

De forma similar Muñoz y Oliva (2009) detectaron en 26 adolescentes púerperas una asociación significativa entre el riesgo de síndrome hipertensivo del embarazo y la presencia de estresores psicosociales como problemas económicos, agresión familiar, eventos estresantes, depresión y la enfermedad de algún pariente.

Otro estudio realizado en Cuba con mujeres embarazadas hipertensas, evidenció que el estrés mantenido junto con malnutrición y dislipidemia mostraron una asociación causal con la

hipertensión arterial crónica (Poll, Rueda, Ramos, Poll y Campos, 2013).

En México hasta ahora, la Secretaría de Salud (2002) ha señalado sólo la incidencia de cuatro factores psicosociales para las EHE: la violencia familiar, la depresión, el estrés y la angustia, de modo que continúa siendo importante investigar los aspectos psicológicos que subyacen a esas problemáticas y ampliar la búsqueda de dichos factores, por lo tanto se dirigirá atención específica a una emoción básica que ha cobrado gran importancia en el área de psicología de la salud, la ira.

2.6 La Ira

La ira es un estado emocional negativo que varía en intensidad y duración, usualmente asociado a la excitación afectiva y a la percepción de ser desacreditado, contrariado o perjudicado por los otros (Kassinove y Sukhodolsky, 1995); la frecuencia, persistencia y expresión subjetiva de esta experiencia a menudo conducen a un deterioro significativo (Kassinove y Tafrate 2002; Novaco, 1975).

De acuerdo con la literatura de investigación, la ira es una experiencia interna integrada por componentes emocionales, cognitivos y fisiológicos que ocurren e interactúan rápidamente entre sí, de tal manera que al combinarse conforman una vivencia singular de enojo extremo, la cual motiva una respuesta conductual (Deffenbacher, 2003; Kassinove y Tafrate, 2002).

Aunque muchos autores (Breva, Espinosa y Palmero, 2000; Shapiro, Goldstein y Jamner, 1995) han adoptado el término "*complejo ira-hostilidad*" para referirse a la facilidad para percibir el entorno interpersonal como amenazante e irritante, que causa incremento en la activación y reactividad cardíacas, los teóricos clásicos (Barefoot, 1992; Smith, 1994; Spielberger, Jacobs, Russell y Crane, 1983) delimitaron los conceptos para denotar claramente sus diferencias: la ira es un estado emocional caracterizado por sentimientos de enojo que pueden adquirir distintos grados de intensidad; la hostilidad hace referencia a una actitud persistente de valoración negativa hacia los demás; por último la agresión connota una conducta dañina intencional hacia personas u objetos.

En consecuencia, la ira es una condición necesaria, pero no suficiente para que se desarrollen actitudes hostiles y conductas agresivas (Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, 2009).

La configuración de las creencias funge un papel esencial en el continuo de la ira.

Si las convicciones son flexibles y basadas en las preferencias subjetivas, cuando la persona los encuentre desafiados, amenazados o frustrados se producirán niveles moderados de ira, en cambio si el sujeto es más estricto, la ira se hace más intensa y potencialmente más agresiva (Deffenbacher, 2011).

De modo que, es más probable experimentar ira disfuncional cuando los deseos personales y los valores dejan de ser preferencias y se convierten en demandas o dogmas rígidos impuestos a sí mismo y hacia los demás. Y cuando las expectativas se convierten en normas y los dominios personales no tiene capacidad de recuperación (Deffenbacher, 2011).

2.6.1 Elementos de la experiencia de ira

Spielberger (1988) estableció la existencia de tres elementos de la experiencia de ira, los cuales derivaron en las escalas del State-Trait Anger Expression Inventory [STAXI], instrumento psicométrico diseñado para medir la ira y sus componentes: Estado, Rasgo y Expresión y Control de la ira.

La Ira como estado y como rasgo

El estado de ira se define como una condición emocional psicobiológica caracterizada por sentimientos que varían en intensidad, ya que puede ir desde una ligera irritación o enfado hasta la furia y rabia (Gardner y Moore, 2013; Miguel - Tobal et al., 2009), los cuales originan respuestas fisiológicas concomitantes como tensión muscular, la excitación del sistema nervioso autónomo y procesos neuroendocrinos (Miguel - Tobal et al., 2009). Ejemplo de éstos, es la secreción de catecolaminas mediante las glándulas suprarrenales, principalmente adrenalina y noradrenalina, que a su vez generan la activación del sistema nervioso simpático de la cual se deriva la aceleración del ritmo cardíaco, el aumento de la presión arterial, la función pulmonar, la actividad digestiva y la sudoración (Corsi, 2004, p.97).

Esta reacción de ira puede exacerbarse por múltiples causas, la frustración ante obstáculos que dificultan la consecución de una conducta, la injusticia percibida o los ataques por parte de los otros.

En tanto que, el *rasgo* de ira se caracteriza por las diferencias individuales sobre la percepción cotidiana de una extensa gama de situaciones frustrantes o de ira y en consecuencia, la tendencia a responder a dichas situaciones con aumento del estado de ira.

Expresión y Control de la Ira

La develación y modulación de la ira se detectan con la escala de expresión y control, cada una con dos vertientes;

Expresión Externa de la Ira, incluye las manifestaciones de ira hacia otras personas u objetos, mientras que la Expresión Interna de la Ira implica dirigir los sentimientos de ira hacia el interior, suprimiéndolos (Miguel-Tobal et al., 2009).

Por su parte, el Control Externo de la Ira consiste en evitar mostrarla ante personas u objetos del ambiente y el Control Interno de la Ira se basa en la mitigación de la ira mediante la moderación y la calma (Miguel-Tobal et al., 2009).

2.6.2 El proceso de la respuesta de ira

La identificación de los elementos de un episodio de ira, es muy útil para comprender como se vive y se expresa esta emoción en las interacciones de la vida real, para entonces establecer las metas del tratamiento (Kassinove y Tafrate, 2011). Estos mismos autores (2002) determinaron un modelo de cinco componentes de los episodios de ira: el desencadenante, la evaluación, las experiencias, las expresiones y los resultados.

Desencadenante

La ira puede ser servir como una emoción secundaria.

Puede ser precipitada por otras emociones y funcionar como una respuesta afectiva a otros estados emocionales tales como la vergüenza, el rechazo, la humillación, el miedo, el menosprecio o sentirse ofendido, (Deffenbacher, 2011; Gardner y Moore, 2013; Kassinove y Tafrate, 2011) aunque también la ira es desencadenada por al menos tres clases de acontecimientos detonantes:

Sucesos externos específicos e identificables que tienen dos características: una es que las personas detectan la fuente de la ira y la otra es que generalmente el grado de ira parece ser proporcional y adecuado a la circunstancia; estos eventos pueden ser situaciones frustrantes o provocativas (esperar formado en una fila), el comportamiento de los demás (comentarios agresivos, burlas, críticas),

deficiencias o fallas de un objeto (una herramienta o equipo) y los propios comportamientos de la persona (Deffenbacher, 2011).

Algunos incidentes de ira son inducidos por una combinación de acontecimientos externos y recuerdos relacionados con momentos de ira que se suman a la experiencia actual, de modo que la reacción ante un estímulo común puede ser exagerada o desproporcionada. Otros episodios pueden dispararse por estímulos internos de tipo cognitivo y emocional, al rumiar o cavilar sobre alguna injusticia o abuso, lo cual puede aumentar la intensidad de la ira y la probabilidad de manifestar una respuesta disfuncional (Deffenbacher, 2011).

La probabilidad de que el curso de la ira cambie o no, es decir, se mantenga en cierto nivel o se acreciente, depende de varias emociones y cogniciones que preceden al estado de ira, de modo que algunos autores consideran importante el contexto psicológico previo a la ira.

Pre - Ira

El estado emocional y fisiológico de la persona al momento en que se suscita el episodio de ira claramente puede influir en la probabilidad de que la intensidad de ira crezca (Deffenbacher, 2011).

Al respecto Berkowitz (1990) demostró que determinados estados fisiológicos y afectivos como el cansancio, el dolor, el frío, la enfermedad y la "cruda", además de la tristeza, el estrés y la ansiedad, incrementan la relevancia de estímulos o sensaciones aversivas y minimiza el umbral de respuesta de ira. De modo que, cuando alguien siente ira, es más probable que responda con más ira en eventos subsecuentes incluso no relacionados con el motivo disparador (Zillman, 1971).

Otro aspecto importante de esta etapa en la respuesta de ira es la interpretación de las normas culturales acerca de las formas y momentos propicios para experimentar, expresar y dirigir la ira (Thomas, 2006), ya que las normas que adoptamos influyen en la decodificación de los factores desencadenantes de la ira y en su manifestación; es decir, si los antecedentes familiares de una persona

son el manejo de la hostilidad, la ira y la venganza, estos esquemas comportamentales le parecerán aceptables al relacionarse.

El análisis de los estados momentáneos adquiere gran importancia clínica, ya que éstos pueden ser clave de la manifestación de ira disfuncional.

Evaluación

Lazarus (1991) propuso dos tipos de proceso de evaluación: primaria y secundaria. La evaluación primaria está dirigida hacia el disparador y sus características, como en el caso de una situación evaluada como una violación a ciertos valores, transgresión a la identidad personal o la interferencia en el logro de objetivos. Los adultos generalmente evalúan el detonante como algo terrible, intolerable e inmanejable, y hacen un juicio acerca de que ocurrió o hicieron algo que no debían (Kassinove y Tafrate, 2011).

La ira puede suscitarse o subir de intensidad cuando los acontecimientos se aprecian de las siguientes formas: intencional frente a accidental, prevenible o controlable frente a circunstancial, injustas frente a merecidas, y culpabilidad frente a responsabilidad sin castigo (Deffenbacher y McKay, 2000; Kassinove y Tafrate, 2002).

Además, adjudicar los desencadenantes de la ira a factores erróneos, también eleva su intensidad, por ejemplo: sobrevalorar la importancia del episodio y sus resultados negativos (catastrófico), la codificación polarizada (pensamiento dicotómico) intenciones dolosas (sesgo de atribución hostil) o imágenes y pensamientos de venganza y castigo (Deffenbacher y McKay, 2000; Kassinove y Tafrate, 2002).

La evaluación secundaria está enfocada hacia el repertorio de recursos personales de afrontamiento. Por lo que si una persona posee estrategias de afrontamiento flexibles y adaptativas, experimentará niveles de ira de leves a moderados (Deffenbacher, 2011); No obstante existen tres tipos de evaluación secundaria que aumentan la probabilidad de que la ira se intensifique (Deffenbacher y Mc Cay, 2000).

Primero, la sensación de estar abrumado, saturado e incapacitado para enfrentar la situación. “No puedo más”

Segundo, la baja tolerancia a la frustración se manifiesta con creencias narcisistas acerca de que la persona no debería experimentar o soportar experiencias negativas, atribuyendo su ira al exterior. “A mí no debería sucederme esto”

Tercero, ocurre cuando la persona percibe y codifica las conductas de ira y de agresión como adecuadas para resolver una situación “Se lo merece” (Deffenbacher y Mc Cay, 2000).

Estas creencias dan paso a la experiencia de ira *per se*.

Ira

Así, estas evaluaciones provocan reacciones cognitivas, emocionales, fisiológicas y conductuales que influyen entre sí y se refuerzan para generar una experiencia de ira, dichas reacciones pueden diferenciarse de una conducta de ira (Deffenbacher y McKay, 2000).

En el ámbito cognitivo, los niveles clínicos de la ira generalmente abarcan pensamientos e imágenes con un sentido exagerado de haber sido perjudicado, externalizar la fuente de ira, atribuciones de maldad hacia los otros, minimización de la responsabilidad personal, sobregeneralización, pensamientos e imágenes de castigo y denigración, como fantasías acerca de lo ocurrido, o de la próxima confrontación y venganza, alimentados por rumiación mental (Deffenbacher y McKay, 2000; Kassinove y Tafrate, 2002, 2011).

En la parte emocional, la ira se define como un estado afectivo subjetivo que puede ir desde una irritación leve, escalando a una molestia moderada hasta derivar en una sensación intensa de furia (Deffenbacher y McKay, 2000; Kassinove y Tafrate, 2002, 2011).

El aspecto fisiológico consiste en la activación simpática, es decir el cuerpo realiza distintas funciones de emergencia; el corazón bombea la sangre con mayor rapidez y la envía a los músculos para tensarlos, se crean más plaquetas y se pone en marcha el sistema inmunológico, además las células cargadas de lípidos liberan grasa en el flujo sanguíneo y las paredes de las arterias se deterioran (Kassinove y

Tafrate, 2011; Notimex y Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara 2010).

La conducta de ira

Las conductas de ira dependen de la situación, la naturaleza e intensidad de la ira como reacción emocional, las formas personales de expresión y del historial de reforzamiento ante esas circunstancias (Deffenbacher y McKay, 2000; Kassinove y Tafrate, 2002).

Comúnmente surgen conductas observables como gritar, argumentar, amenazar, hacer berrinches y arrojar objetos, y a este repertorio se le conoce como expresión externa de la ira "Anger out", pero cuando no se evidencia y se inhibe frente a los otros o se no se manifiesta en el entorno se denomina expresión interna de la ira "Anger in" (Kassinove y Tafrate, 2011; Miguel-Tobal et al., 2009; Spielberg, 1988).

En ocasiones la ira, especialmente a niveles moderados puede producir un comportamiento adaptativo y prosocial, al posibilitar la comunicación de sentimientos, problemas o reclamar derechos ante situaciones frustrantes, propiciando la adecuada expresión de la ira, el afrontamiento positivo y la resolución del conflicto. Sin embargo si crece la intensidad de ira y la prominencia de pensamientos negativos, también aumentan las probabilidades de la expresión disfuncional (Deffenbacher, 2011).

Por ejemplo al recurrir a la agresión para expresar descontento o insatisfacción y para intimidar, amenazar, controlar o buscar venganza, las personas pueden llegar a involucrarse en asaltos físicos o verbales atacando gente o bienes materiales, otras pueden perjudicar a los demás mediante rumores o sabotajes. También pueden ocurrir comportamientos relacionados con la ira disfuncional pero no necesariamente agresiva, como retirarse, ignorar, embriagarse o conducir con imprudencia (Deffenbacher, 2011).

2.6.3 La ira funcional y disfuncional

Si bien es cierto que la ira es una emoción básica, con funciones adaptativas internas y externas, como la regulación de procesos fisiológicos y psicológicos durante la reacción de defensa y de conductas sociales (Lemerise y Dodge, 1993), frecuentemente la ira es también un factor precipitante de problemas familiares, legales, de trabajo y de salud a corto o largo plazo (Del Vecchio y O'Leary, 2004; Gardner y Moore, 2013).

Esto se debe a que la ira es una emoción asociada tanto a la conducta de aproximación, como a la conducta de evitación, de manera que es un recurso para lograr metas y para responder ante amenazas reales o percibidas (Dettore, Pabian y Gardner, 2010); pero la capacidad de responder eficientemente a estos contextos, requiere ser consciente de la ira, entenderla y manifestarla conductualmente ante la experiencia subjetiva de ira (Gardner y Moore, 2013)

Novaco (2011) reconoció que la característica central de la ira en el contexto de los trastornos clínicos es la desregulación, que se origina cuando su activación, experiencia y expresión ocurre sin los controles apropiados, afectando el pensamiento prudente, las relaciones personales, el desempeño laboral y el bienestar físico.

Sin embargo, la ira no siempre es problemática o disfuncional, algunas veces puede conformar el resultado de una valoración certera sobre un contexto aversivo que activa comportamientos constructivos para la defensa y protección, de tal modo que puede dar lugar a una sensación de auto-eficacia y auto-empoderamientos generando resultados favorables para el sujeto y quienes lo rodean (Deffenbacher, 2011; Del Vecchio y O'Leary, 2004), por lo anterior los terapeutas promueven su modulación y no su eliminación (Kassinove y Tafrate, 2011).

Muchos autores (Deffenbacher, 2011; Del Vecchio y O'Leary, 2004; Novaco, 2011) reconocen que la determinación del punto en el que la ira se vuelve disfuncional es un tanto ambigua, pues la designación formal de categorías diagnósticas no se ha establecido; de hecho en el Manual Estadístico de Trastorno Mentales (DSM-IV, 1994) la ira fue tomada en cuenta como un elemento que contribuye a algunos

desórdenes, pero no como una característica definitoria en éstos, por ejemplo: Trastorno Negativista Desafiante, el Trastorno de Estrés Post traumático y en el Trastorno Límite de la Personalidad (Del Vecchio y O'Leary, 2004).

Por este motivo Eckhardt y Deffenbacher (1995) propusieron la inclusión de los "Trastornos de ira" como: 1. trastorno adaptativo con estado de ánimo enojado, 2. Trastorno de Ira situacional y 3. Trastorno de Ira General.

Aun con la falta de tipificaciones diagnósticas, Deffenbacher (2011) consideró que el incremento en la frecuencia, intensidad y duración de la ira son criterios útiles para calcular el coste que le significa a la persona su efecto nocivo, pues a medida que estas dimensiones se elevan, las personas tienden a sentirse fuera de control, culpables y avergonzados y hasta provocar comportamientos perjudiciales como lesionarse a sí mismas o a otros, dañar propiedades ajenas, involucrarse en problemas con familiares o autoridades legales.

La importancia de tratar la ira como una entidad separada es cada vez más urgente, pues la expresión problemática de la ira se puede observar en algunos trastornos graves, por ejemplo: el trastorno explosivo intermitente, trastorno límite de la personalidad, el trastorno antisocial de la personalidad, trastorno paranoide de la personalidad y trastorno de la conducta (Kassinove y Tafrate, 2002).

Aún cuando la ira problemática o patológica ha sido vinculada a conductas disfuncionales, consecuencias adversas en la interacción social y en la salud cardiovascular, el concepto *trastorno de ira* no es reconocido como un único desorden mental por el DSM-V de hecho en esta última edición de Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, lo más cercano a un desorden de ira en adultos se vislumbra en el *trastorno explosivo intermitente*, que tiene como criterio principal la agresión pero no considera la ira como un elemento necesario para su diagnóstico (Gardner y Moore, 2013).

No obstante, al encontrar sistemáticamente esta variable en la base de diversas enfermedades, la literatura de investigación ha relacionado a la ira y los modos en que ésta se expresa con las enfermedades coronarias y los cambios en la presión arterial (Ironson et al. 1992; Julkunen y Korhonen, 1993; Kawachi et al., 1996; Miguel-Tobal,

Cano-Vindel, Casado y Escalona, 1994; Pérez-García, Sanjuán, Rueda y Ruiz, 2011; Siegman, 1994).

Así expertos en el tema, como Gardner y Moore (2013) afirman que la investigación empírica actual sugiere que la ira representa un riesgo importante para la salud.

2.6.4 La ira y su relación con las Enfermedades Cardiovasculares

La ira no sólo está relacionada con las consecuencias psicológicas negativas, también induce mayor vulnerabilidad a las enfermedades, compromete al sistema inmune, aumenta el dolor y el riesgo de muerte por enfermedades cardiovasculares (Suinn, 2001).

Esta premisa ha producido una vasta cantidad de investigaciones durante varios años, algunos de los más reconocidos son los siguientes:

En un estudio de la Universidad de Stanford, Ironson et al. (1992) midieron el impacto de la ira sobre la actividad cardíaca y encontraron que cuando los pacientes con enfermedad de la arteria coronaria recordaban y verbalizaban episodios que les habían hecho sentirse enojados, presentaban una disminución del 5% en la eficacia de bombeo cardíaco, incluso ciertos participantes mostraban disminuciones tan notorias como del 7% o más, es decir un importante decremento del flujo sanguíneo al corazón mismo; lo cual hace evidente el debilitamiento del músculo cardíaco. Los pacientes, comentaron que al momento de recordar el evento de ira, solo estaban aproximadamente a la mitad de la intensidad del enfado que sintieron durante el suceso vivido; por lo que los autores especularon que el efecto negativo sobre el bombeo cardíaco sería aún más notorio en la situación de ira real.

Es importante recalcar que este descenso en la eficacia del bombeo sanguíneo no se detectó bajo la presencia de otras condiciones experimentales como la ansiedad provocada en laboratorio (al resolver problemas aritméticos bajo presión o dar un discurso) ni al someter a los sujetos a desgaste físico (p. ej. al montar una bicicleta fija), lo cual confirmó a la ira como principal precursora del efecto cardíaco adverso (Ironson et al. 1992).

La investigación clásica realizada por el Dr. Williams (1989) en la Universidad de Duke, concluyó que la tendencia al enfado constituye un mejor predictor del índice de mortalidad temprana por enfermedad cardiovascular, que otros factores de riesgo, como por ejemplo el tabaquismo, tensión arterial elevada o el índice de colesterol en sangre, aunque estos resultados no se han confirmado.

En oposición a lo anterior, Goleman (1992) aclaró que la ira por sí sola no causa enfermedades del corazón. No obstante, desde entonces, los investigadores lo consideraron un factor importante, en conjunto con hábitos pobres de dieta y ejercicio y la vulnerabilidad genética, en la aparición o desarrollo de éstas, porque no se sabe con certeza si la ira y la hostilidad son factores causales en el desarrollo temprano de enfermedades coronarias, o si estas emociones intensifican la cardiopatía una vez comenzado o pudieran darse ambos casos (Kaufman 1992).

La frecuencia cardíaca y la presión arterial se ven incrementadas con cada episodio de ira, lo cual, representa un sobreesfuerzo en el gasto cardiaco (Kaufman, 1992; Siegman, 1994); si este tipo de experiencias se vuelven frecuentes como parte de un patrón de respuesta del individuo, pueden tener repercusiones adversas, pues la turbulencia de la sangre que fluye a través de la arteria coronaria con cada latido del corazón, puede causar microdesgarros en el contenedor donde se desarrolla la placa sanguínea y eventualmente conducir a una enfermedad arterial coronaria (Kaufman, 1992).

Otro estudio clásico realizado en la Universidad de Harvard, Mittleman et al. (1994) mostró que la ira es el factor con mayor peso entre las emociones y las enfermedades del corazón. A una muestra conformada por más de mil quinientas personas quienes habían sufrido un ataque cardiaco, se les pidió que describieran el estado emocional que experimentaron en las horas anteriores al ataque, los sujetos reportaron que la ira era una constante y se demostró que la propensión a la ira duplicó las probabilidades de sufrir un paro cardiaco en aquellas personas que padecían previamente alguna enfermedad del corazón. El incremento del riesgo se mantuvo hasta dos horas después de que la ira subjetiva había desaparecido.

Sin embargo, esto no sugiere que sea conveniente suprimir la ira, ya que existe evidencia de que suprimirla, aumenta la probabilidad de desarrollar hipertensión y cáncer (Mund y Mitte, 2012). Además se correlaciona positivamente con la evaluación del dolor y su intensidad, la interferencia con el funcionamiento personal cotidiano y negativamente con la tolerancia al dolor (Gelkopf, 1997; Kerns, Rosenberg y Jacob, 1994).

Pérez-García, Sanjuán, Rueda y Ruiz (2011) analizaron la expresión, supresión y control de la ira y su relación con la salud cardiovascular en 327 mujeres saludables; formaron cuatro grupos por sus puntuaciones en dos variables significativas: *Ira hacia adentro* y *Control de la ira*. El grupo con alta ira interna y bajo control de la ira presentó una asociación positiva con los informes de mayor malestar emocional, más síntomas cardiovasculares de riesgo y menor práctica de conductas preventivas que los otros tres grupos.

Por otra parte, algunos autores señalan que paradójicamente, expresar la ira abiertamente ante la persona que lo provocó, favorece el aumento de la misma, puesto que las explosiones se acrecientan con la presencia del estímulo o sujeto que provocaron reacción de ira inicial, creando un ciclo nocivo y patogénico que prolonga la ira hacia un estado más duradero de mal humor (Bushman, Baumeister y Phillips, 2001; Zillman, 1971).

Contrario a la creencia popular, manifestar agresiva o violentamente la ira, aun sobre objetos materiales no sirve para mitigarla o disiparla, en palabras de algunos autores (Bushman, Baumeister y Phillips, 2001; Goleman, 1998), pues se contrapone al efecto catártico o liberador e incluso propicia conductas agresivas.

Williams (1989), enfatizó que en realidad el hecho de expresar o no la ira, resulta irrelevante para la salud a largo plazo. En su opinión, es más importante el grado de permanencia y la cotidianidad de la ira, de manera que la expresión esporádica de ésta, no representa un peligro inmediato, sino que, son tanto la frecuencia de la irritabilidad como una personalidad hostil con propensión al mal humor, los rasgos que ocasionarían los efectos más adversos en la salud.

No obstante, las investigaciones actuales sustentan que tanto la expresión explosiva, como la supresión de la ira sí repercuten en las condiciones de salud de las personas, de hecho, la mayoría de los estudios se han dirigido a evaluar los daños de su manifestación interna y externa, independientemente de la cronicidad y concurrencia de los eventos, otorgándole la misma importancia al temperamento iracundo que a la frecuencia de expresión o supresión de la ira.

2.6.5 *La ira y su relación con la Hipertensión Arterial*

En lo que se refiere a los altos niveles de presión arterial y la hipertensión arterial, existen investigaciones que reportan correspondencia tanto teórica como matemática entre la ira y la activación fisiológica que ocasiona elevación en la presión arterial o bien entre la ira y sus diversas formas de expresión con la Hipertensión Arterial Sistémica Crónica (HASC).

Al evaluar la tasa de supresión y de expresión de la ira en hombres y mujeres adultos sanos e hipertensos, se encontró que ambas variables, fueron significativamente mayores en pacientes con hipertensión que en el grupo control ($p < 0.001$) (Hosseini et al., 2011).

Muchos investigadores han empleado el Inventario de Expresión de Ira, Estado-Rasgo (Spielberger, 1988) State-Trait Anger Expression Inventory ([STAXI]) como un instrumento confiable que provee medidas de tendencia a experimentar, reaccionar y expresar la ira, por lo que los trabajos reportados a continuación refieren las escalas de medición de esta prueba psicométrica.

Por ejemplo, Julkunen y Korhonen (1993) encontraron una correlación positiva y significativa entre las puntuaciones de la dimensión *Expresión interna de la ira* y una elevada presión arterial en una muestra de mujeres finlandesas que calificaron su ambiente laboral como hostil y tenso.

Crane (1981) detectó que pacientes hipertensos presentaron puntuaciones más altas en *Rasgo de ira* y *Reacción de ira* que las que

mostraron pacientes con procedimientos quirúrgicos y presión sanguínea normal.

Miguel-Tobal (1993) realizó un piloteo para encontrar la relación entre la ira y la hipertensión esencial empleando la primera versión en español del STAXI (1992), que contiene 44 ítems. Para ello tomó una muestra conformada por 105 sujetos, a quienes separó en dos grupos equiparados en cuanto a edad y sexo, pero diferenciados según su nivel de tensión arterial, en hipertensos y normotensos.

Los resultados revelaron que los hipertensos fueron más propensos a expresar ira al encontrarse en situaciones de crítica o trato injusto (*Reacción de ira*), a contener sus sensaciones de ira más frecuentemente (*Expresión Interna*) y también a manifestar el enfado a través de acciones agresivas directas (*Expresión Externa*) más repetidamente que el grupo de normotensos.

Posteriormente, Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger (1997) profundizaron el estudio con el objetivo de encontrar y determinar un perfil psicológico diferenciado de los sujetos con hipertensión esencial y el resto de la población. Se consideraron variables, como la ira, la ansiedad, la solución de problemas, el patrón de conducta tipo A y otras referentes a la personalidad. La ira fue evaluada mediante la versión en castellano del STAXI.

De los 202 sujetos que participaron, 61 mujeres y 32 hombres fueron clasificados en el grupo de hipertensos. Los 109 sujetos restantes conformaron el grupo control siendo 72 mujeres y 37 hombres.

Los resultados acerca de la ira, revelaron que de las ocho variables evaluadas con el STAXI, únicamente la dimensión *Expresión Interna* fue significativamente distinta entre los grupos ($p \leq 0.007$), pues el grupo de hipertensos presentó puntuaciones más altas en internalización de la ira (que los hizo más proclives a refrenar la ira) que el grupo control.

Por lo tanto, se concluyó que las personas que padecen hipertensión experimentan la ira (escala de *Experiencia de ira*) de manera similar a la de una persona sana en cuanto a la frecuencia de eventos; La

diferencia entonces, radica en la forma en la que la expresan, pues son proclives a refrenar o suprimir la ira (Miguel Tobal et al., 1997). Sin embargo, los resultados, con respecto a la ira, carecen de validez externa debido a que la muestra estuvo compuesta mayoritariamente por mujeres.

Al estudiar a dos grupos de mujeres clasificados por puntuaciones altas y bajas en *Ira hacia adentro*, se encontró que el porcentaje de participantes con hipertensión arterial ($\geq 140/90$ mmHg) fue significativamente superior en el grupo con altos niveles de *Ira hacia adentro*, tanto en la presión arterial sistólica, como en la diastólica (Pérez-García et al., 2011).

Aunque el tema de la ira y las Enfermedades Hipertensivas del Embarazo no se ha estudiado, existen investigaciones que exponen resultados de presión arterial en mujeres, que difieren de los encontrados en hombres.

Helmets et al., (2000) evaluaron en Canadá, la asociación entre el estilo de expresión de la ira y la presión arterial ambulatoria de pacientes con medidas clínicas de Tensión Arterial Diastólica alta, entre 90-105 mmHg, sin medicamentos y sin diagnóstico de enfermedad arterial coronaria; participaron 194 adultos, 128 hombres y 66 mujeres, contestaron el Inventario de Expresión de la Ira, y sus puntuaciones de "Ira hacia adentro" e "Ira hacia fuera" (Anger in, Anger out) fueron clasificadas en bajas, medias y altas (<50, 50-59, >60) respectivamente. Las mediciones de presión sistólica y diastólica fueron recolectadas durante 24 horas, en un día de trabajo, durante 15 días durante el día, y cada hora por la noche. Los resultados indicaron que las mujeres que presentaron puntuaciones altas de supresión de la ira, mostraron en el día cifras de presión sistólica significativamente mayores que las que registraron las mujeres con puntuaciones bajas ($p < 0,05$). Sin embargo, la TA Diastólica no presentó variaciones con el aumento de la ira hacia adentro en las mujeres y contrario a lo que esperaban los investigadores, no se encontró una asociación significativa entre las dimensiones de manifestación de la ira y la presión arterial en los hombres.

Los investigadores Oliva, Hernández y Calleja (2010) desarrollaron una versión para México de la adaptación española del STAXI-2, en una muestra de 865 personas entre los 12 y los 60 años, de las cuales el 54.9% fueron hombres, y aunque no encontraron diferencias por edad, sí las hubo por género. Las mujeres obtuvieron mayores puntajes que los hombres en *Sentimiento de ira*, *Temperamento iracundo* y *Control interno de la ira*. Resultados similares fueron reportados en la validación de la versión española del instrumento. (Miguel-Tobal et al., 2009)

Situaciones como el embarazo, el parto, la infertilidad y el aborto afectan el estado emocional de la mujer, incrementando la presencia de trastorno afectivos, pues prácticamente ningún evento vital implica los cambios neuroendócrinos y psicosociales asociados con el embarazo y el parto (Llewellyn, Stowe y Nemeroff, 1997) lo cual sugiere que esta población requiere mayor atención psicológica para disminuir las conductas de riesgo y promover las protectoras.

2.6.6 La ira en el embarazo

Existen muy pocas investigaciones que exponen mediciones de ira en mujeres embarazadas, y éstas por lo regular presentan resultados obtenidos de muestras muy reducidas y con instrumentos obsoletos, las razones de esto pueden ser: el difícil acceso a las pacientes gestantes en las instituciones de salud y por otra parte las complicaciones inherentes de la medición de una variable latente, además de que por razones éticas no es posible inducirla en las participantes para evaluarla.

En España, Sánchez, Bermúdez y Buela-Casal (2000) valoraron los niveles de depresión, ansiedad e ira (estado, rasgo y expresión) en 39 mujeres que se encontraban en diferentes periodos de gestación; aunque el grupo que cursaba el tercer trimestre registró las medias más altas en las tres variables de ira, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en estado, rasgo y expresión de la ira entre los grupos de mujeres que se encuentran en el primer, segundo y tercer periodo de gestación respectivamente. Únicamente las mujeres entre el tercer y el sexto mes de embarazo presentaron mayores niveles de depresión y ansiedad rasgo que el resto de mujeres gestantes.

Field y colaboradores (2003) estudiaron a un grupo de 166 embarazadas durante el segundo trimestre de gestación; las mujeres que obtuvieron altas puntuaciones en ansiedad, también alcanzaron altos niveles de ira y depresión. Los investigadores observaron que los bebés de estas mujeres mostraron menor reactividad y mayor retraso en su crecimiento que los de las mujeres que obtuvieron bajos niveles de ansiedad. Los neonatos también presentaron niveles bajos de dopamina y serotonina, así como una mayor actividad electroencefalográfica frontal derecha, tono vagal bajo, hipersomnias y menor tiempo en el estado de alerta. Con lo cual se concluyó que estos bebés presentaban sintomatología depresiva.

Este tipo de investigaciones ha contribuido al conocimiento sobre el efecto de las emociones disruptivas en distintas poblaciones, sin embargo, la ira dentro del contexto de las EHE no se ha reportado, por lo tanto, es menester incluir mediciones de ira dentro de la

presente investigación, con objeto de discernir si juegan un rol específico en relación a la hipertensión en el embarazo.

2.6.7 Intervenciones del modelo Cognitivo Conductual para el manejo de la ira

La perspectiva fenomenológica de la ira establece la distinción de tres constructos que en conjunto forman el factor “ABC” por sus iniciales en inglés: Affect, Behavior, Cognition; afecto refiriéndose a la ira, conducta la agresión y cognición a la hostilidad (Martin, Watson y Wan, 2000) tal configuración, coincide con los cimientos del Tratamiento Cognitivo Conductual y con las técnicas implementadas para la intervención de la ira y otras problemáticas.

Novaco (1975) desarrolló un programa de control de la ira para adultos, basándose en el Modelo de inoculación del estrés de Meichenbaum, que aborda procedimientos encaminados a la adquisición de destrezas de afrontamiento en tres fases, educativa, ensayo e implementación.

Sukhodolsky, Golub, Stone y Orban, (2005) refieren como objetivo central de estas intervenciones, ayudar a la gente a controlar su ira para que pueda expresarla de modo adecuado y aceptable en diversas circunstancias. Lo cual se logra mediante la capacitación en el desarrollo de habilidades interpersonales de afrontamiento (Nezu, Nezu y Lombardo, 2010, p.253).

La mayoría de los programas de intervención para el control de la ira, como el Entrenamiento en Control de la Ira (Anger Control Training, Novaco, 1975) contienen tres secciones que abarcan técnicas distintas (Sukhodolsky et al., 2005).

El entrenamiento en técnicas de relajación dirigido a disminuir la frecuencia de experiencias graves de ira (Martin, Watson y Wan, 2000).

El módulo de resolución de problemas, compuesto por técnicas de reestructuración cognitiva, que busca modificar los mediadores cognitivos y sociales implicados en el proceso de la ira y la agresividad.

Finalmente, el adiestramiento en habilidades sociales consiste en ensayos de revisión conductual, técnicas de modelamiento y retroalimentación correctiva de métodos inadecuados para expresar la ira, lo cual permite que el paciente resuelva conflictos interpersonales y fortalezca sus habilidades de afrontamiento frente a la ira (Sukhodolsky et al., 2005).

La estructura de este tratamiento multimodal es consistente con la concepción fenomenológica que distingue los tres componentes de la ira: las experiencias afectivas variando de la molestia a la furia, los patrones de comportamiento que van del aislamiento social a la agresión física y los fenómenos cognitivos como las atribuciones de culpa y la rumiación mental (Martin, Watson y Wan, 2000; Sukhodolsky et al., 2005).

2.6.8 Efectividad de los tratamientos para el manejo de la ira

Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado y Escalona, (1994) compararon a un grupo de pacientes normotensos con uno de hipertensos y observaron puntuaciones significativas más altas en *Reacción de ira* y *Expresión interna de la ira* en el segundo grupo, posteriormente los sujetos con hipertensión recibieron un tratamiento de corte cognitivo-conductual añadido a un programa de cambio de hábitos relacionados con la salud y a su medicación prescrita para la HASC, se obtuvieron reducciones significativas en los niveles de presión arterial y en los de *Expresión interna de la ira*, es decir, en la frecuencia con la que los sentimientos de ira son refrenados; Las técnicas usadas en el estudio incluyeron psicoeducación (hipertensión y emociones), relajación (muscular progresiva y respiración) solución de problemas (reestructuración cognitiva y autoinstrucciones) y cambio de hábitos a favor de mejorar el estado de salud (autocontrol); comprobando que aunque los pacientes ya estaban siendo medicados antes de iniciar el tratamiento psicológico, las mejorías se presentaron hasta terminar el programa.

Sukhodolsky, Golub, Stone y Orban (2005) trabajaron con niños que presentaban problemas de ira, y en un estudio piloto aleatorizado evaluaron la efectividad del Entrenamiento en Control de la Ira, separando dos de sus componentes y técnicas, por un lado el entrenamiento en resolución de problemas y por otro, el entrenamiento en habilidades sociales. Los autores encontraron que ambos tratamientos fueron efectivos de forma significativa en la reducción de la agresividad, problemas de conducta, y en la frecuencia de la expresión de la ira, sin embargo, las dos modalidades de tratamiento fueron dirigidas a tratar construcciones específicas; el entrenamiento en resolución de problemas sociales, fue más eficaz en la reducción del sesgo de atribución hostil, es decir, una tendencia a asumir intenciones dañinas de las personas en situaciones ambiguas de provocación. Mientras que el entrenamiento en habilidades sociales mostró mayor eficacia en el control de la ira, de modo que el niño adquirió mejores destrezas interpersonales para hacer frente a las provocaciones de ira (Sukhodolsky et al., 2005).

Así determinaron que las diferencias producidas por los dos módulos fueron congruentes con los objetivos planeados: desarrollar cogniciones alternativas acerca de los conflictos y obtener habilidades

sociales que reemplacen comportamientos conflictivos, respectivamente.

De acuerdo con Deffenbacher y sus colaboradores, al comparar las diferencias entre la relajación cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales, el primer módulo mostró mejores resultados en las medidas de intensidad de la ira en respuesta a situaciones hipotéticas de provocación, y el segundo produjo mayor reducción de conflictos en la vida real (Deffenbacher, Lynch, Oetting y Kemper, 1996).

La relajación muscular progresiva profunda (RMPP) también ha demostrado ser una técnica eficiente para disminuir los niveles de ira en al menos tres escalas del STAXI y adicionalmente una reducción significativa en la presión arterial sistólica en mujeres embarazadas con asma (Nickel et al., 2006).

Por otro lado, Del Vecchio y O'Leary, realizaron (2004) un meta-análisis en el cual midieron la efectividad de 23 tratamientos de ira para adultos, esta revisión incluyó solo estudios con las siguientes características: con uno o más grupos de intervención psicológica y un grupo control, medidas estandarizadas de ira, tratamientos dirigidos a personas con medidas de ira dentro del rango clínico, asignación aleatorizada a los grupos, más de cinco sujetos por grupo y mínimo cinco sesiones de duración, además de datos para calcular el tamaño del efecto del tratamiento.

Dependiendo de los procedimientos empleados en las intervenciones, los investigadores codificaron cuatro tipos de tratamiento: Tratamiento Cognitivo Conductual (TCC), Cognitivo (CT) Relajación (R) y Otros (O), de forma que quedaron un mínimo de cinco estudios en cada categoría.

Los tamaños del efecto (d) resultantes oscilaron entre el 0.61 y el 0.90, reflejando que estas intervenciones psicoterapéuticas para el tratamiento de diversos problemas de ira, como la ira al conducir un automóvil, la supresión y las dificultades al expresarla, tienen una eficiencia de mediana a grande.

Los resultados más prometedores fueron para el tratamiento de la ira al conducir, mediante técnicas Cognitivas y de Relajación.

Las terapias que integran la categoría Otras (asesoría en grupo, entrenamiento en habilidades sociales, etc.) son más eficaces para las personas con dificultades para controlar la manifestación inconveniente de sus sentimientos de ira. Sin embargo, debido a que este grupo contiene una variedad de terapias, los resultados no pueden atribuirse a ningún tratamiento específico.

La TCC parece ser la mejor opción de tratamiento para los problemas de expresión de ira, arrebatos, comportamientos impulsivos o agresivos, lo cual sugiere que estas dificultades son mejor tratadas cuando la terapia se dirige tanto a los aspectos cognitivos como a los fisiológicos de la ira.

Para aquellas personas que se encuentran en un estado actual de ira problemática, la Relajación es el tratamiento más eficaz.

Por otra parte la tendencia a retener la ira, o lo que se denomina supresión de la ira se trata mejor con técnicas Cognitivas que con los otros tres tipos de tratamientos restantes.

Además, los cuatro tipos de tratamiento tenían tamaños del efecto que se asociaron con tasas de éxito del 65 al 70%.

Aunque se deben considerar las limitaciones de los estudios mencionados, estos resultados proporcionan algunas directrices preliminares para la elección de una terapia y contrastan con la creencia de que todos los tratamientos son iguales y que cualquiera de ellos sirve para tratar los diferentes problemas de ira (Del Veccio y O'Leary, 2004).

Para explorar la ira en una población clínica que representa un riesgo alto de morbilidad en México, en este estudio se propone responder a tres preguntas de investigación.

- 1) ¿La hipertensión arterial de las mujeres embarazadas está correlacionada positivamente y significativamente con altos niveles de *Expresión Interna de la ira*?
- 2) ¿Existen diferencias estadísticamente significativas en los perfiles de ira de tres grupos de embarazadas con diagnósticos médicos distintos? ¿Estas diferencias son más altas en *Expresión Interna de la ira* y más bajas en *Control de la ira* en el grupo con Enfermedades Hipertensivas del Embarazo?

- 3) ¿La implementación de un programa piloto de intervención para control de la ira beneficiará a las pacientes con EHE, ayudándoles a disminuir sus niveles de *Expresión* de la ira y aumentar los de *Control*, así como a conseguir cifras de presión arterial estables para reducir el peligro de dificultades materno-fetales?

Para responder a estas tres preguntas, se invitó a participar a 74 pacientes embarazadas del Hospital General Ajusco Medio, que se presentaban a consulta prenatal. Se eliminaron a 7 pacientes porque no completaron los instrumentos, y a 5 no se les pudo confirmar su diagnóstico al final de la gestación. De modo que, se contó con la participación de 62 embarazadas, a cada una de ellas se les proporcionó una Carta de Consentimiento informado, (véase Anexo 1), tal y como se establece en el Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología [SMP], 2010) en lo referente a la *Confidencialidad de los resultados* y en atención a la protección de los participantes en investigación, este documento presenta el nombre y el objetivo del proyecto, la descripción de las actividades a realizar, su duración y su propósito, enfatizando la cláusula de que la participación de la paciente sería voluntaria y anónima, además de la reiterada política de privacidad y el derecho a retirarse o interrumpir su colaboración sin repercusiones en la atención médica como usuaria de los servicios de la institución de salud.

Capítulo 3. Método

3.1 Participantes

El estudio estuvo conformado por 62 mujeres embarazadas que acudieron a los servicios de consulta externa de ginecoobstetricia, consulta de urgencia en el área de tococirugía y que se encontraban hospitalizadas en el Hospital General Ajusco Medio.

Criterios de inclusión

Participaron mujeres embarazadas capaces de entender y responder preguntas en castellano, sin importar su grado de alfabetización. No hubo restricciones en cuanto a la edad, ni a la edad gestacional o tipo de embarazo.

Criterios de exclusión

Se excluyó a las mujeres que presentaron alteraciones graves que impidieran la respuesta a los instrumentos, como emergencias obstétricas o labor de parto. Se eliminaron a siete pacientes que no completaron la evaluación y a cinco que no se les pudo confirmar su diagnóstico al final de la gestación.

La selección de las participantes fue no probabilística accidental, dando lugar a tres grupos: Mujeres embarazadas sanas, constituido por 20 participantes (32%); el de embarazadas con padecimientos diferentes a la hipertensión, integrado por 17 mujeres (27%) y finalmente el grupo con Enfermedad Hipertensiva del Embarazo, que suma 25 personas (40%).

Los criterios de asignación fueron los siguientes:

Embarazadas Sanas (ES) conformado por mujeres que no refirieron ningún tipo de enfermedad ni complicaciones prenatales graves en embarazos anteriores ni en la presente gestación, es decir, con diagnóstico formal de embarazo normoevolutivo.

Otros padecimientos (OP) En este grupo se incluyeron a todas las mujeres que refirieron padecer alguna enfermedad distinta a la hipertensión, o haber presentado historial de complicaciones obstétricas.

Enfermedades Hipertensivas del Embarazo (EHE): Este grupo quedó constituido por mujeres que presentaron cualquiera de las variantes de hipertensión, con el diagnóstico confirmado por un médico gineco-obstetra del hospital.

La prevalencia de hipertensión en las participantes fue la siguiente: ocho pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica Crónica (HASC), ocho fueron diagnosticadas con Hipertensión gestacional, dos con Preeclampsia y solo un caso de Preeclampsia sobre-agregada a HASC. Se contabilizaron las pacientes que presentaron algún tipo de hipertensión en comorbilidad con otras enfermedades:

Dos pacientes con HASC + Diabetes Gestacional

Dos con Hipertensión Gestacional + Diabetes Gestacional

Una con Hipertensión Gestacional + Diabetes Mellitus tipo 2

Una con Hipertensión Gestacional + Anemia Gestacional

Cabe señalar que no todas las participantes se encontraban en las mismas condiciones al momento de la evaluación, puesto que a un 53% se les entrevistó en consulta ambulatoria, a un 11% en su estancia hospitalaria, y al 35% en la sala de urgencias en su primer día de ingreso y por lo tanto hubo que esperar la confirmación del diagnóstico por parte del personal médico.

En general, el total de las participantes pertenecían a un nivel socioeconómico medio-bajo. La edad promedio del grupo EHE, de 30 años (mín. 18 y máx. 42, DE = 6.35), la del grupo OP, de 27 años (mín. 17 y máx. 40, DE = 7.02) y la del grupo ES fue de 22 años (mín. 14 y máx. 37, DE = 5.91);

Las características sociodemográficas y las concernientes a las condiciones de la gestación se presentan en las tablas 1 y 2.

Se puede observar en la tabla 1, que la mayoría de las pacientes nacieron en el Distrito Federal, tenía un grado máximo de escolaridad secundaria y su ocupación era el hogar. El número de mujeres en unión libre fue el más alto, mientras que las solteras representaron la minoría.

En el grupo con EHE hubo un mayor número de mujeres nacidas en otros estados de la República (Hidalgo, Puebla, Guerrero, Veracruz y Michoacán) en comparación con los otros dos grupos, también destaca su nivel de escolaridad, pues fue el único grupo que presentó mujeres con estudios de licenciatura, aunque también reportó participantes con escolaridad nula.

Por su parte el grupo de otros padecimientos (OP) presentó la menor frecuencia de mujeres dedicadas al hogar y el de embarazo sano (ES) concentró el menor número de empleadas.

Tabla 1
Características sociodemográficas de las participantes

	Grupo (N = 62)		
	EHE (n = 25)	OP (n = 17)	ES (n = 20)
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
Estado civil			
Soltera	3	3	4
Casada	7	4	6
Unión libre	15	10	10
Lugar de nacimiento			
Distrito Federal	18	16	18
Estado de México	1	1	0
Interior de la República	6	0	2
Escolaridad			
Nula	2	0	0
Primaria	3	2	2
Secundaria	13	10	15
Carrera Técnica	2	3	0
Preparatoria	2	2	3

Licenciatura	3	0	0
Ocupación			
Hogar	20	12	18
Empleada	5	4	2
Estudiante y empleada	0	1	0

Nota: EHE= Enfermedades Hipertensivas del Embarazo; OP= Otros padecimientos; ES= Embarazo Sano.

En la tabla 2 se puede distinguir que para la mayoría de las mujeres se trataba de su primer, segundo o tercer embarazo, sin embargo, en comparación con los otros dos grupos, hubo mayor cantidad de mujeres con EHE que se encontraban en su cuarto embarazo, además de que dos pacientes de este grupo reportaron su séptimo y octavo embarazo respectivamente.

El grupo de embarazadas sanas (ES) fue el que contabilizó más mujeres primigestas, siguiendo las hipertensas (EHE) y finalmente las de otros padecimientos (OP).

La mayoría de las participantes del grupo de ES y OP que ya habían tenido hijos, continuaban con la misma pareja, no obstante en el grupo con hipertensión sucedió lo contrario, ya que más de la mitad de las madres tuvieron embarazos de diferentes parejas.

Respecto al tiempo transcurrido desde el embarazo anterior logrado, la mayoría de las mujeres con hipertensión esperó de 4 a 6 años para volver a embarazarse, en tanto que la mayoría de las participantes de los otros dos grupos, esperó de 7 a 9 años.

También se puede notar que en el grupo con OP, se presentó el periodo intergenésico más corto, y el grupo de EHE reportó la mayor cantidad de mujeres con diez años o más desde el embarazo anterior.

A todas las participantes se les abordó a partir del segundo trimestre de gestación, y cabe destacar que la mayoría de estas mujeres fueron referidas al Hospital General Ajusco Medio en el último trimestre

del embarazo (a partir de las 25 semanas de gestación), sobretodo las que tenían algún diagnóstico de EHE.

Se contabilizaron cuatro embarazos múltiples y solo en uno de estos casos la madre fue diagnosticada con EHE.

Tabla 2

Características de la gestación de las participantes.

	Grupo (N = 62)		
	EHE (n = 25)	OP (n = 17)	ES (n = 20)
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
Número de embarazo			
Primero	6	4	12
Segundo	6	4	6
Tercero	5	4	1
Cuarto	5	2	0
Quinto	1	3	1
Sexto o más	2	0	0
Misma pareja en todos los embarazos			
Sí	5	8	6
No	14	5	2
Primer embarazo	6	4	12
Tiempo desde el último embarazo logrado			
Menos de 1 año	0	1	0
1 a 3 años	0	2	2
4 a 6 años	8	3	1
7 a 9 años	5	4	4

10 años o más	6	3	1
Primer embarazo	6	4	12
Edad gestacional			
Primer trimestre	0	0	0
Segundo trimestre	6	3	1
Tercer trimestre	19	14	19
Tipo de embarazo			
Único	24	16	18
Múltiples	1	1	2

Nota: EHE= Enfermedades Hipertensivas del Embarazo; OP= Otros padecimientos;
ES= Embarazo Sano.

Con respecto a datos sociodemográficos las participantes del grupo de EHE obtuvieron las medias más altas en el número de embarazo y el periodo intergenésico. (Véase tabla 3)

Tabla 3

Medias aritméticas de las características sociodemográficas obstétricas

	Grupo (N = 62)		
	EHE (n = 25)	OP (n = 17)	ES (n = 20)
	M (DE)	M (DE)	M (DE)
Edad gestacional	30.43 (6.931)	30.72 (5.782)	33.40 (6.056)
Número de embarazo	2.92 (1.824)	2.76 (1.437)	1.60 (.995)
Número de hijos	1.16 (1.028)	1.24 (1.033)	.55 (.826)
Tiempo desde el último embarazo logrado (años)	6.28 (5.564)	4.81 (4.662)	2.55 (3.634)

Nota: EHE= Enfermedades Hipertensivas del Embarazo; OP= Otros Padecimientos; ES= Embarazo Sano.

Se consideró la presencia de complicaciones obstétricas cuando existía historial médico de abortos, antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes gestacional, placenta previa, prematuridad, amenaza de parto pretérmino, amenaza de aborto y muerte perinatal.

Como se observa en la tabla 4, el grupo de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo reportó más mujeres con complicaciones obstétricas que el grupo de Otros Padecimientos; en algunas participantes las complicaciones se presentaron de forma combinada.

Tabla 4
Frecuencia de participantes con Complicaciones Obstétricas

	Grupo (N = 62)		
	EHE (n = 25)	OP (n = 17)	ES (n = 20)
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
Abortos	7	5	0
Antecedente de EHE	7	2	0
Diabetes Gestacional	4	0	0
Placenta previa	0	1	0
Prematurez	2	2	0
Amenaza Parto pre término	0	4	0
Amenaza de aborto	1	3	0
Muerte perinatal 22sdg-7 días	4	0	0
Primer embarazo	6	4	12

Nota: EHE= Enfermedades Hipertensivas del Embarazo; OP= Otros Padecimientos; ES= Embarazo Sano.

En la tabla 5 se presenta la clasificación de los niveles de presión arterial de las pacientes, registrados con esfigmomanómetro por personal de enfermería al momento de su evaluación gineco-obstétrica, así como sus antecedentes de hipertensión arterial sistémica crónica (HASC) y sus hábitos regulares de consumo de sustancias que han sido objeto de investigación en el embarazo.

El antecedente familiar de hipertensión arterial sistémica mostró mayor concurrencia en el grupo de mujeres con EHE, que en el grupo de Otros Padecimientos y éste a su vez fue más alto que en el grupo de Embarazadas Sanas.

Para determinar el consumo regular de sustancias nocivas para la salud de la madre y el feto, se tomó en cuenta si la mujer refería la ingesta de tabaco, bebidas alcohólicas, drogas, café y/o sal por lo menos tres veces a la semana por un periodo de tres meses consecutivos durante el embarazo.

Respecto al tabaco, el grupo de embarazo sano, ES reportó la frecuencia más alta de consumo. El alcohol no fue consumido por ninguna de las participantes en el transcurso de la gestación y solamente una paciente del grupo otros padecimientos OP, refirió consumo de cocaína.

El café y la sal añadida a los alimentos preparados fueron consumidos por una mayor cantidad de mujeres con hipertensión (EHE), que por las otras mujeres.

Tabla 5

Frecuencia de participantes por niveles de presión arterial y de comportamientos ligados a su elevación

	Grupo (N= 62)		
	EHE (n = 25)	OP (n = 17)	ES (n = 20)
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
Tensión arterial al ingresar			
Hipotensión (menos de 95/55)	0	1	0
Óptima (menos de 120/80)	7	14	18
Normal (120-129/ 80-84)	7	2	2
Fronteriza (130-139/ 85-89)	2	0	0
Hipertensión (140-159/90-99)	9	0	0
Antecedentes familiares de Hipertensión Arterial Sistémica Crónica (HASC)			
Sí	14	6	3
No	11	11	17
Consumo regular en el embarazo			
Tabaco	1	0	3
Alcohol	0	0	0
Drogas	0	1	0
Café	15	11	8
Sal	11	4	2

Nota: EHE= Enfermedades Hipertensivas del Embarazo; OP= Otros Padecimientos; ES= Embarazo Sano.

Para el antecedente familiar de hipertensión, las frecuencias fueron significativamente diferentes entre los grupos, $X^2(2,62)= 8.037$, $p=0.018$. (Véase figura 1)

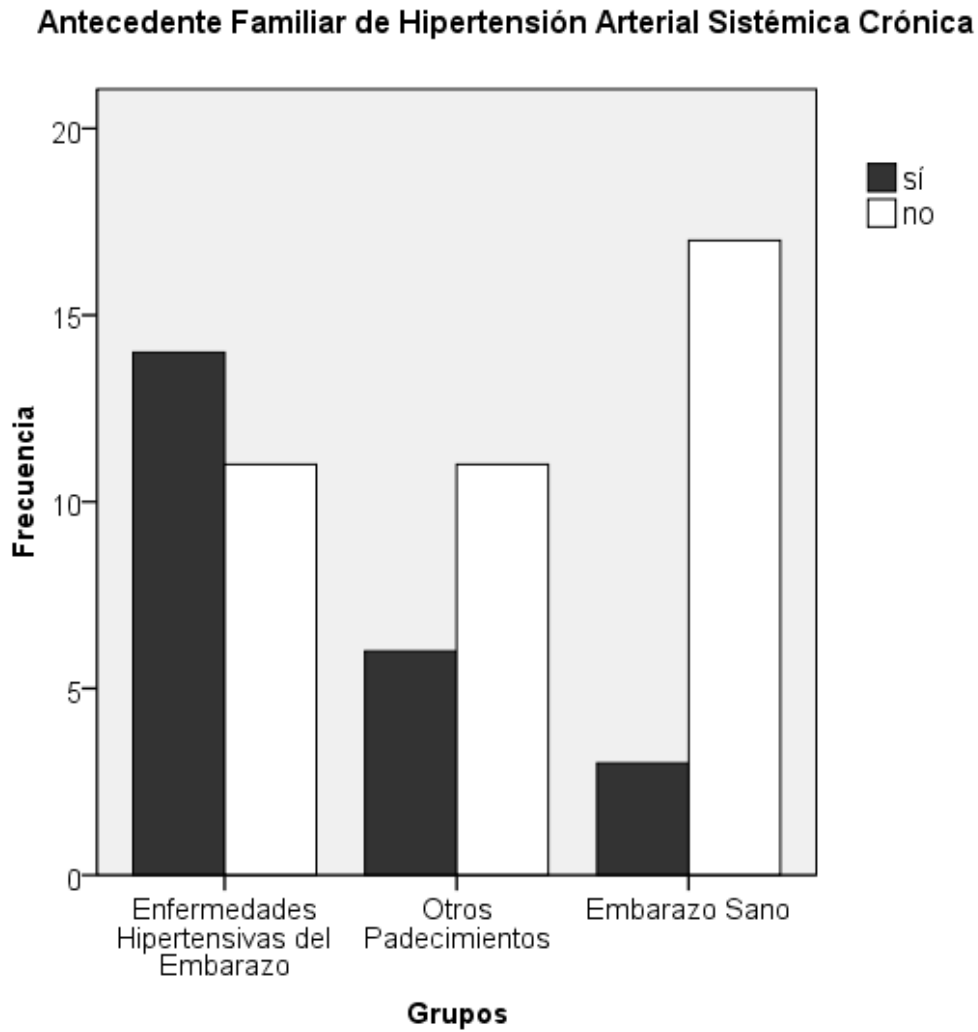


Figura 1. Frecuencia de mujeres con antecedente familiar de HASC por grupo.

3.2 Materiales

Entrevista Semiestructurada

Con base en el formato de entrevista para pacientes hipertensos (Riveros, 2007) se realizó una entrevista semiestructurada, la cual fue diseñada *ex-profeso* para la recolección de datos sociodemográficos, hábitos de salud, estilos de vida, características sobre el embarazo, historial familiar y personal de enfermedades, presencia de hipertensión y para la evaluación de emociones, cogniciones y conductas asociadas a la elevación de los niveles de tensión arterial.

El cuestionario también contiene preguntas acerca de la percepción emocional del estrés, la ansiedad, el enojo y sociabilidad que las participantes contestaban en una escala del uno al diez (“1” significaba el mínimo y “10” el máximo), además de indagar la situación de pareja y el apoyo social con el que cuentan las participantes (véase Anexo 2).

Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (State-Trait Anger Expression Inventory, Versión 2) STAXI-2.

Se empleó la versión adaptada para México por Oliva et al. (2010).

Este instrumento conformado por 49 reactivos repartidos en tres escalas de autoaplicación, mide:

- a) Estado: la intensidad de ira que experimenta un individuo en un momento determinado.
- b) Rasgo: la tendencia temperamental a experimentarla al sentir frustración o percibir injusticia.
- c) Expresión y Control: evalúa las formas en que expresa y controla la emoción de ira.

Con la finalidad de evaluar las dimensiones de la ira, Spielberger (1988) publicó el STAXI original constituido por 44 reactivos en inglés. Posteriormente, tras varias revisiones se añadieron 25 nuevos reactivos quedando 69, y partiendo de esta ampliación, en 2001 Miguel-Tobal y sus colaboradores los tradujeron y elaboraron la primera versión española del Inventario de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2).

Sobre ésta, realizaron diversas modificaciones que dieron lugar a 83 reactivos, de los cuales se seleccionaron solamente 49, que constituyen actualmente el STAXI-2 en castellano, mismo que en España obtuvo coeficientes de confiabilidad aceptables: Ira-Estado $\alpha = 0.89$, Ira-Rasgo $\alpha = 0.82$, y Expresión/Control $\alpha = 0.69$ (Miguel-Tobal et al., 2009); Esta última versión española fue adaptada y validada para la población mexicana por Oliva et al., (2010), reportando los siguientes coeficientes alfa de Cronbach: La escala *Estado* mostró un índice de consistencia interna $\alpha = .887$, la de *Rasgo* fue de $\alpha = .860$ y *Expresión y Control* de la ira reveló un $\alpha = .733$. Por lo que se concluyó que el STAXI-2 es un instrumento válido y confiable para medir la ira en México (Oliva et al., 2010).

En la validación del instrumento Oliva et al. (2010) conservaron las tres escalas originales, modificando solamente la de Estado, pues en lugar de tres subescalas resultaron dos.

Estado de ira (E), contiene dos subescalas: Sentimiento de ira (Sent.) y Deseos de expresar ira (Dei.) con 5 y 10 reactivos respectivamente. Por ejemplo: "Me siento irritado" y "Le pegaría a alguien si pudiera". De acuerdo con el STAXI-2 la puntuación más baja y alta que se obtiene en esta escala ira es 15 y 60 respectivamente.

La escala **Rasgo de ira (R)**, está compuesta por dos subescalas: Temperamento de ira (Temp.) y Reacción de ira (Reacc.), con 5 reactivos cada una, como: "Soy una persona enojona" y "Me enfado con facilidad". El rango de puntuaciones en esta escala puede ir desde 10 hasta 40.

La escala **Expresión y Control** está formado por dos variantes: La escala Expresión de la ira, que a su vez se divide en dos: Expresión externa (E. Ext.) y Expresión interna (E. Int.), conformada por 6 reactivos respectivamente, incluye afirmaciones del tipo: "Discuto con los demás", "Me guardo para mí lo que siento" Y la escala Control de la ira, de igual forma, está constituida por dos subescalas: Control externo (C. Ext.) y Control interno, (C. Int.) que incluyen 6 reactivos cada una. Algunos de éstos son: "Puedo controlarme" y "Trato de relajarme". En cada una de estas subescalas el puntaje mínimo a obtener es de 6 y el máximo es de 24.

Cabe mencionar que durante el piloteo para la validación, los autores Oliva et al. (2010) demostraron la inviabilidad lingüística de algunos reactivos de la versión española, pues resultaban poco comprensibles o interpretados de forma errónea, por lo que fueron sometidos a modificaciones en la adaptación del instrumento; enunciados tales como “estoy cabreado”, “estoy quemado”, “me caliente”, “decir tacos”, “me enfado” y “rehúyo encararme”, se calificaron como frases no utilizadas por los mexicanos por ello fueron sustituidos, al igual que la tercera opción de respuesta “a menudo” fue cambiada por “frecuentemente” (Oliva et al., 2010).

Ya que la prueba es autoadministrable, los participantes se califican en una de cuatro opciones de respuesta contenidas en dos escalas Tipo Likert: “no”, “algo”, “moderadamente” y “mucho” la cual señala la intensidad de ira que experimentan en un momento determinado, o en su caso “casi nunca”, “a veces”, “frecuentemente” y “casi siempre”, refiriéndose a la frecuencia con la que sienten, suprimen, manifiestan o controlan esos sentimientos de ira (véase Anexo 3).

Esfigmomanómetros

El personal de enfermería del hospital utilizó esfigmomanómetros aneroides para realizar las mediciones de presión arterial que se requirieron durante el estudio.

3.3 Procedimiento

Para el estudio 1 se utilizó un diseño no experimental, correlacional, transversal y retrospectivo en mujeres embarazadas sanas, embarazadas con otros padecimientos durante el embarazo y mujeres con Enfermedades Hipertensivas del Embarazo para evaluar el perfil de ira en cada uno de los grupos, así como los niveles de presión arterial y detectar las posibles diferencias (Kerlinger y Lee, 2002).

Posteriormente en el estudio 2 se estableció como variable independiente un programa piloto de intervención psicológica para control de la ira; Para lo cual se trabajó con un diseño de caso único $n=1$ con medidas antes y después, solamente con participantes del grupo con EHE.

El objetivo específico de esta intervención es reducir los niveles de Expresión externa e interna de la ira, y aumentar el grado de Control externo e interno de la ira, comparando estas cuatro subescalas antes y después de la implementación de la intervención cognitivo-conductual.

Estudio 1. Evaluación

Para la recolección de datos, se abordó a las participantes en las salas de espera de los servicios de Consulta Externa, área de Urgencias, así como en las camas de reposo del área de Ginecobstetricia del Hospital General Ajusco Medio.

Se les explicó sobre el estudio y se les invitó a participar, en caso de que accedieran se procedió a la lectura y firma del consentimiento informado. Posteriormente se registró la presión arterial medida por enfermeras, se realizó la entrevista a cada una de las pacientes y se les solicitó que contestaran el instrumento.

Para evitar posibles sesgos del experimentador, el instrumento fue autoadministrable y se mantuvo una distancia prudente de las participantes, cuando necesitaron ayuda para contestar, se tuvo cuidado de no inducir las respuestas, conservando el mismo tono de voz en todas las opciones.

Se mantuvo total disposición para contestar las dudas o preguntas de las participantes durante el tiempo de la evaluación, que osciló entre 30 y 50 minutos.

En caso de que la paciente fuera a consultas ambulatorias, se le llamaba por teléfono para acordar la cita subsecuente, y terminar el procedimiento.

Estudio 2. Intervención psicológica

Se llevó a cabo con las siete participantes del grupo de EHE, que accedieron a recibir la intervención psicológica, se trabajó de tres a cuatro sesiones de aproximadamente 30 minutos cada una, la duración se ajustaba a las necesidades de la paciente pero en todos los casos se abordaron cuatro módulos:

1. Psicoeducación acerca de la Hipertensión en el embarazo

Esta sección consistió en brindar a la paciente una explicación simple y concisa de aspectos básicos como el funcionamiento del sistema cardiovascular, el significado de la medida de presión arterial, la definición de la hipertensión y sus repercusiones, así como los factores de riesgo para padecerla y las alternativas conductuales para controlarla. Se usó una presentación gráfica para ejemplificar cada tópico (véase Anexo 4).

2. Entrenamiento en relajación

Se iniciaba el entrenamiento en relajación con respiración diafragmática y con relajación muscular progresiva céfalocaudal. Se tomó registro de las medidas de presión arterial y temperatura antes y después de la sesión para probar su eficacia y favorecer así la comprensión y aprendizaje de la técnica por parte de la paciente. Además se le proporcionaba un tríptico ilustrativo para que siguiera el ejercicio de forma correcta (véase Anexo 5).

3. Psicoeducación sobre la Ira y Evaluación específica de problemas con la ira

Se le explicaba a la paciente la definición del término ira, sus diferentes formas de expresión, las señales fisiológicas que se producen al experimentar un episodio de ira y su efecto nocivo en los diferentes órganos del cuerpo a corto y largo plazo (véase Anexo 6).

Se procedía a un ejercicio de autoconocimiento consistente en contestar preguntas por escrito, acerca de las situaciones de ira y su intensidad, a fin de que la paciente detectara las reacciones que ella emite al vivir una experiencia de ira, sus sensaciones, conductas y pensamientos, después se indagaba en las causas que habitualmente detonan su ira, la duración aproximada del episodio, sus formas cotidianas de experimentar y demostrar sus sentimientos, y se analizaba las consecuencias de su comportamiento (véase Anexo 7).

4. Manejo de la Ira con Relajación, Reestructuración Cognitiva y Comunicación asertiva *Basado en el Manual de autocontrol del enojo de Mendoza, B. (2010) y en las propuestas de Nezu et al., (2006).*

El Manual de autocontrol del enojo (Mendoza, 2010) contiene diversos componentes para aprender a controlar la ira, como psicoeducación, relajación, comunicación asertiva, autoinstrucciones y solución de problemas.

Por su parte, Nezu et al. (2006) indicaron tres metas principales en el tratamiento de la ira: Disminución de hiperactivación fisiológica, reducción de distorsiones cognitivas y mejora de habilidades interpersonales.

Por lo anterior, en el último módulo de la intervención se trabajó para disminuir la activación fisiológica elevada como procesos neurológicos y endócrinos en las situaciones que le producen ira a la paciente, recurriendo principalmente a la respiración y después a la relajación muscular, asociando los estados de tensión con la ira y los de relajación con la tranquilidad. Se utilizaron dos formatos de registro conductual para contabilizar la correcta ejecución de los ejercicios de relajación (véase Anexo 8).

Posteriormente se abordaban las distorsiones cognitivas, pues frecuentemente se identifican pensamientos disfuncionales como culpar a otros o la percepción de suspicacias e injusticias, por lo que se trabajó con la aplicación de frases que propician la autoresponsabilización de la ira y la evaluación de los detonantes más frecuentes, así como los juicios y las interpretaciones de las actitudes de otros, para sustituir la generalización, el catastrofismo y la abstracción selectiva (véase Anexo 9).

Por último se proporcionaba una breve guía de habilidades en comunicación asertiva, que incluía reconocer los estilos de comunicación de la ira, las conductas verbales y no verbales que fomentan el incremento de la ira y las que fomentan el diálogo. Se modelaba una secuencia de pasos para aprender a escuchar y la alternativa de detener la conversación para tomarse un “tiempo fuera” y nuevamente modular la intensidad de la ira con respiración y autoinstrucciones (véase Anexo 10).

Una vez terminada la intervención se procedía realizar una sesión de relajación muscular progresiva profunda con inducción cognitiva simultánea de los sucesos de ira, se registraba la presión arterial y se aplicaba por segunda ocasión el STAXI-2 como medida posterior a la intervención.

Capítulo 4. Resultados

Estudio 1: Evaluación

De las preguntas de percepción emocional incluidas en la entrevista, calificadas por las participantes en una escala del 1 al 10, únicamente en preocupación, estrés y relación de pareja se encontraron diferencias significativas entre grupos. (Véase tabla 6)

Tabla 6

Medias aritméticas (Kruskal-Wallis) de las preguntas de percepción emocional

Variable	GRUPO (N = 62)			χ^2	p
	EHE (n = 25)	OP (n = 17)	ES (n = 20)		
	M (DE)	M (DE)	M (DE)		
Preocupación	7.12 (2.242)	6.94 (1.819)	5.35 (2.300)	7.150	.028
Enojo	6.48 (2.845)	6.94 (2.727)	5.75 (2.573)	2.248	.325
Estrés	6.20 (1.756)	5.71 (2.494)	4.35 (2.254)	8.564	.014
Actividades estresantes	4.56 (3.001)	3.76 (2.611)	3.15 (2.390)	2.608	.271
Sociabilidad	7.64 (2.158)	7.94 (1.784)	6.60 (2.836)	2.027	.363
Relación de pareja	(n = 22) 8.32 (1.783)	6.76 (2.562)	(n = 19) 7.53 (1.504)	6.235	.044

Nota: EHE = Enfermedades Hipertensivas del Embarazo; OP = Otros Padecimientos; ES= Embarazo Sano.

Resultados de Presión Arterial

Se pudo confirmar que las mediciones de presión arterial, realizadas por el personal de enfermería en la consulta gineco-obstétrica son confiables, ya que la correlación entre la presión sistólica y la diastólica fue alta, $r = .753, p < .001$

Con respecto a los registros de presión arterial de las 62 participantes se obtuvieron las siguientes medias generales, en Presión Arterial Sistólica PAS ($M = 110.05, DE = 18.96$) y en Presión Arterial Diastólica PAD ($M = 72.84, DE = 12.15$).

Y mediante un análisis de Kruskal Wallis se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos de embarazadas, EHE, OP, ES: $X^2(2, 62) = 24.750$, y 25.670 para PAS y PAD respectivamente, $p < .001$ en ambos casos.

Con la finalidad de explorar la relación entre la Presión arterial y la Expresión de la ira, se dividió en dos partes a las participantes, dependiendo de su nivel de presión arterial diastólica (PAD) y se clasificó como Hipertensión si el registro era ≥ 90 mm Hg, mientras que al ser < 90 se catalogó como presión arterial normal, al cruzarla con las sub escalas del STAXI-2, una prueba U de Mann-Whitney encontró diferencias significativas $p = .018$, en la escala Expresión Interna de la ira, que se refiere a la supresión o inhibición de los sentimientos iracundos.

Calibración del instrumento

Para determinar la consistencia interna de cada escala del STAXI-2 en este estudio, se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach, y se encontró, lo siguiente: Para la escala Estado $\alpha = .947$; en la escala Rasgo $\alpha = .856$; y para la escala de Expresión y Control $\alpha = .746$.

Una prueba de Friedman, utilizada para comparar los rangos promedio de las escalas Estado, Rasgo, Expresión y Control encontró diferencias estadísticamente significativas entre ellos, $X^2(2, 62) = 88.818, p < .001$

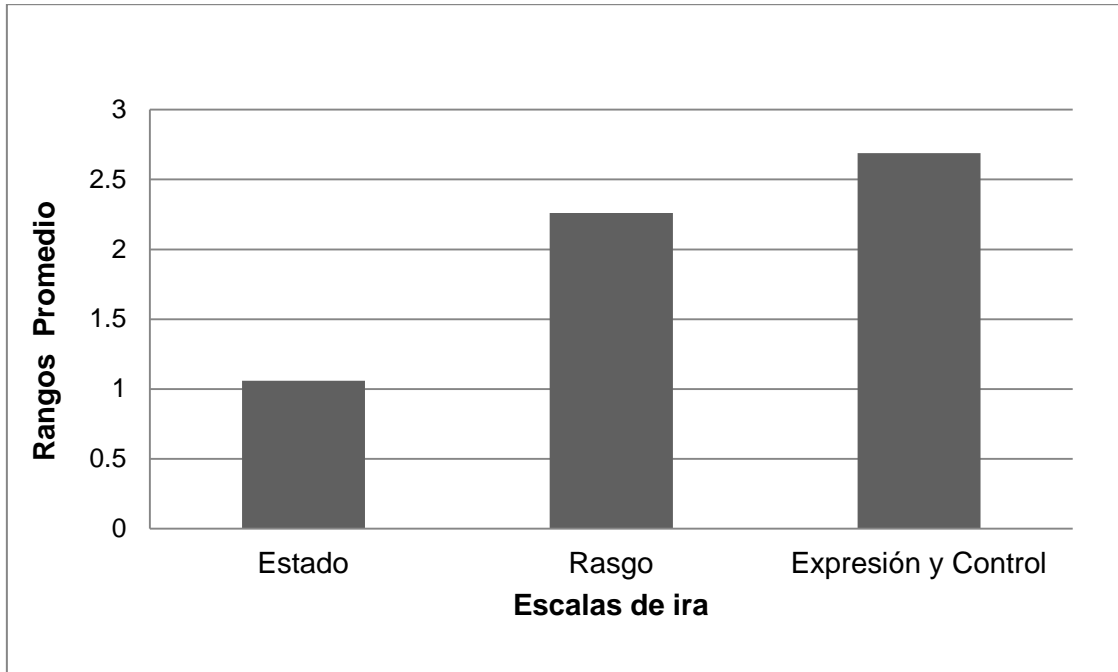


Figura 2. Rangos promedio obtenidos por el total de las participantes en las escalas del STAXI-2.

Por medio de un análisis de Wilcoxon se exploraron las diferencias entre las medias de las subescalas del STAXI-2:

En las correspondientes a la escala Estado se obtuvo: Sentimiento ($M= 1.23$) y Deseos de expresar ira ($M = 1.14$); $z = -2.208$, $p <.05$.

Al momento de responder el instrumento las participantes tenían sentimientos de ira bajos y sin iniciativa de expresarlos verbal o físicamente.

Para las que componen la escala Rasgo, se encontró que Temperamento ($M = 1.72$) y Reacción ($M= 2.09$); $z = -3.897$, $p <.001$. Estos resultados indican que las mujeres embarazadas de este estudio, experimentan sentimientos de ira con mayor frecuencia al estar frente a situaciones frustrantes o a evaluaciones negativas que al no haber una provocación específica como críticas o agravios.

En cuanto a las subescalas de Expresión, la media de Expresión Externa resultó ($M= 1.59$) mientras que para Expresión Interna ($M= 2.18$); $z = -5.837$, $p <.001$. Lo cual señala que al experimentar ira, tienden a suprimirla o inhibirla con más frecuencia, que a expresarla por medio de conductas verbales o físicas.

Sin embargo, en las subescalas de Control, se obtuvieron los siguientes valores: Control Externo ($M= 2.51$) y Control Interno ($M= 2.63$); $z = -1.503$, $p >.05$, de manera que no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la frecuencia de sus intentos por controlar la ira hacia el entorno y controlarla con tranquilidad y moderación personal.

En el presente estudio las escalas de Expresión y Control son especialmente relevantes pues revelan la propensión que tienen las pacientes a mostrar o no la ira y sus formas de control, lo cual fundamenta la importancia de implementar una intervención psicológica orientada a dirigir la ira de forma asertiva y disminuir su supresión o expresión agresiva a través de conductas saludables.

Como se ve en la figura 3, una prueba de Kruskal-Wallis mostró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de mujeres embarazadas en las escalas de ira (p -valor $>.05$ en los tres casos).

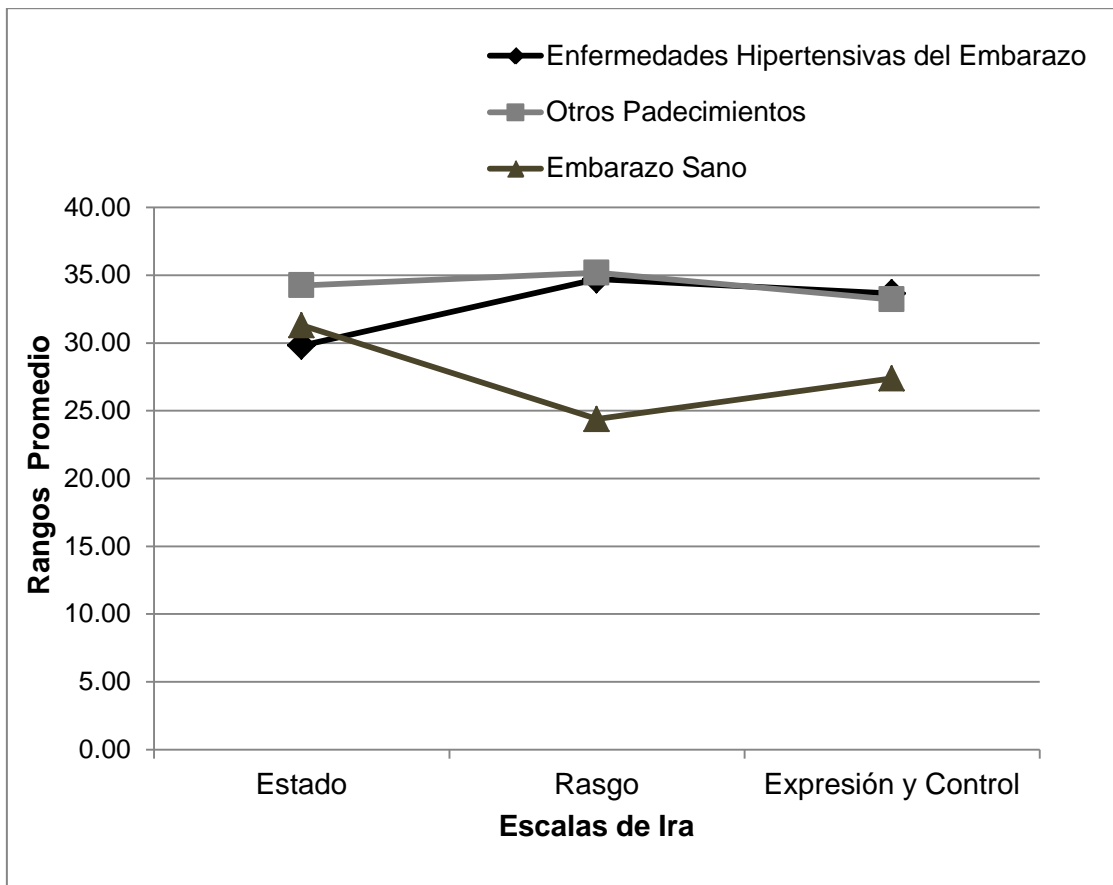


Figura 3. Distribución de los rangos promedio de las escalas del STAXI-2 por grupo

Por lo tanto, las subescalas de Expresión y Control tampoco se observaron diferencias entre grupos, (p -valor $>.05$ en los tres casos).

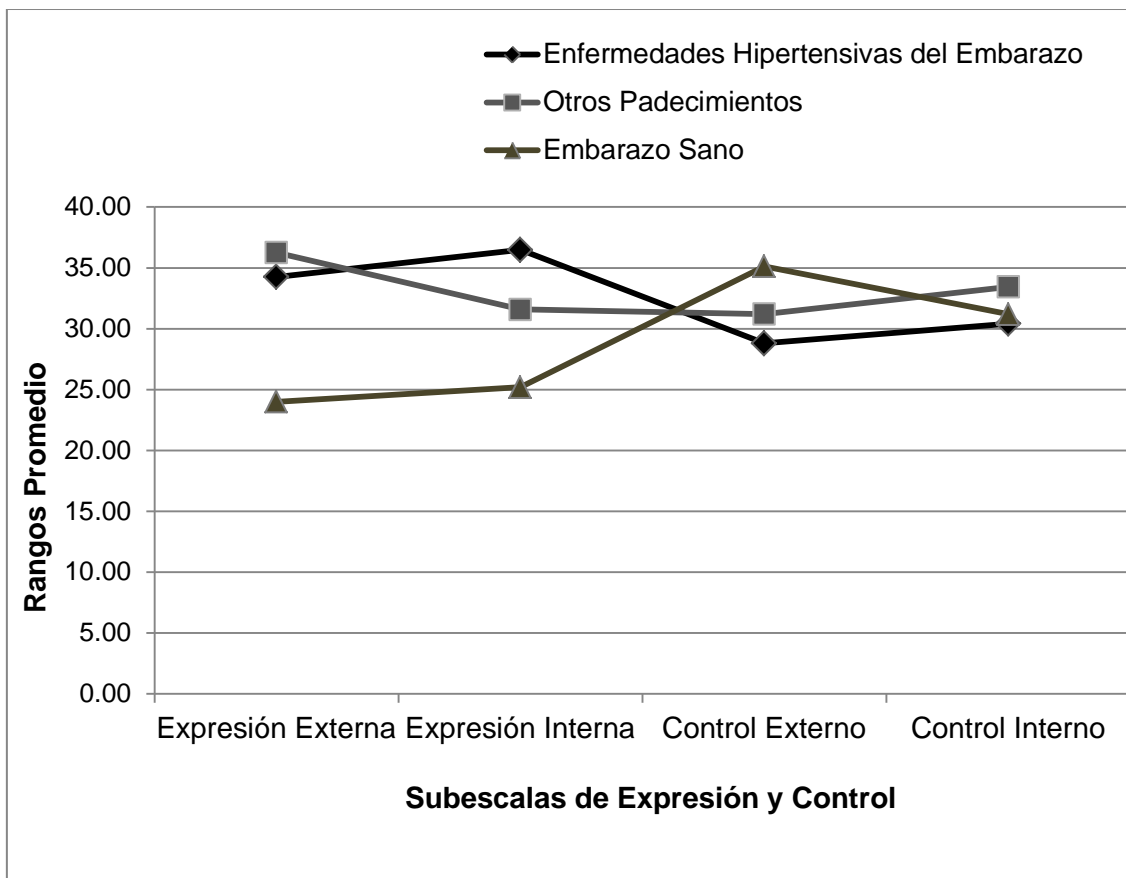


Figura 4. Distribución de los rangos promedio de las subescalas de Expresión y Control del STAXI-2 por grupo.

Estudio 2: Intervención Cognitivo-Conductual

El modelo de intervención psicológica se puso a prueba en formato de réplicas individuales de efectos, con medidas antes y después de la intervención. Para medir el tamaño del efecto de esta intervención se utilizó un análisis *d* de Cohen, para la escala de Expresión y Control con sus respectivas subescalas. Se esperaba que la intervención disminuyera los niveles de la Expresión interna y externa de la ira, y por consiguiente aumentara los de Control externo e interno, con un tamaño del efecto entre $d=0.5$ y $d=0.9$).

Las comparaciones de medias muestran que hubo una disminución significativa en la expresión interna y externa de la ira, y un aumento significativo en el control externo e interno. El tamaño del efecto fue superior a 0.5 en Expresión interna y en Control externo, pero menor en Expresión externa y Control interno (véase Tabla 7).

Tabla 7.

Tamaño del efecto del programa piloto de Intervención para Control de la ira

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen	Tamaño del efecto <i>r</i>
Expresión Externa pre	12.43	3.994	8.233	.001		
					0.295	0.14
Expresión Externa post	11.14	4.706	6.265	.001		
Expresión Interna Pre	16.43	5.442	7.987	.001		
					0.561	0.27
Expresión Interna post	13.57	4.721	7.606	.001		
Control Externo Pre	14.43	3.101	12.309	.001		
					0.883	-0.404
Control Externo post	17.57	3.952	11.763	.001		
Control Interno Pre	14.86	4.914	8.000	.001		
					0.442	-0.215
Control Interno post	17.00	4.761	9.447	.001		

Nota: Los coeficientes de correlación moderada y alta se señalan en negritas.

Las tablas 8 y 9 muestran los puntajes previos y posteriores a la intervención obtenidos en todas las escalas por las siete pacientes que recibieron la intervención psicológica, además de la diferencia entre estos y el cambio clínico objetivo (CCO) el cual es una medida de la diferencia entre la puntuación en el postest y el pretest dividida entre esta última. En principio, un cambio clínicamente significativo es mayor a 20% (Cardiel, 1994), y estos cambios pueden indicar deterioro o mejoría dependiendo del sentido de los datos. Puesto que en la mayoría de las dimensiones de ira con excepción del Control externo e interno se espera que los puntajes se reduzcan después de la intervención, lo favorable es que el coeficiente de cambio resulte negativo, pues esto indicaría mejoría en dicha dimensión.

Aunque generalmente las personas presentan un nivel bajo de ira estado y de las subescalas que la componen, en la tabla 8 se puede notar que por lo menos dos participantes, pacientes 3 y 7, sí obtuvieron diferencias significativas, al contestar el instrumento en diferentes momentos durante su hospitalización antes del parto. (véase Tabla 8)

Tabla 8

Puntajes crudos del STAXI-2 antes y después del programa de intervención para control de la ira, diferencia entre ellos y Cambio Clínico Objetivo.

Paciente		ESTADO	Sentimientos de ira	Deseos de expresar ira
1	PRE	15	5	10
	POST	15	5	10
	DIF	0	0	0
	CCO	0	0	0
2	PRE	18	8	10
	POST	17	7	10
	DIF	1	1	0
	CCO	-0.06	-0.13	0
3	PRE	35	14	21
	POST	15	5	10
	DIF	20	9	11
	CCO	-0.57	-0.64	-0.52
4	PRE	15	5	10
	POST	15	5	10
	DIF	0	0	0
	CCO	0	0	0
5	PRE	15	5	10
	POST	17	7	10
	DIF	-2	-2	0
	CCO	0.13	0.40	0
6	PRE	16	5	11
	POST	15	5	10
	DIF	1	0	1
	CCO	-0.06	0	-0.09
7	PRE	38	12	26
	POST	15	5	10
	DIF	23	7	16
	CCO	-0.61	-0.58	-0.62

Nota: Los resultados de cambio clínico objetivo estadísticamente significativos se muestran en negritas.

Como se mencionó anteriormente, solo en las escalas de *Control Externo* e *Interno*, se esperan signos positivos en el coeficiente de cambio clínico objetivo; por consiguiente un signo negativo en éstas señala deterioro.

Todas las pacientes lograron cambios que indican mejoría en al menos una dimensión de ira al terminar la intervención; En lo que se refiere a Expresión externa, seis pacientes mostraron disminución, de las cuales solo en dos casos fue significativa. En cuanto a la Expresión Interna, también seis pacientes presentaron disminución, y solamente tres fueron cambios significativos. De las siete pacientes, cinco mejoraron significativamente en el control externo y tres pacientes en control interno (Véase tabla 9).

Tabla 9

Puntajes crudos del STAXI-2 antes y después del programa de intervención para control de la ira, diferencia entre ellos y cambio clínico objetivo

Paciente		RASGO	Temp.	Reacc.	E EXT.	E INT.	C EXT.	C INT.
1	PRE	18	7	11	7	9	16	16
	POST	15	6	9	6	8	18	18
	DIF	3	1	2	1	1	-2	-2
	CCO	-0.17	-0.14	-0.18	-0.14	-0.11	0.13	0.13
2	PRE	22	8	14	9	24	18	13
	POST	19	7	12	8	21	22	17
	DIF	3	1	2	1	3	-4	-4
	CCO	-0.14	-0.13	-0.14	-0.11	-0.13	0.22	0.31
3	PRE	37	18	19	19	21	10	6
	POST	22	9	13	13	12	12	10
	DIF	15	9	6	6	9	-2	-4
	CCO	-0.41	-0.50	-0.32	-0.32	-0.43	0.20	0.67
4	PRE	15	7	8	11	16	16	22
	POST	14	5	9	8	12	21	23
	DIF	1	2	1	3	4	-5	-1
	CCO	-0.07	-0.29	0.13	-0.27	-0.25	0.31	0.05
5	PRE	21	11	10	15	13	13	14
	POST	24	13	11	20	15	15	12
	DIF	-3	-2	-1	-5	-2	-2	2
	CCO	0.14	0.18	0.10	0.33	0.15	0.15	-0.14
6	PRE	16	8	8	12	12	17	18
	POST	14	8	6	10	9	21	22
	DIF	2	0	2	2	3	-4	-4
	CCO	-0.13	0.00	-0.25	-0.17	-0.25	0.24	0.22
7	PRE	32	18	14	14	20	11	15
	POST	29	15	14	13	18	14	17
	DIF	3	3	0	1	2	-3	-2
	CCO	-0.09	-0.17	0.00	-0.07	-0.10	0.27	0.13

Nota: Los resultados de cambio clínico objetivo estadísticamente significativos se muestran en negritas. Temp.= Temperamento iracundo; Reacc.= Reacción de ira; E EXT.= Expresión externa; E INT.= Expresión Interna; C EXT.=Control Externo; C INT.=Control Interno.

Se presentan los resultados de la presión arterial, medida por el personal de enfermería del hospital, antes y después de la intervención de control de ira.

Seis pacientes lograron disminuir su presión arterial diastólica, cuatro de ellas de forma significativa. En las cifras de la presión sistólica se consiguieron mejorías menos notorias y no significativas.

Tabla 10

Registros de las cifras de presión arterial antes y después del programa de intervención para control de la ira.

Paciente	Medición pre		Medición post		Diferencia		Cambio Clínico Objetivo	
	Sist.	Diast.	Sist.	Diast.	Sist.	Diast.	Sist.	Diast.
1	130	90	110	70	20	20	-0.15	-0.22
2	135	90	130	70	5	20	-0.04	-0.22
3	120	90	110	70	10	20	-0.08	-0.22
4	120	80	110	70	10	10	-0.08	-0.13
5	120	80	130	90	-10	-10	0.08	0.13
6	138	90	120	80	18	10	-0.13	-0.11
7	120	88	100	70	20	18	-0.17	-0.20

Nota: Sist.= Sistólica; Diast.= Diastólica. Los valores de cambio clínico objetivo estadísticamente significativos se muestran en negritas.

Casos Representativos

A continuación se presenta la descripción de caso de tres pacientes intervenidas, con los detalles específicos de su evaluación, los contextos de los episodios de ira problemáticos y los cambios después del programa de control de la ira.

Caso 1. Mayor beneficio (paciente 3)

1.1 Perfil

La paciente 3 de 35 años de edad, se dedica al hogar, es casada y es madre de dos hijas, al momento de la entrevista psicológica cursaba su cuarto embarazo porque el tercero resultó en aborto, su pareja ha sido la misma desde su segunda gestación.

Llevaba cinco años con el diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica Crónica, que se desencadenó por preeclampsia en su segundo embarazo. Desde las 22 semanas de gestación el tratamiento médico consistió en alfametildopa para controlar la presión arterial y adicionalmente le indicaron un régimen alimenticio bajo en sodio y carbohidratos.

El proceso de evaluación se llevó a cabo en la consulta externa, mientras que el de intervención transcurrió mientras la paciente se encontraba en la sala de urgencias obstétricas.

1.2 Evaluación

Su grado de ira estado fue alto y al preguntarle la causa, afirmó que en aquel momento se sentía enojada porque la retuvieron en la sala de urgencias para estabilizar sus niveles de glucosa y le informaron que debía permanecer en el hospital por varios días. Ella experimentaba sentimientos de ira bastante intensos, lo cual, reflejaba ira crónica. Presentaba una marcada tendencia a expresar la ira de forma verbal a cualquier persona, constituyendo una situación grave.

Frecuentemente tenía sentimientos de ira y a menudo creía que era tratada de modo indebido por los demás, lo que le generaba mucha frustración.

Es irritable y propensa a expresar la ira aunque la provocación sea leve, tiende a ser impulsiva, y carece de control de la ira, por lo que ataca de forma vengativa y violenta a otros.

Es muy sensible a las críticas, a los supuestos agravios y a la evaluación negativa de otros, en esas circunstancias experimenta mucha ira.

Manifestaba frecuentemente su ira con conducta agresiva dirigida a objetos o personas con sarcasmo, insultos y amenazas. En ocasiones también suprimía sus intensos sentimientos de enojo, esta combinación de formas de expresión, la hacía vulnerable a enfermedades coronarias y ataques cardíacos.

Existía riesgo notable de problemas de salud, por poco control interno y alta expresión externa, además de recurrir continuamente a la expresión física de la ira. Mostró gran probabilidad de tener dificultades en las relaciones interpersonales y un alto riesgo de desarrollar trastornos médicos.

1.3 Autoinforme

La paciente 3 sí se consideraba una persona “enojona”, las causas de su ira frecuentemente eran dificultades circunstanciales, o que sus planes no resultaran del modo en que ella deseaba, sin embargo, la situación más frustrante para ella era el cambio de rutina en los últimos meses del embarazo, pues debía evitar hacer esfuerzos físicos y actividades recreativas fuera de casa, lo cual le impedía salir a jugar con su hija menor y la dinámica familiar se tornó complicada ya que la niña estaba muy apegada a la madre y ella se sentía atosigada. Comentó que al sentir ira, “se guardaba” esa emoción y se comportaba indiferente con su esposo, después esperaba a que él buscara interacción, pero podía pasar hasta dos días enojada, procurando no herir con sus palabras, como lo hacía antes, mencionó.

1.4 Objetivos terapéuticos

Los objetivos con la paciente 3, eran principalmente tres: reducir la frecuencia con la que ella experimenta ira a lo largo del tiempo (*Rasgo*), su expresión mediante conductas agresivas (*Expresión Externa*) y su disposición a no manifestar o suprimir la ira (*Expresión Interna*) (véase Figura 5).

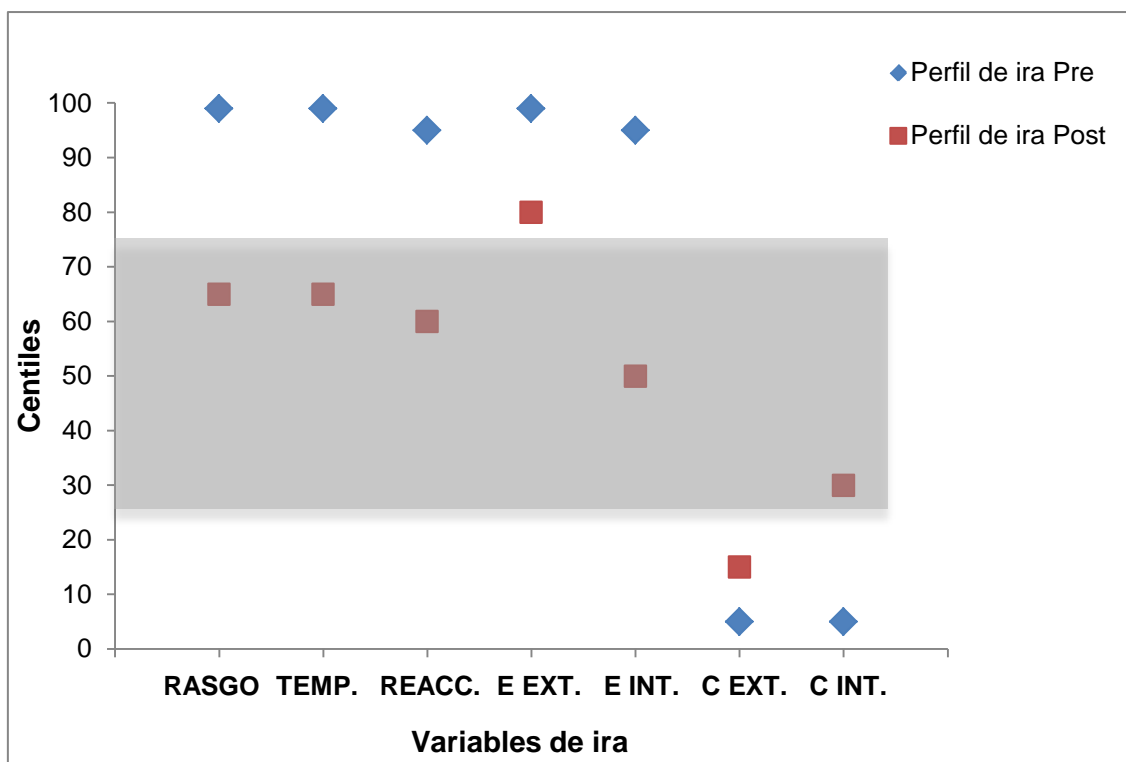


Figura 5. Distribución de los puntajes de ira previos y posteriores a la intervención de la paciente 3.

1.5 Resultados de la Intervención

La paciente 3 manifestó niveles mínimos de ira estado. Por otra parte, aunque disminuyó considerablemente su tendencia a manifestar la ira con acciones violentas, emitió puntuaciones elevadas de esta forma de expresar sus sentimientos iracundos, afortunadamente esta reducción implica menores probabilidades de problemas cardiacos.

Aumentó un poco la frecuencia con que intenta controlar la expresión de ira hacia la gente y las cosas de su entorno, pero aún presenta deficiencias en el *Control Externo*.

Mejóro en numerosas variables, pues logró disminuir la frecuencia de episodios de ira, la disposición a experimentarla, con o sin provocaciones frustrantes y el número de veces en que suprimió la ira. Además a menudo intenta tranquilizarse cuando tiene situaciones que le provocan ira. Esto se refleja en las cinco puntuaciones dentro de la franja de normalidad (véase Figura 5). Se lograron los tres objetivos propuestos y adicionalmente se consiguió mejorar otras dimensiones de ira.

Caso 2. Beneficio medio (paciente 4)

2.1 Perfil

La paciente 4 de 30 años de edad, vive en unión libre y se dedica al hogar; acudía a atención prenatal de su cuarto embarazo, era madre de dos hijos puesto que el tercer embarazo no se logró por muerte fetal en el último mes. Ha tenido la misma pareja en todos los embarazos.

Al momento de la evaluación psicológica, mencionó que tenía cuatro meses de haberse enterado que padecía Hipertensión Arterial Sistémica Crónica, y 28 semanas de gestación, por lo que el diagnóstico fue emitido durante el cuarto mes de embarazo y para entonces estaba medicada con alfametildopa además de que le realizaban monitoreos periódicos para la detección de proteinuria, los cuales resultaron negativos.

Tanto la evaluación como la intervención se realizaron en consulta ambulatoria.

2.2 Evaluación

Presentó nivel nulo en ira estado en su evaluación. Aunque generalmente no reacciona con sentimientos de ira frente a críticas o agravios, cuando los experimenta tiende a suprimirlos, es decir, no los expresa física o verbalmente. Emplea mucha energía en calmar y reducir su ira de forma rápida, pero esto puede reducir la disposición a responder asertivamente en determinadas situaciones frustrantes.

2.3 Autoinforme

Ella no se consideraba una persona “enojona”, dijo ser una persona tolerante y que intenta pensar antes de reaccionar; mencionó que los motivos por los que suele sentir ira, eran principalmente las injusticias y cuando sus hijos la desobedecen. Reconoció que muchas veces ella no es la persona afectada, sin embargo siente ira y se queda con ese sentimiento durante algunas horas, pensando repetidamente en lo que hubiera hecho para defender a otros. Al experimentar sentimientos de ira, se comporta evasiva, pues se retira y no habla, mencionó que quisiera gritar pero solamente la expresa con gestos. La situación en la que experimentó mucha ira fue cuando su marido fue víctima de discriminación y por esta causa se quedó sin empleo.

2.4 Objetivos terapéuticos

Para la paciente 4 los objetivos eran dos: disminuir la disposición a experimentar ira sin manifestarla (*Expresión Interna*) y fomentar la asertividad en los intentos que hace por reducir sus experiencias de ira y su forma de expresarla (*Control Interno*) (véase figura 6).

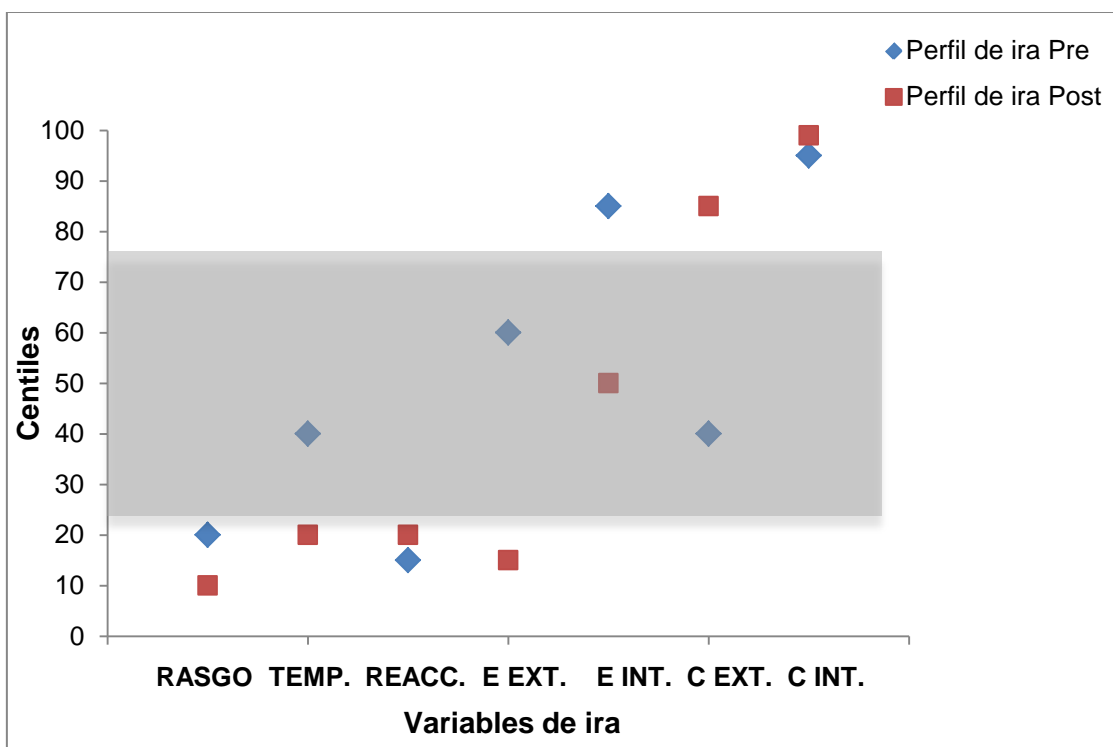


Figura 6. Distribución de los puntajes de ira previos y posteriores a la intervención de la paciente 4.

2.5 Resultados de la intervención

Nuevamente registró nivel nulo de ira estado. Aunque poco e innecesario, disminuyó la frecuencia con la que ella experimenta ira a lo largo del tiempo. Se redujo la disposición a experimentar ira sin provocaciones específicas, pero aumentó ligeramente la repetición de sentimientos de ira en situaciones frustrantes o evaluaciones negativas.

Hubo una marcada disminución en la expresión de ira hacia el exterior de forma verbal o física, al igual que en la supresión de la ira, esta última era uno de los objetivos específicos en su caso y se logró.

Aumentó notoriamente la frecuencia con la que ella controla la manifestación de ira en personas u objetos, sin embargo, esto causa que gaste mucha energía en prever y prevenir la experiencia de ira para no exteriorizarla, lo cual es deseable, pero debe evitar excederse con el fin de evitar la pasividad o el abandono.

De forma similar, se esfuerza demasiado por calmar y reducir sus sentimientos de ira rápidamente, y esto revela que durante su vida ha desarrollado controles internos sobre la experiencia y expresión de la ira mediante el sosiego y la moderación, pero esto no debe conducir a la falta de asertividad para facilitar la solución constructiva de un problema de ira; este era el segundo objetivo de intervención para la paciente 4, que se logró parcialmente.

La puntuación de *Control Externo* incrementó bastante y se situó fuera del rango de normalidad. Adicionalmente la puntuación de *Control Interno* ya era muy alta y subió aún más (véase Figura 6).

Aunque se consiguieron los dos objetivos programados para esta paciente, faltó conducir el control interno con actitudes asertivas. Ella mencionó que se sentía mucho mejor al confrontar situaciones frustrantes y con herramientas útiles para manejar su ira con sus hijos.

Caso 3. Menor beneficio. (Paciente 5)

3.1 Perfil

La paciente 5 tiene 30 años, es enfermera, vive en unión libre y trabaja en un asilo de ancianos. Hacía siete años que ya había tenido un embarazo, pero el bebé falleció a los dos meses de edad a causa de un problema intestinal. Al momento de la evaluación psicológica ella cursaba su segundo embarazo y a las 31 semanas de gestación se le diagnosticó hipertensión gestacional, por lo que se le trataba con alfametildopa y estuvo hospitalizada hasta descartar proteinuria. Este era el primer embarazo con su segunda pareja con quien ha estado en los últimos cinco años.

Todo el proceso psicológico se realizó con la paciente hospitalizada en el servicio de observación ginecoobstétrica.

3.2 Evaluación

Presentó nivel nulo de ira estado. Es irritable y propensa a expresar sus sentimientos de ira aunque la provocación sea pequeña; a menudo es impulsiva y carece de control de la ira. Frecuentemente manifiesta su ira con conducta agresiva a personas u objetos, o con conducta verbal, atacando y amenazando, este aspecto produce vulnerabilidad a enfermedades coronarias. Generalmente tiene dificultades para controlar la manifestación de su ira en el entorno.

3.3 Autoinforme

La paciente 5 mencionó que sí es una persona “enojona” en circunstancias en las que su familia toma decisiones que a ella no le agradan, o con sucesos imprevisibles; ante el sentimiento de ira evita involucrarse y prefiere analizar la situación, menciona que logra reducir la intensidad de su enojo, pero las otras personas se comportan indiferentes, a lo que ella reacciona con hostilidad.

3.4 Objetivos terapéuticos

Con la paciente 5 se perseguían tres objetivos: disminuir la tendencia a experimentar ira ante provocaciones pequeñas o inespecíficas (*Temperamento*), reducir la manifestación frecuente de ira mediante conductas agresivas dirigidas a personas u objetos

(Expresión Externa) y finalmente elevar el control de ira para así evitar ataques físicos o verbales (Control Externo) (véase figura 7).

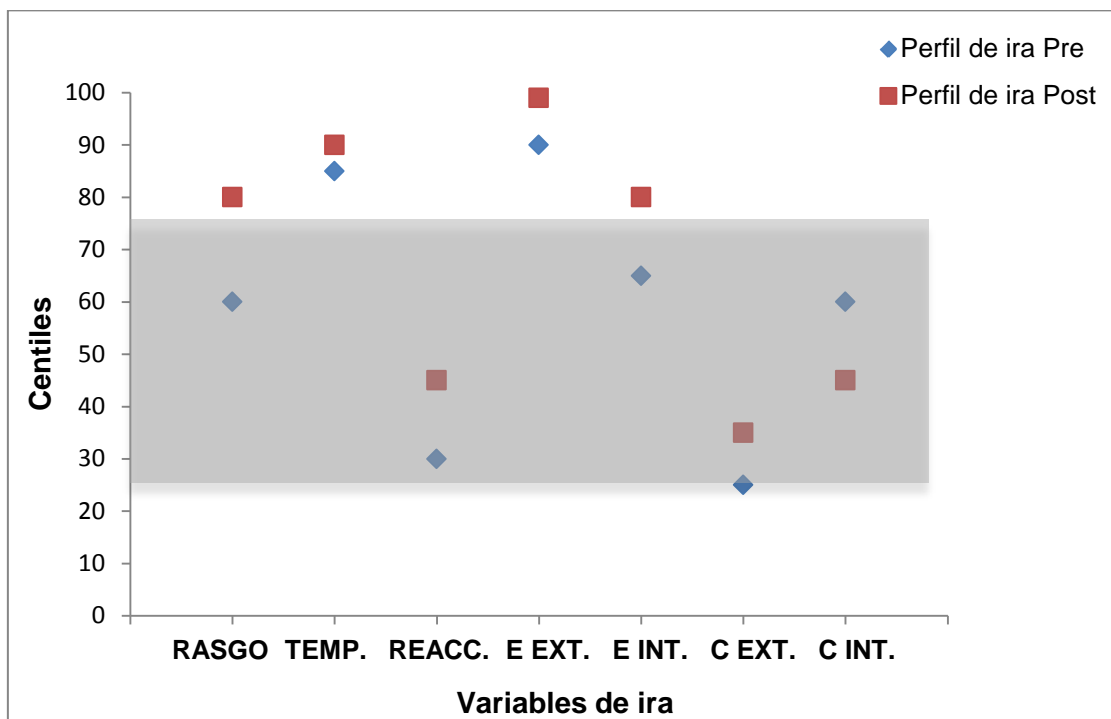


Figura 7. Distribución de los puntajes de ira previos y posteriores a la intervención de la paciente 5.

3.5 Resultados de la Intervención

Al final de la intervención comentó que estaba muy enojada porque los médicos retrasaron su cirugía de parto por un error del hospital y en consecuencia debía esperar más tiempo internada, situación que le causaba inconformidad y mucho enojo. Aun así su nivel de ira estado fue bajo.

Aumentó la frecuencia con la que experimenta sentimientos de ira y con ello el pensamiento de que es tratada de forma inadecuada por las demás personas.

También aumentó su irritabilidad e impulsividad, la cual ya era elevada y lo preferible era que disminuyera.

Aumentó la frecuencia de exteriorización con ataques verbales o físicos, la cual ya era muy alta. Y por otra parte también incrementó la frecuencia de supresión de la ira, que antes estaba en el rango de normalidad.

Aunque las puntuaciones *Reacción* y *Control Interno*, permanecieron en el rango normalidad, las modificaciones resultaron desfavorables para la paciente, pues frente a críticas o momentos frustrantes aumentó la frecuencia a experimentar ira y disminuyeron sus intentos por tranquilizarse (véase Figura 7).

Únicamente mejoró el *Control Externo de la ira*, que ascendió diez unidades dentro del rango de normalidad, y a pesar de que en el resto de las escalas ella empeoró, solo *Expresión Externa* resultó significativo este detrimento clínico.

Capítulo 5. Discusión y Conclusiones

En este estudio se plantearon tres objetivos: (1) determinar la relación entre la *Expresión Interna de la ira* y la hipertensión arterial en mujeres embarazadas; (2) identificar el perfil de ira para cada uno de los tres grupos de embarazadas examinados (Enfermedad Hipertensiva del Embarazo, Otros Padecimientos y Embarazo Sano), así como detectar diferencias estadísticamente significativas entre ellos, especialmente en la dimensión de *Expresión y Control* de la ira en el grupo de EHE y, (3) explorar el efecto de un programa piloto de intervención Cognitivo-Conductual para Control de la ira dirigido a pacientes con Enfermedades Hipertensivas del Embarazo.

Para cumplimentar estos objetivos se utilizó el Inventario de Ira Estado-Rasgo, (STAXI-2; Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger) en su versión adaptada para México por Oliva et al., 2010, ya que demostró ser un instrumento tanto confiable al medir el constructo de ira y sus dimensiones, como válido para ser utilizado en población mexicana. Adicionalmente se contó con el apoyo del personal médico y de enfermería del Hospital General Ajusco Medio para obtener los diagnósticos formales y los registros de presión arterial de las participantes.

Aunque las diferencias encontradas en las escalas y subescalas de ira entre los grupos de embarazadas no fueron estadísticamente significativas, la intervención para control de la ira que se implementó para las participantes del grupo de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo resultó efectiva en la mayoría de los casos.

Puesto que diversas investigaciones reportan correlación de la Hipertensión Arterial Sistémica Crónica (HASC) con puntuaciones elevadas de ira (Gardner y Moore, 2013; Miguel-Tobal et al., 2009), concretamente en las escalas: *Rasgo* (Crane, 1981), *Expresión Externa e Interna* (Miguel-Tobal, 1993; Hosseini et al., 2011) y *Expresión Interna* (Miguel-Tobal et al., 1997; Mund y Mitte, 2012), en el presente trabajo la propuesta fue evaluar la Expresión y Control de ira en mujeres gestantes, específicamente en embarazadas diagnosticadas con alguna enfermedad hipertensiva para poner a prueba una intervención psicológica como alternativa de apoyo al tratamiento

farmacológico, el cual para algunas pacientes resulta inaccesible, provoca efectos secundarios, e implica comportamientos de adherencia terapéutica que no llevan a cabo, porque no comprenden su padecimiento ni las consecuencias de omitir las recomendaciones clínicas.

Las mujeres del grupo de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo (EHE) han tenido más embarazos (aunque no necesariamente no más hijos) y esperaron un periodo más largo para volver a embarazarse desde su último alumbramiento logrado. Esto quizás se debe a la cantidad de abortos u otras complicaciones que han obstaculizado su salud gestacional.

Si bien se ha encontrado (SSA, 2010) que en mujeres de más de 40 años la probabilidad de presentar hipertensión durante el embarazo es mayor, el hecho de que la media de edad de las mujeres examinadas en este estudio presenten dicho problema, nos lleva a inferir que en la actualidad estas enfermedades están ocurriendo en mujeres más jóvenes, probablemente por la comorbilidad con otras enfermedades previas al embarazo, tales como obesidad, diabetes e hipertensión, indicadoras de hábitos nocivos y estilos de vida poco saludables.

Esta tendencia puede notarse en el historial obstétrico del grupo de mujeres con EHE, que fue el que reportó el mayor número de complicaciones durante sus embarazos:

El antecedente de enfermedad hipertensiva en gestaciones previas, fue notoriamente mayor en el grupo de EHE, lo cual es consistente con lo señalado en la literatura de investigación, pues éste se ha designado como factor de alto riesgo para desarrollar nuevamente alguna enfermedad hipertensiva del embarazo (Martineau y Piercy, 2009; SSA, 2010), específicamente preeclampsia, pues al haberla padecido en el primer embarazo, la probabilidad de repetirse en el segundo embarazo aumenta 7 veces (SSA, 2010).

De acuerdo con la Secretaría de Salud (2007) la diabetes gestacional tiene relación con la incidencia de preeclampsia. En este estudio se observó comorbilidad con EHE solo en cuatro mujeres; sin embargo para futuras investigaciones sería conveniente considerar factores

maternos, como el índice de masa corporal ≥ 30 kg/m² o diagnósticos formales de obesidad mórbida y diabetes tipo I y II, ya que también son factores de riesgo para padecer preeclampsia (SSA, 2010).

Los eventos de muerte perinatal se presentaron únicamente en mujeres con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica Crónica, aunque sólo en 2 de los 4 casos se debieron a causas hipertensivas maternas; la Secretaría de Salud (2010) advirtió que en pacientes con HASC que no desarrollan preeclampsia la muerte perinatal se produce en 0.3% de los casos, en cambio si la desarrollan, se produce en 10% de ellos, por lo que se reitera la necesidad de controlar rigurosamente la presión arterial de las embarazadas.

La literatura de investigación médica (García, Costales y Jimeno, 2000; Martineau y Piercy, 2009; Roiz y Jiménez, 2001; SSA, 2010) ha relacionado la primera gestación con la prevalencia de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo, sin embargo en este estudio se concentró la mayor frecuencia de mujeres primigestas en el grupo de Embarazo Sano, mientras que en el grupo de EHE sólo un cuarto de sus integrantes fueron mujeres de primer embarazo, y aunque el número de participantes no permite obtener conclusiones definitivas, los resultados indican que la combinación de enfermedades crónicas previas con el historial obstétrico de riesgo parecen más adecuados para predecir Enfermedades Hipertensivas del Embarazo.

La ocurrencia de preeclampsia se ha vinculado también con la primipaternidad, o la exposición al semen de una nueva pareja (SSA, 2007, 2010) aún no siendo el primer embarazo, es decir, incluso en mujeres multíparas fecundadas por un nueva pareja (Marañón, Fernández, Mastrapa y Bertot, 2009; Roiz y Jiménez, 2001). En este estudio, las mujeres multíparas, es decir quienes ya tenían hijos, que reportaron haber cambiado de pareja sexual en el presente embarazo, 14 fueron del grupo de EHE, 5 del de Otros Padecimientos y solamente 2 de Embarazo Sano, así se confirma que el efecto protector de la multiparidad ante las EHE se pierde al cambiar de compañero sexual (Marañón, Fernández, Mastrapa y Bertot, 2009; Roiz y Jiménez, 2001).

Respecto a los datos de presión arterial registrados en la consulta gineco-obstétrica, los grupos de Otros Padecimientos y Embarazo Sano concentraron las frecuencias más altas de participantes con niveles óptimos de presión arterial; Mientras que 11 de las 25 participantes del grupo de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo presentaron cifras de hipertensión o fronterizas ($\geq 130/85$ mmHg), hecho que manifiesta la necesidad de promover en las pacientes la importancia de elaborar una bitácora de registros periódicos de su presión arterial y la observación de otros signos y síntomas importantes para acudir oportunamente a recibir atención médica en caso de emergencia, no obstante, estos datos también resultan alentadores, pues se pudo confirmar que mujeres con EHE pueden mantener niveles de presión arterial adecuados ($\leq 120/80$ mmHg) que minimizan el riesgo materno-fetal.

La frecuencia del antecedente familiar de HASC, resultó significativamente más alta en el grupo de EHE, de modo que se confirma la propensión genética de esta enfermedad crónica y su injerencia como factor de riesgo para desarrollar hipertensión durante el embarazo (Martineau y Piercy, 2009; SSA, 2007).

Las sustancias de consumo consideradas más nocivas para la salud materno-fetal como el tabaco, el alcohol y otras drogas, tuvieron pocas menciones en los tres grupos, no obstante la mayoría de las mujeres con EHE reportaron consumir regularmente café y sal añadida, es decir, tres veces a la semana durante tres meses de gestación consecutivos.

El consumo excesivo de estos dos alimentos han sido continuamente vinculados con el aumento de la presión arterial, y se recomienda disminuirlos en pacientes con HASC (Norma Oficial Mexicana [NOM]-030 SSA, 2009) y en el embarazo (OMS, 2013b), aunque en este estudio no se tienen datos de la ingesta diaria exacta de sal y cafeína, con base en el reporte de las participantes se puede deducir que en efecto, las mujeres con diagnóstico de EHE las consumen con más frecuencia y en mayor cantidad.

La percepción emocional de las participantes resultó muy contrastante pues al responder qué tanto consideran poseer rasgos de personalidad como el enojo, el estrés, la preocupación, la

sociabilidad, así como calificar su relación de pareja o su nivel de actividades cotidianas estresantes, los hallazgos señalan que no hay diferencias significativas en las percepciones de enojo, actividades estresantes, ni sociabilidad entre los tres grupos.

Dicho dato quizás indica que independientemente de su estado de salud, las participantes de los tres grupos coinciden en sus niveles de enojo auto-informado. Al responder por qué suelen enojarse, los detonantes de ira más mencionados por las participantes fueron: la necesidad de control (“los otros toman decisiones que no me gustan”), intolerancia a la frustración (“las cosas no salen como yo quiero/ no hacen lo que yo quiero”), las críticas o ataques (“cuando se meten con mi familia”) o al experimentar dificultades en la crianza de sus hijos (“me desobedecen o me contestan de forma grosera”), la percepción de poco apoyo (“que no me ayuden o me ignoren”), sin embargo también mencionaron una especie de ira generalizada, (“por cualquier cosa me enojo... no sé ni por qué, sólo exploto”), lo cual hace referencia al temperamento iracundo.

Del mismo modo, los niveles de sociabilidad auto-reportados fueron muy similares en los tres grupos, dejando ver que las participantes perciben tener los mismos grados de interacción social.

A pesar de que en la pregunta de actividades estresantes se observó la misma tendencia, las respuestas en el rasgo estrés sí mostraron diferencias, pues como se esperaba, el grupo de EHE obtuvo la media más alta, seguido del grupo de Otros Padecimientos, siendo el grupo de Embarazo Sano el que puntuó la media más baja. Las fuentes de estrés más mencionadas por las pacientes con EHE fueron: los deberes laborales o haber dejado de trabajar en el embarazo, problemas familiares, dificultades económicas y el cuidado de los hijos; en tanto que las pacientes con embarazo sano, mencionaron con más frecuencia que intentan distraerse de los problemas y los olvidan con facilidad.

De la misma forma sucedió en la calificación de preocupación, las razones más mencionadas por las mujeres con EHE a las que atribuyeron su ansiedad fueron: cuestiones económicas, las conductas o enfermedades de familiares, su personalidad ansiosa por sí misma y la condición de hipertensión en su embarazo.

Por último, la calificación en la relación de pareja también marcó diferencias significativas, siendo ésta vez el grupo de EHE el que alcanzó la media más alta y el de Otros Padecimientos la más baja, probablemente por las implicaciones de la enfermedad hipertensiva y el historial de complicaciones en embarazos anteriores o el que cursaban en aquel momento, las mujeres con EHE perciben más apoyo, solidaridad y compromiso paternal de parte de sus parejas.

Discusión sobre el Estudio 1: Evaluación

Los datos obtenidos permiten responder positivamente a la primera pregunta de investigación, pues se puede afirmar que la hipertensión arterial en embarazadas está vinculada con la *Expresión Interna de la ira*, es decir, la supresión de la ira.

Para evaluar la relación entre las cifras de presión arterial y las escalas de ira del STAXI-2, se tomó como criterio la presión arterial diastólica, PAD ≥ 90 , por ser considerada un mejor predictor de resultados adversos en el embarazo, ya que es más confiable por estar sujeta a menor variación que la presión sistólica (SSA, 2010).

Las embarazadas que tuvieron registro de hipertensión diastólica ≥ 90 mm Hg mostraron que sus rangos promedio de *Expresión Interna de la Ira* fueron significativamente más altos que los de las embarazadas que marcaron una presión diastólica por debajo de 90 mm Hg, dato que apoya los antecedentes teóricos de múltiples investigaciones realizadas con mujeres no embarazadas (Helmers et al., 2000; Julkunen y Korhonen, 1993; Pérez-García et al., 2011) pues se encontraron altas correlaciones entre hipertensión y supresión de la ira, particularmente en mujeres.

Con respecto a la segunda pregunta, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el perfil de ira de los tres grupos analizados. Una probable explicación a este fenómeno sería la escasa cantidad de participantes en el estudio, puesto que ningún grupo estuvo conformado por al menos 30 mujeres, y por otro lado las condiciones en las que se llevó a cabo el procedimiento de evaluación fue muy diverso, ya que se abordaba a las pacientes en diferentes situaciones dentro de la institución hospitalaria, es decir, se les interrogó y examinó tanto en la sala de espera, como en el área de recuperación e incluso en la unidad de urgencias, lo anterior pudo generar variables o alteraciones en el estado emocional de las mujeres embarazadas que contestaron el instrumento. Otra explicación es que prácticamente las diferencias en efecto, son mínimas o nulas en las mujeres embarazadas de este estudio.

Adicionalmente los análisis realizados parecen indicar que a pesar de que los coeficientes de confiabilidad resultaron estadísticamente

aceptables, el instrumento pudiera no ser lo suficientemente sensible para indicar con certeza la intensidad o frecuencia de los sentimientos de ira experimentados por las participantes embarazadas, esto podría deberse a que la redacción de los reactivos no disipa la deseabilidad social, lo cual requiere confirmarse en estudios posteriores.

Sabiendo que las diferencias en los perfiles de ira fueron discretas y sin significancia estadística, los ligeros contrastes entre grupos fueron los siguientes:

En comparación con el grupo de otros padecimientos (OP) y el de embarazo sano (ES), las mujeres con enfermedades hipertensivas del embarazo (EHE) suelen experimentar sentimientos de ira con más frecuencia (*Rasgo*); Presentaron mayor disposición a sentir ira sin una provocación específica (*Temperamento iracundo*), y también ante situaciones que implican evaluación negativa o frustración (*Reacción*). Mostraron que suprimen sus sentimientos de ira con mucha mayor frecuencia que las mujeres de los otros grupos (*Expresión Interior*). Y también fue el grupo que reportó menos intentos por controlar la expresión de la ira hacia personas u objetos (*Control Externo*).

Los grupos de EHE y ES registraron puntuaciones similares en la frecuencia con la que se tranquilizan y moderan en situaciones frustrantes, mientras que las mujeres con OP registraron el nivel más alto en este tipo de control (*Control Interno*), no obstante este último grupo y el de EHE registraron los mismos niveles de frecuencia con la cual los sentimientos de ira son expresados por medio de conductas agresivas físicas (*Expresión Externo*).

En comparación con los grupos de EHE y OP, las mujeres con Embarazo Sano (ES) son las que experimentan sentimientos de ira con menor frecuencia a lo largo del tiempo (*Rasgo*), incluso en circunstancias frustrantes o de crítica (*Reacción*). Sus puntuaciones indican que son las mujeres que menos recurren a conductas agresivas verbales o físicas para expresar su ira (*Expresión Externa*), e incluso son las que suprimen estos sentimientos con menor frecuencia (*Expresión Interna*).

Así mismo, las embarazadas sanas (ES) y las de otros padecimientos (OP) alcanzaron los mismos niveles de temperamento iracundo (*Temperamento iracundo*), es decir, la disposición a sentir ira frente a situaciones inespecíficas y también coincidieron en la frecuencia con la que tratan de evitar la manifestación de ira hacia el entorno (*Control Externo*).

No obstante que ninguna de las dimensiones de ira resultó con diferencias estadísticamente significativas entre grupos, al tomar en cuenta a las 62 participantes sí se encontraron diferencias entre las tres escalas principales del STAXI-2, Estado, Rasgo, Expresión y Control.

También se obtuvieron hallazgos importantes en cuanto a las subescalas que conforman cada una de las tres escalas principales, pues se detectó cuál de ellas concentró el valor más alto en cada escala: Sentimiento, Reacción, Expresión Interna resultaron con mayor peso estadístico, actuando como propio control de su respectiva escala.

El hecho de que las mujeres embarazadas que participaron en el presente estudio sientan ira con mayor frecuencia en contextos determinados de crítica, agravios o provocaciones (*Reacción*) que al no haber una provocación específica (*Temperamento iracundo*), se puede explicar por las evaluaciones que hacen de las situaciones cotidianas, referidas en el STAXI-2 coinciden con sus comentarios en aspectos tales como: no ser reconocidas al hacer algo bien, recibir críticas, no conseguir lo que se tenía previsto y percibir trato injusto, las cuales son precisamente las circunstancias que implican los detonantes de ira reportados por las participantes en la entrevista.

Que la media de *Expresión interna de la ira* esté por encima de la de *Expresión externa de ira*, significa que estas mujeres hacen menor uso de conductas verbales o físicas para descargar la ira, y más bien tienden a suprimir sus sentimientos iracundos, como se ha observado en diversas investigaciones (Julkunen y Korhonen 1993; Helmers et al., 2000; Pérez-García et al., 2011) esto indica que las mujeres se esfuerzan por disimular la ira, no admiten esta emoción, ni enfrentan lo que la causa y esto contribuye a acumular rencores y rumiación mental.

Ya que la variable *Expresión Interna de la ira* ha sido asociada consistentemente con la hipertensión arterial (Miguel-Tobal et al., 2009; Mund y Mitte, 2012), en la segunda pregunta de este estudio también se estableció que el grupo de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo podía obtener la puntuación más alta en *Expresión Interna de la ira*, y las más bajas en *Control de la ira*, pero las diferencias no resultaron estadísticamente significativas entre grupos, pues los rangos promedio del grupo de Otros Padecimientos se situaron muy cerca de los del grupo con EHE en las subescalas de *Expresión y Control*, este dato parece sugerir que en las participantes que cursaron con alguna enfermedad durante la gestación, la supresión de la ira fue más alta con respecto al grupo de Embarazo Sano, sin embargo estas conclusiones deben ser tomadas con cautela, debido a la cantidad de participantes.

Finalmente para mejorar las puntuaciones en las subescalas de *Control de la ira* se llevó a cabo la intervención psicológica de cuatro módulos.

Discusión sobre el Estudio 2: Intervención

En último lugar, el programa piloto de intervención psicológica mostró efectos satisfactorios en dos de las cuatro subescalas propuestas en la tercera pregunta de investigación: *Expresión Interna* y *Control Externo de la ira*, es decir, que las técnicas de psicoeducación, entrenamiento en relajación, evaluación y el manejo de la ira, resultaron efectivas para reducir la supresión de la ira y elevar el control de conductas agresivas hacia personas u objetos, no obstante la *Expresión Externa* y el *Control Interno* no mostraron mejoría significativa después de la intervención, y esto se debe a que la frecuencia de intentos por disminuir las descargas de ira hacia el entorno y los intentos por mantener la calma en situaciones frustrantes, no fueron lo suficientemente robustos para marcar una diferencia pre-post intervención, aunque sí se observaron tendencias favorables.

Los cambios observados en la presión arterial de las pacientes intervenidas, fueron satisfactorios, pues la mayoría de ellas mostraron reducciones importantes en la presión arterial diastólica, que como ya se mencionó es la cifra más determinante en la salud de las gestantes.

La descripción de los tres casos más relevantes recabados en este estudio expone los beneficios observados en los perfiles de ira al terminar la intervención y sus deficiencias, puesto que no con todas las pacientes se consiguieron los objetivos terapéuticos establecidos, las causas de estas inconsistencias probablemente se deben a las dificultades metodológicas relativas a las diferencias individuales entre las participantes. La duración de las sesiones fluctuaba porque era evidente que algunas pacientes mostraban mayor disposición de aprender o reproducir las técnicas conductuales y porque las sesiones se realizaron con la autorización del personal del hospital y en ocasiones fue interrumpida por las enfermeras o los médicos.

Cabe mencionar también que las pacientes de consulta ambulatoria completaron la intervención en un mes y medio porque eran citadas cada tres semanas, mientras que las que fueron hospitalizadas recibieron las sesiones psicológicas en solo dos semanas.

Las complicaciones prácticas más frecuentes en la realización de esta investigación fueron dos: la recolección de datos en la fase de evaluación, puesto que las consultas obstétricas en el hospital solamente estaban programadas dos días por semana, además de que el periodo entre citas generalmente era de cuatro semanas para las embarazadas sanas y de tres para las hipertensas o con otros padecimientos, por lo que se tuvieron pocas oportunidades de abordar a las pacientes que cumplían con los criterios de inclusión para el estudio. También fue difícil obtener el consentimiento de las pacientes con EHE para ingresarlas a la fase de intervención, pues la mayoría se negaba a recibirla, argumentando ocupaciones y falta de tiempo.

Las limitaciones metodológicas incluyeron también el empleo de un diseño retrospectivo, porque las mujeres de los grupos con enfermedad pudieron haber estado predispuestas a referir eventos detonantes de ira en mayor grado que las mujeres sanas. Es probable que el STAXI-2, no siempre resulte útil para discriminar el perfil de ira entre los grupos designados, pues la redacción de algunos reactivos podrían propiciar la deseabilidad social al menos en este tipo de pacientes, y ya que es una variable que encierra pretensiones, se recomienda replicar estudios en diversas poblaciones y confirmar la validez de este instrumento, que ya fue validado para población mexicana no clínica.

Otra desventaja fue haber analizado todas las clasificaciones diagnósticas de las EHE en conjunto, ya que puede restringir la comprensión de estas enfermedades, sin embargo no se pudieron categorizar, debido al reducido número de pacientes y al tiempo requerido para formar grupos homogéneos de cada una de las enfermedades hipertensivas del embarazo.

La principal aportación de este estudio es proporcionar información de la ira en embarazadas, porque es un tema que ha sido estudiado de forma escasa muy superficial (Helmerts et al., 2000; Pérez-García et al., 2011; Sánchez et al., 1997) y con instrumentos obsoletos, STAXI de los años: 1979, 1985 y 1997, respectivamente.

Lo ideal para futuras líneas de investigación, sería evaluar a un mayor número de participantes y comparar los cuatro tipos de EHE,

con el objetivo de trazar sus diferencias y similitudes en relación con la ira, pues es una variable poco investigada en mujeres embarazadas con y sin hipertensión.

Al igual que incluir variables médicas de interés para las enfermedades crónicas como el índice de masa corporal, edad gestacional, comorbilidad con otras enfermedades y tomar en cuenta variables psicológicas como afrontamiento al estrés, apoyo social y calidad de la relación de pareja durante el embarazo.

Para mejorar las estrategias de prevención y tratamiento de las EHE, se sugiere elaborar estudios longitudinales, donde se establezcan puntos de cohorte de acuerdo a las diferentes etapas del ciclo vital y se focalice la atención médica y psicológica en el periodo gestacional, ya que la Secretaría de Salud (2010) afirmó que después de un embarazo complicado con enfermedad hipertensiva del embarazo, en el 50 % de los casos la hipertensión puede persistir.

Dado que suprimir la ira es un potencial patógeno para la hipertensión, el cáncer y otras enfermedades cardiovasculares (Mund y Mitte, 2012) se debe trabajar en la difusión psicoeducativa de este factor de riesgo como medida profiláctica.

No obstante que la intervención piloto de Control de la ira, se llevó a cabo con solamente siete pacientes, se lograron metas importantes y mejorías notables, en los discursos y en los perfiles gráficos y estadísticos de ira, por lo que se recomienda se replique este programa cognitivo-conductual, identificando cuáles técnicas proporcionan mejores resultados para mujeres con Enfermedad Hipertensiva del Embarazo.

Referencias

- Alvarado, M.R., Medina, L.E., y Aranda, C.W. (2002). El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido. *Revista Médica de Chile*, 130(5), 22-33 doi: 10.4067/S0034-98872002000500012
- Barefoot, J. C. (1992). Developments in the measurement of hostility. En H. S. Friedman (Ed.), *Hostility, coping, and health* (pp. 13-31). Washington, DC: American Psychological Association.
- Barton, J.R., & Sibai, B.M. (2008). Prediction and prevention of recurrent preeclampsia. *Obstetrics and Gynecology*, 112(2pt1), 359-372.
- Becoña, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. (2000). Promoción de estilos de vida saludables: ¿realidad, reto o utopía? En L. Oblitas y E. Becoña (Eds.), *Psicología de la Salud*. (pp. 67-109). México: Plaza y Valdés.
- Berkowitz, L. (1990). On the formation and regulation of anger and aggression: A cognitive-neoassociationistic analysis. *The American Psychologist*, 45(4), 494-503.
- Breva, A., Espinosa, M., Palmero, F. (2000). Ira y reactividad cardiaca. Adaptación en una situación de estrés real. *Anales de Psicología*, 16(1), 1-11. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/167/16716101.pdf>
- Bushman, B.J., Baumeister, R.F., & Phillips, C.M. (2001). Do people aggress to improve their mood? Catharsis beliefs, affect regulation opportunity, and aggressive responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(1), 17-32.
- Cardiel, R. (1994). La medición de la calidad de vida. En L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (Eds.), *Epidemiología clínica* (pp. 189-199). México: Interamericana-McGraw-Hill.
- Ceballos, G. V., & Laguna, R. (2004). *Afrontamiento al estrés, calidad de vida y adherencia terapéutica en pacientes hipertensos: Efecto de un programa cognitivo-conductual*. (Tesis de licenciatura inédita). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- 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 Theories, applications, and challenges of a psychological approach to the healthcare system* (pp. 77-111). San Francisco: Jossey-Bass
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 676-684. Recuperado de <http://www.psy.cmu.edu/~scohen/AmerPsy-chol.pdf>
- Corsi, M. (2004). Aspectos psicobiológicos de la psicología ambiental. En Corsi, M. (Autor), *Aproximaciones de las neurociencias a la conducta*. (p.97) (2ª ed.) México: Manual Moderno.
- Cortés, P. y Tamayo, J. (2000). *Factores Psicosociales asociados a la génesis de la preeclampsia*. (Tesis de Licenciatura inédita). Facultad de Psicología, Universidad de la Sabana, Bogotá.

- Cortés, V.E., Ramírez, G.M., Olvera, M.J., y Arriaga, A.Y. (marzo, 2009). El comportamiento de salud desde la salud: la salud como un proceso. *Alternativas en Psicología*, 14(20), 78-88. Recuperado el 04 de enero de 2012 de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/alpsi/v14n20/v14n20a08.pdf>
- Côté-Arsenault, D. (2007). Threat appraisal, coping, and emotions across pregnancy subsequent to perinatal loss. *Nursing Research*, 56(2), 108-116. doi:10.1097/01.NNR.0000263970.08878.87
- Cowan, M.J., Pike, K.C., & Budzynski, H.K. (marzo - abril, 2001). Psychosocial nursing therapy following sudden cardiac arrest: impact on two-year survival. *Nursing Research* 50(2) 68-76.
- Crane, R.S. (1981). *The role of anger, hostility and aggression in essential hypertension*. (Doctoral dissertation). University of South Florida. Florida Recuperada de Dissertation Abstracts International. 42, 2982B.
- Deffenbacher, J. L., & McKay, M. (2000). *Overcoming situational anger and general anger: Therapist protocol*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Deffenbacher, J. L., Lynch, R. S., Oetting, E. R., & Kemper, C. C. (1996). Anger reduction in early adolescents. *Journal of Counseling Psychology*, 43(2), 149-157.
- Deffenbacher, J.L. (2003). Anger Disorders. En E.F. Coccaro (Ed.), *Aggression psychiatric assessment and treatment* (pp. 89-111). New York: Marcel Dekker.
- Deffenbacher, J.L. (mayo, 2011). Cognitive-Behavioral Conceptualization and Treatment of Anger. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(2), 212-221. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1077722910001537>
- Del Vecchio, T., & O'Leary, K. (2004). Effectiveness of anger problems: a Meta analytic review. *Clinical Psychology Review*, 24(1), 15-34. doi:10.1016/j.cpr.2003.09.006
- Dettore, M.M., Pabian, C., & Gardner, F.L. (2010) Difficulties in emotion as a mediator between childhood trauma and anger pathology. En Gardner, F.L., & Moore, Z.E. (Eds.), *Contextual anger regulation therapy: a mindfulness and acceptance based approach*. New York: Routledge/ Taylor & Francis Group.
- Dirección General de Epidemiología. (2014). *Informe Semanal de vigilancia epidemiológica, Defunciones Maternas*. (Semana epidemiológica 53 de 2014.) Recuperado el 29 de enero de 2015 de http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/informes/informesh/2014/mmat/mmat14_53.html
- Dixhoorn, J. A., & White, A., (febrero, 2005). Relaxation therapy for rehabilitation and prevention in ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 12(3), 193-202.
- Dusseldorp, E., van Elderen, T., Maes, S., Meulman, J., & Kraaij, V. (septiembre, 1999). A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychology*, 18(5) 506-519.

- Eckhardt, C. I., & Deffenbacher, J. L. (1995). Diagnosis of anger disorders. En H. Kassinove (Ed.), *Anger disorders: Definition, diagnosis, and treatment* (pp. 27-47). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Esplin, S., Fausett, B., Fraser, A., Kerber, R., Mineau, G., Carrillo, J., & Varner, M.W. (2001). Paternal and maternal components of the predisposition of preeclampsia. *New England Journal of Medicine*, 344(12), 867-872. doi:10.1056/NEJM200103223441201
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., Yando, R., & Bendell, D. (2003) Pregnancy Anxiety and commorbid depression and anger: Effects the fetus and neonate. *Depression and Anxiety*, 17(3)140-151.
- Flórez-Alarcón, L. y Rodríguez, G. (2001). Evaluación del impacto de un programa de atención psicológica a mujeres embarazadas con preeclampsia. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1(2) 259-292. Recuperado el 17 de mayo de 2013 de <http://www.geocities.ws/luflo16/preeclampsia.html>
- Food Standars Agency of United Kingdom. (2008). *Pregnant women advised to limit caffeine consumption*. Recuperado el 17 de agosto de 2013 de <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20120206100416/http://food.gov.uk/news/newsarchive/2008/nov/caffeinenov08>
- Friedman, M., & Rosenman, R.H. (1974). *Type A behavior and your heart*. New York: Kropf. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1008123/pdf/brjindmed00082-0069b.pdf>
- Gabrielli, A., Layon, A.J., Yu, M. (2009). Cardiac disease and Hypertensive Disorders in Pregnancy. En Civetta, Taylor & Kirby 's (Eds.), *Critical Care*. (pp. 389-391). Philadelphia: Wolters Kluwer health, Lippincott Williams and Wilkins.
- García, S.F., Costales, B.C. y Jimeno, J.M. (2000). Fisiopatología y factores etiopatogénicos de la hipertensión arterial en el embarazo. *Toko-gin Pract*, 59(4), 194-212.
- Gardner, F.L., & Moore, Z.E. (2013) *Contextual anger regulation therapy: a mindfulness and acceptance-based approach*. New York, New York: Routledge/ Taylor & Francis Group.
- Gelkopf, M. (1997). Laboratory pain and styles of coping with anger. *Journal of Psychology*, 131(1), 121- 123. doi:10.1080/00223989709603510
- Goleman, D. (1998). La mente y la medicina. En (Autor), *Inteligencia emocional* (pp. 107-112). Barcelona: Kairós.
- Goleman, D. (2 de septiembre de 1992) Study Documents How Anger Can Impair Heart Function. *The New York Times*. Recuperado de: <http://www.nytimes.com/1992/09/02/news/study-documents-how-anger-can-impair-heartfunction.html?pagewanted=all&src=pm>
- González, A. y Amigo, I. (2000). Efectos inmediatos del entrenamiento en relación muscular progresiva sobre índices cardiovasculares. *Psicothema*, 12(1),26-32. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/727/72712103.pdf>

- Hamer, M., Tanaka, G., Okamura, H., Tsuda, A., & Steptoe, A. (enero, 2007). The effects of depressive symptoms on cardiovascular and catecholamine responses to the induction of depressive mood. *Biological Psychology*, 74(1), 20–25.
- Harley, K., & Eskenazi, B. (junio, 2006). Time in the United States, social support and health behaviors during pregnancy among women of Mexican descent. *Social Science & Medicine*, 62(12), 3048–3061.
- Helmets, K.F., Baker, B., O’Kelly, B., & Tobe, S. (2000) Anger expression, gender, and ambulatory blood pressure in mild, unmedicated adults with hypertension. *Annals of Behavioral Medicine*, 22(1), 60-64.
- Herrera, J.A. y González, M. (1987). El ambiente psicosocial y las complicaciones obstétricas. *Colombia Médica*, 18(2), 55-61.
- Hofmann, S.G., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A.T., & Fang, A. (octubre, 2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy Research*, 36(5), 427–440.
- Hosseini, S., Mokhberi, V., Mohammadpour, R., Mehrabianfard, M., & Lashak, N. (2011) Anger expression and suppression among patients with essential hypertension. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 15 (3): 214-218. doi: 10.3109/13651501.2011.572168
- Hotz, S., Kaptein, A., Pruitt, S., Sanchez-Sosa, J. J., & Willey, C. (2003). Behavioural mechanisms explaining adherence: What every health professional should know. En: E. Sabate (Ed.), *Adherence to long term therapies: Evidence for action* (pp. 135-149). Geneva: World Health Organization.
- Hughes B.M. & Howard S. (2009). Social support reduces resting cardiovascular function in women. *Anxiety, stress and coping*, 22(5), 537-548. doi: 10.1080/1061-5800902814614.
- Ironson, G., Taylor, C.B., Boltwood, M., Bartzokis, T., Dennis, C., Chesney, M., Spitzer, S., & Segall, G.M. (agosto, 1992). *Effects of anger on left ventricular ejection fraction in coronary artery disease. American Journal of Cardiology*, 70(3), 281-285.
- Julkunen, J., & Korhonen, H.J. (septiembre, 1993). *Anger expression, work stress, and blood pressure: An interactional approach*. Cartel presentado en la 7a Conferencia de la Sociedad Europea de Psicología de la salud, Bruselas, Bélgica.
- Kassinove, H., & Sukhodolsky, D. G. (1995). Anger disorder: Basic science and practice issues. En H. Kassinove (Ed.), *Anger disorders: Definition, diagnosis, and treatment* (pp. 1–26). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Kassinove, H., & Tafrate, R. C. (2002). *Anger management: The complete treatment guidebook for practitioners*. California: Impact Publishers.
- Kassinove, H., & Tafrate, R.C. (mayo, 2011). Application of a Flexible, Clinically Driven Approach for Anger Reduction in the case of Mr. P. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(2), 222-234. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1077722910001550>

- Kaufman, P. (2 de septiembre de 1992). Entrevista de D. Goleman. Study Documents How Anger Can Impair Heart Function. *The New York Times*. Recuperado de: <http://www.nytimes.com/1992/09/02/news/study-documentshowangercanimpairheartfunction.html?pagewanted=all&src=pm>
- Kawachi, I., Sparrow, D., Spiro A. 3rd, Vokonas, P., & Weiss, S.T. (1996). A prospective study of anger and coronary heart disease. The Normative Aging Study. *Circulation*, 94(9), 2090-2095.
- Kerlinger, F.N., & Lee, H.B. (2002). *Investigación del Comportamiento. Métodos de Investigación en ciencias sociales*. (4ª ed.). México: McGraw Hill.
- Kerns, R.D., Rosenberg, R., Jacob, M.C. (febrero, 1994). Anger expression and chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 17(1), 57 - 67.
- Kimzey, L.L. (1986) *The evaluation of a systematic behavioral method for the treatment of pregnancy induced hypertension (biofeedback, relaxation, preeclampsia)*. (Tesis doctoral). Recuperada de PsycINFO (46/12-B, Pt 14404)
- Kreibig, S.D. (2010). Autonomic nervous system activity in emotion: a review. *Biological Psychology*, 84(3), 394-421. doi: 10.1016/j.biopsycho.2010.03.010.
- Labiano, L.M., & Brusasca, C. (2002). Tratamiento psicológicos en la hipertensión arterial. *Interdisciplinaria*, 19(1), 85-97. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/180/18011328004.pdf>
- Lara, G.H., Ulloa, G.G., Alpuche, G., y Romero, A.J. (agosto, 2000). Factores de riesgo para preeclampsia. Análisis multivariado. *Ginecología y Obstetricia de México*, 68(8), 357-362.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Leavell, H. R. & Clark, E. G. (1965). *Preventive Medicine for the Doctor in His Community: An Epidemiologic Approach*. New York: McGraw-Hill.
- Leeners, B., Neumaier-Wagner, P., Kuse, S., Stiller, R., & Rath, W. (2007). Emotional stress and the risk to develop Hypertensive Diseases in Pregnancy. *Hypertension in Pregnancy*, 26, 211-226. doi: 10.1080/10641950701274870
- Lemerise, E. y Dodge, K. (1993). The Development of Anger and Hostile Interactions. En Lewis, M., Haviland-Jones, J., & Barrett, L. (Eds.) *Handbook of Emotions* (pp. 730-733) New York: The Guilford Press.
- Leung, F.P., Yung, L.M., Lather, I., Yao, X., Chen, Z.Y. & Yuang, Y. (2008). Exercise vascular wall and cardiovascular diseases: an update. *Sports Medicine*. 38 (12), 1006-1024. doi: 10.2165/00007256-200838120-00005.
- Linden, W., Stossel, C., & Maurice, J. (abril, 1996). Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: a meta analysis. *Archives of Internal Medicine*. 156(7)745-752.
- Llewellyn, A.M., Stowe, Z.N. & Nemeroff, C.B. (1997). Depression during pregnancy and the puerperium. *Journal of Clinical Psychiatry*, (58)15, 26-32.

- López F., R. (julio- agosto, 1996). La relajación como una de las estrategias psicológicas de intervención más utilizadas en la práctica clínica actual: Parte I. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 12(4), 370-374. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421251996000400007&script=sci_arttext
- Marañón, T., Fernández, R.M., Mastrapa, K., & Bertot, G. (septiembre, 2009). Estudio de algunos factores de riesgo de la Preeclampsia-Eclampsia. Análisis multivariado. *Revista Electrónica de portales Médicos. Medicina y Ciencias de la Salud*, 4(14), 305. Recuperado de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1670/1/Estudio-de-algunos-factores-de-riesgo-de-la-Preeclampsia-Eclampsia-Analisis-multivariado.html>
- Marks, D.F., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C., & Sykes, C.M. (2008). Enfermedad y Personalidad. En (Autores), *Psicología de la Salud: Teoría, Investigación y Práctica*. (pp.265-286). México: Manual Moderno
- Martín, L. (2003). Aplicaciones de la Psicología en el proceso Salud Enfermedad, *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(3), 275-281. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n3/spu12303.pdf>
- Martin, R., Watson, D., & Wan, C.K. (octubre, 2000). A three-factor model of trait anger: Dimensions of Affect, Behavior and Cognition. *Journal of Personality*, 68(5), 869-897. doi:org/10.1111/1467-6494.00119
- Martineau, M., Nelson-Piercy, C.(2009). Venous thromboembolic disease and pregnancy. *Postgraduate Medical Journal*, 85(1007), 489-494. doi: 10.1136/pgmj.2009.079822.
- Matud, P., Carballeira, M., López M., Marrero, R. e Ibañez, I. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental*, 25(2), 32-37. Recuperado de <http://www.inprfcd.org.mx/pdf/sm2502/sm250232.pdf>
- Mc Donald, R. (julio, 1965). Personality characteristics in patients with three obstetric complications. *Psychosomatic Medicine*, 27(4), 383-389.
- McCoy, S. & Baldwin, K. (2009). Pharmacotherapeutic options for the treatment of preeclampsia. *American Journal of Health System Pharmacy*, 66(4), 337-344. doi: 10.2146/ajhp080104
- Melzer, K., Schutz, Y., Boulvain, M., & Kayser, B. (2010). Physical activity and pregnancy: Cardiovascular adaptations, recommendations and pregnancy outcomes. *Sports Medicine*, 40(6), 493-507. doi: 10.2165/-11532290-000000000000000.
- Mendoza, B. (2010). *Manual de autocontrol del enojo. Tratamiento Cognitivo-Conductual*. México: Manual Moderno.
- Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A., Casado M.I. y Escalona, A. (1994). Emociones e hipertensión. Implantación de un programa Cognitivo-Conductual en pacientes hipertensos. *Anales de Psicología*, 10(2), 199-216. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/10-10_2.pdf

- Miguel-Tobal, J.J., Casado, M.I., Cano Vindel, A. y Spielberger, C.D. (1997). El estudio de la ira en los trastornos cardiovasculares mediante el empleo del Inventario de Expresión de Ira Estado- Rasgo STAXI. *Ansiedad y Estrés*, 3, 5-20.
- Miguel-Tobal, J.J., Casado, M.I., Cano- Vindel, A., & Spielberger, C.D. (2009). *STAXI-2 Inventario de Expresión de Ira Estado- Rasgo* (3ª ed.rev.). Madrid, España: TEA
- Miguel-Tobal, J.J. (abril, 1993). *Ansiedad y trastornos cardiovasculares*. Conferencia invitada en el II Congreso Nacional de Psicología Conductual de de la Asociación Española de Psicología Conductual y Universidad de Islas Baleares. Palma de Mallorca.
- Millenson, J. R., & Leslie, J. C. (1979). *Principles of behavioral analysis* (pp. 25-47). New York: MacMillan.
- Mittleman, M.A., Maclure, M., Sherwood, J.B., Mulry, R.P., Tofler, G.H., Jacobs, S.C., Friedman, R., Benson, H., & Muller, J.E. (1995) Triggering of acute myocardial infarction onset by episodes of anger. Determinants of myocardial infarction onset study investigators. *Circulation*, 92(7), 1720-1725. doi: 10.1161/01.CIR.92.7.1720
- Moreno, M., Contreras, D., Martínez, N., Araya, P., Livavic- Rojas, P., & Vera-Villaruel, P. (abril, 2006). Evaluación del efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre los niveles de presión arterial en adultos mayores bajo tratamiento médico. *Revista Médica de Chile*, 134(4), 433-440.
- Moysén, J., Martínez, Y., Lechuga, A., Ruiz, R. y Terrones, A. (2000). Situación psicosocial de las adolescentes y toxemias del embarazo. *Salud Publica de México*, 42(2), 99-105. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v42-n2/2377.pdf>
- Mund,M., & Mitte, K. (2012). The costs of repression: A meta-analysis on the relation between repressive coping and somatic diseases. *Health Psychology*, 31 (5), 640-649. doi.org/10.1037/a0026257
- Muñoz M. y Oliva P. (2009). Los estresores psicosociales se asocian a síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntomas de parto prematuro en el embarazo adolescente. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 74(5), 281- 285. doi:10.4067/S0717-75262009000500003
- National High Blood Pressure Education Program Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy. (2000). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 183(1), S1-S22.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., & Lombardo, E. (2006) Problemas de ira. En *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: un enfoque basado en problema*. (pp. 249-262). México: Manual Moderno.
- Nickel C, Lahmann C, Muehlbacher M, Pedrosa Gil F, Kaplan P, Buschmann W, Tritt K, Kettler C, Bachler E, Egger C, Anvar J, Fartacek R, Loew T, Rother W, Nickel M. (2006). Pregnant Women with Bronchial Asthma Benefit from Progressive Muscle Relaxation: A Randomized, Prospective, Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(4), 237-243. doi:10.1159/000092894

- Notimex y Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara (2012). *El enojo, Daños que provoca y recomendaciones para evitarlo*. Infografía. Recuperado el 24 de marzo de 2013 de <http://geeksroom.com/2012/02/el-enojo-danos-que-provoca-y-recomendaciones-para-evitarlo/58734/>
- Novaco, R. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. (pp. 397-398) Lexington, MA: Lexington Books, D.C. Heath.
- Novaco, R. (2011). Perspectives on anger treatment: Discussion and Commentary. *Cognitive Behavioral Practice* 18(2): 251-255. doi: 10.1016/j.cbpra.2010.11.002
- Núñez, J. P., Sánchez, M.T., Morales L. A., y Sánchez V. M. (2010). Enfermedad hipertensiva del embarazo. *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*, 24(4), 190-195. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2010/ti104g.pdf>
- Oliva, J. F., Hernández-Pozo, M. R. y Calleja, N. (2010). Validación de la versión mexicana del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2). *Acta Colombiana de Psicología*, 13(2), 107-117. Recuperado de: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?id_revista=222
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud: Documentos básicos* (Suplemento de la 45a edición). Recuperado el 14 de diciembre de 2013 de: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Ingesta de sodio en adultos y niños, Directrices*. Recuperado el 04 de julio de 2014 de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85224/1/WHO_NMH_NHD_13.2_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Preguntas y respuestas sobre la hipertensión*. Recuperado el 19 de marzo de 2013 de <http://www.who.int/features/qa/82/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Mortalidad materna* (Nota descriptiva No. 348). Recuperado el 8 de octubre de 2014 de <http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs348/es/index.html>
- Organización Panamericana de la Salud. (1995). Embarazo, parto y puerperio. En *Clasificación estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud*. (pp. 720) Décima revisión. Washington, D.C.: OPS. Recuperado el 11 de diciembre de 2012 de http://seguropopular.guanajuato.gob.mx/archivos/documentos_diversos/cie10_volumen1.pdf
- Pérez-García, A.M., Sanjuán, P., Rueda, B. y Ruiz, M.A. (2011). Salud cardiovascular en la mujer: El papel de la ira y su expresión. *Psicothema*, 23(4), 593-598. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72722232010>
- Philips A.C., Stephen G., & Douglas C. (2009). Social support, social intimacy, and cardiovascular reactions to acute psychological stress. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(1), 38-45. doi: 10.1007/s12160-008-9077-0.

- Poll, J., Rueda, N., Ramos, L., Poll, A., Campos, I. (2013). Riesgo cardiovascular e hipertensión arterial crónica en embarazadas. *MEDISAN*, 17(2), 213-220.
- Repetti, R. L. Taylor, S. E. & Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330-366. doi: 10.1037//0033-2909.128.2.330
- Ribes, E. & Sánchez, S. (1994). Conducta, juegos de lenguaje y criterios de validación del conocimiento. *Acta Comportamental*, 2(1), 57-86. Recuperado de <http://www.journals.unam.mx/index.php/acom/article/view/18218>
- Riveros, A. (2007). *Valoración integral y factores de cambio en hipertensión esencial reactiva*. (Tesis doctoral inédita). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Riveros, A., Ceballos, G., Laguna, R., & Sánchez -Sosa, J.J. (julio, 2005). El manejo psicológico de la hipertensión esencial: efectos de una intervención. *Revista Latinoamericana de Psicología* 37(3) 493-507. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80537304.pdf>
- Roberts, J.M., Cooper, D.W. (2001). Pathogenesis and genetics of pre-eclampsia. *Lancet*, 357, 53-56. doi:10.1016/S0140-6736(00)03577-7
- Roberts, J.M., Pearson, G., Cutler, J., & Lindheimer, M. (2003). Summary of the NHLBI Working Group on Research on Hypertension During Pregnancy. *Hypertension*, 41(3), 437-445. doi: 10.1161/01.HYP.0000054981. 03589.E9
- Roiz, H.J., Jiménez, L.J. (septiembre, 2001). Preeclampsia-eclampsia: experiencia en el Centro Médico Nacional de Torreón. *Ginecología y Obstetricia de México*, 69(9), 341-45.
- Romero, A.J., Tena, G., & Jiménez, G. (2009). *Preeclampsia. Enfermedades Hipertensivas del Embarazo*. México: Mc Graw Hill.
- Rosell, E., Brown, R. y Hernández, A. (febrero, 2006). Factores de riesgo de la Enfermedad Hipertensiva del Embarazo. *Archivo Médico de Camagüey*, 10(5). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211117629007>
- Sánchez, A.I., Bermúdez, M.P., y Buela-Casal, G. (2000) Efectos del estado de gestación sobre el estado de ánimo. *Revista electrónica de Motivación y Emoción*, 2(2). Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/abuelg316251199/texto.html>
- Sánchez-Sosa, J.J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: La interfaz, intervención-investigación en Psicología de la Salud. En: G. Rodríguez y M. Rojas (Dirs.), *La Psicología de la salud en América Latina* (pp. 33-44). México: M. A. Porrúa.
- Sánchez-Sosa, J.J. (2002). Health psychology: Prevention of disease and illness, maintenance of health. Recuperado de *Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS), Social Sciences & Humanities*. Oxford, <http://www.eolss.net>
- Secretaría de Salud. (2009). *Norma Oficial Mexicana para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la Hipertensión Arterial Sistémica ([NOM]-030-*

- SSA2-2009). Recuperado el 07 de diciembre de 2012 de: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5144642&fecha31/05/2010
- Secretaría de Salud. (2002). *Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia-Eclampsia. Lineamiento Técnico* (3a ed). Recuperado el 14 de noviembre de 2012 de:<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/preeclampsia.pdf>
- Secretaría de Salud. (2007). *Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia/Eclampsia. Lineamiento Técnico* (4a ed). Recuperado el 27 de noviembre de http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/PREECLAMPسيا_EC LAMPسيا_lin-2007.pdf
- Secretaría de Salud. (2010). *Detección y Diagnóstico de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo en México*. Recuperado el 02 de noviembre de 2014 de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/058_GP C_Enf.HipertdelEmb/HIPERTENSION_EMBARAZADAS_EVR_CENETEC.pdf
- Shapiro, D., Goldstein, I.B., & Jammer, L.D. (septiembre, 1995). Effects of anger/hostility, defensiveness. Gender and family history of hypertension on cardiovascular reactivity. *Psychophysiology*, 32 (5), 425-435.
- Sibai, B.M. (2003). Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. *Obstetrics and Gynecology*, 102(1), 181-192. doi:10.1016/S0029-7844(03)00475-7
- Siegmán, A.W. (1994). Cardiovascular consequences of expressing and repressing anger. En A.W. Siegmán & T.W. Smith (Eds.), *Anger, hostility, and the heart* (pp.173-198). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Smith, T. W. (1994). Concepts and methods in the study of anger, hostility, and health. En A. W. Siegmán & T. W. Smith (Eds.), *Anger, hostility and the heart* (pp. 23-42). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología (2010). Pautas diagnóstico-terapéuticas para la práctica clínica. Síndrome Hipertensivo del Embarazo. *ASOCIMED*. Recuperado el 03 de diciembre de 2012 de <http://www.asocimed.cl/Guias%20Clinicas/obstetricia/sindhipertensivoemb arazo.html>
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código ético del psicólogo* (5ª ed.). México: Trillas.
- Spielberger, C.D. (1988). *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C.D., Jacobs, G.A., Russell, S.F. & Crane, R.S. (1983). Assessment of anger: The State-Trait Anger Scale. En J.N. Butcher & C.D. Spielberger (Eds.), *Advances in personality assessment* (Vol.2, pp. 161-189). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Straub, R.O. (2007). *Health Psychology: A Biopsychosocial Approach* (2ª ed.) New York: Worth Publishers

- Suinn, R.M. (2001). The terrible twos - Anger and anxiety. Hazardous to your health. *American Psychologist*, 56(1), 27-36.
- Sukhodolsky, D.G., Golub, A., Stone, E.C., & Orban, L. (2005). Dismantling anger control training for children: A randomized pilot study of Social problem solving versus Social skills training components. *Behavior Therapy*, 36(1), 15-23. doi:10.1016/S0005-7894(05)80050-4
- Thomas, S. P. (2006). Cultural and gender considerations in the assessment and treatment of anger-related disorders. En E. L. Feindler (Ed.), *Anger-related disorders: A practitioner's guide to comparative treatments* (pp. 71-96). New York: Springer.
- Torres, R. & Calvo, F. (2011). Enfermedad Hipertensiva del Embarazo y el calcio. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 37(4), 551-561. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v37n4/gin12411.pdf>
- Trull, T.J., & Phares, E.J. (2003). Psicología de la salud y medicina conductual. En *Psicología Clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. (6ª ed., pp. 458-484) México: International Thomson.
- Vanek, M., Sheiner, E., Levy, A., & Mazor, M. (2004). Chronic hypertension and the risk of adverse pregnancy outcome after superimposed pre-eclampsia. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 86(1), 7-11. doi: 10.1016/j.ijgo.2004.03.006
- Vázquez, A., Reina, G., Román, P., Guzmán R. y Méndez, A. (mayo - agosto, 2005). Trastornos Hipertensivos del embarazo. *Revista Cubana de Medicina*, 44(3-4). Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/med/vol44_3-4_05/med103-405.pdf
- Villanueva, L., Contreras, A., Pichardo, M. y Rosales, J. (2008). Perfil epidemiológico del parto prematuro. *Ginecología y Obstetricia de México*, 76(9), 542-548. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom089h.pdf>
- Villanueva, L.A., y Collado, S.P. (marzo-abril, 2007). Conceptos actuales sobre la preeclampsia- eclampsia. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 50(2) 57-61. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2007/un072b.pdf>
- Villar, J., Farnot, U., Barros, F., Victora, C., Langer, A., & Belizan, J.M. (1992). A randomized trial of psychosocial support during high-risk pregnancies. *New England Journal of Medicine*, 327(18), 1266-1271. doi: 10.1056/NEJM199210293271803
- Williams, R. (1989). Cuando la ira resulta suicida. En Goleman, D. (1998) (ed.), *Inteligencia emocional* (pp. 111-113). Barcelona: Kairós.
- Wroble Biglan, M. (mayo, 2004). Maternal stress during pregnancy: the relation between maternal stress, gestational complications, and neonatal health. *The Sciences and Engineering*, 64(9)-B, 0419-4217.

- Yan, L.L., Liu, K., Mathews, K.A., Daviglus, M.L., Ferguson, T.F., & Kiefe, C.I. (2003). Psychosocial factors and risk of hypertension. *Journal of American Medical Association*, 290(16), 2138-2148. doi:10.1001/jama.290.16.2138
- Zillman, D. (1971). Excitation transfer in communication-mediated aggressive behavior. *Journal of Experimental Social Psychology*, 7(4), 419-434. doi: 10.1016/0022-1031(71)90075-8.

Anexos



Anexo 1
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



México D.F. a

	Día	Mes	Año		

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio. “Evaluación y Manejo Psicoeducativo (Cognitivo Conductual) de las Enfermedades Hipertensivas del Embarazo: Un estudio Exploratorio”, que se realiza en esta institución y cuyos objetivos consisten en: proporcionarle un servicio de atención psicológica, enfocado en el entrenamiento en habilidades específicas de relajación, control de la temperatura de las manos, y de control de la presión arterial.

Se me ha explicado que los procedimientos, pruebas y tratamientos para lograr los objetivos mencionados consisten en: aceptar la entrevista con los investigadores del proyecto, recibir el entrenamiento mencionado anteriormente y responder los cuestionarios, y que los riesgos para mi persona son: Ninguno

Inicialmente se le preguntará sobre diversos aspectos de su padecimiento, su historia personal, la forma en que usted enfrenta los problemas, el malestar psicológico que usted podría estar experimentando, etc. para lo cual se le harán preguntas abiertas y se le pedirá que conteste algunos cuestionarios. En este procedimiento no existen respuestas buenas ni malas, por lo tanto, con toda confianza conteste con la verdad, su franqueza nos permitirá brindarle una mejor atención. Posteriormente, se le pedirá que acceda a participar en los procedimientos de psicoeducación, respiración y relajación.

La duración de los protocolos tendrá una extensión máxima de dos sesiones de aproximadamente hora y media de duración. Su participación es completamente voluntaria, anónima y está en absoluta libertad de abandonar el estudio en cualquier momento. Recuerde que por no participar no tendrá ningún problema o consecuencia negativa como usuario de los servicios del

Instituto ni de ninguna otra índole. Si tiene alguna pregunta o duda, con toda confianza pregúntenos y con mucho gusto le orientaremos.

Entiendo que del presente estudio se derivan los siguientes beneficios: Podré comprender la influencia de las emociones y del comportamiento en las funciones fisiológicas; manejar el estrés de una forma más adecuada y aprender la importancia de la relajación y la respiración para controlar los niveles de presión arterial a favor de mi salud.

Estoy enterada de que toda la información obtenida será utilizada para análisis estadísticos y clínicos pertinentes y que por lo tanto los resultados pueden publicarse, pero no los de mi participación individual, por lo que no podré ser identificada de forma alguna.

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde contestar con la verdad y manifestar sus inquietudes.

Cualquier duda o comentario, favor de comunicárselo a la investigadora responsable.

En caso de que decidiera retirarme, la atención que recibo como pacienen en esta institución no se verá afectada.

Nombre.	Firma.
(En caso necesario, datos del padre o representante legal)	
Domicilio.	Teléfono

Nombre y firma del Investigador responsable.	Firma.
Domicilio.	Teléfono

Anexo 2
ENTREVISTA

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

¿Fuma?: No__ Sí__ ¿Cuántos cigarros al día? _____
¿Hay alguna persona que fume y conviva diariamente con Ud.? No Sí
Tiempo que fuma pasivamente (aprox. al día) _____
¿Bebe alcohol?: No__ Sí__ cantidad por vez ____ veces por semana /mes __
¿Ha consumido drogas?: No__ Sí__ cuáles ____ cantidad por mes _____
¿Durante cuánto tiempo las consumió? _____
¿Normalmente toma café?: No__ Sí__ tazas al día ¿En el embarazo, cuántas?

¿Se considera una persona “salada” para comer?: No__ Sí__ ¿En el embarazo? _____

¿Acostumbra a hacer ejercicio o practicar algún deporte? No__ Sí__
¿Cuál? _____ Horas por semana / mes _____
¿Del 1 al 10 cuánto ejercicio considera que ha hecho a lo largo de su vida?

¿Fuera del embarazo, considera que es una persona con sobrepeso?
No__ Sí__ Kg. por arriba de su peso ideal? _____

¿Fuera del embarazo, presenta generalmente desequilibrios hormonales?
No__ Sí__ Especificar: _____

Edad gestacional (semanas): _____
Diagnóstico: _____ Fecha del diagnóstico: ____
Tratamiento médico actual: _____
Presión arterial: _____ Tasa cardiaca: _____
Proteinuria: No__ Sí__ Observaciones: _____

¿Es su primer embarazo? No__ Sí__
¿Qué número de embarazo es?: _____
¿Cuántos hijos tiene? _____
¿Cuáles son las edades de sus hijos?: _____
¿Ha presentado alguna complicación en embarazos anteriores? (HT gestacional, preeclampsia, aborto, placenta previa) No__ Sí__
Especificar: _____

¿Padece usted de alguna enfermedad crónica (hipertensión, diabetes, otra)?
No__ Sí__ ¿Cuál(es)? _____ ¿Desde cuándo? _____
¿Alguno de sus padres o hermanos padece alguna enfermedad crónica
(hipertensión o diabetes)? No__ Sí__ ¿Quién(es)? _____ ¿Desde cuándo?

¿Se considera nerviosa o preocupada? No Sí ¿Qué tanto del 1-10? _____
¿por qué? _____
¿Considera que es una persona enojada? No Sí ¿Qué tanto del 1-10? _____
¿Por qué? _____
¿Sabe lo que es el estrés? _____
¿Se estresa frecuentemente? No Sí ¿Qué tanto del 1-10? _____
¿por qué? _____
¿Cómo actúa ante los problemas? ¿Los enfrenta o los evade? _____
¿Por qué? _____

¿Considera que su trabajo/ actividades son estresantes? No Sí ¿Qué tanto del 1 al 10? _____ ¿Por qué? _____
¿Qué es lo que hace en su trabajo? _____
¿Qué hace normalmente para relajarse? _____
¿En general, cómo describiría este embarazo? _____
¿En este momento hay algo que le preocupe en cualquier ámbito (embarazo, familia, trabajo, o cualquier otro) _____
* Pensando en las complicaciones que tuvo (embarazos anteriores), ¿a qué le atribuye esta situación? _____
¿Se considera una persona sociable y con muchos amigos? No Sí ¿Del 1 al 10? _____ ¿Por qué? _____
¿Ha recibido apoyo de sus familiares y amigos antes y durante el embarazo? No Sí ¿En qué ha consistido? _____
¿Tiene Ud. pareja? No Sí Edad y ocupación de su pareja _____
¿Ha sido la misma pareja en todos los embarazos? No Sí
Especificar: _____
¿Hasta ahora, cómo describiría la relación con su pareja? _____
Calificarla 1-10 _____
¿Ha recibido apoyo de él durante el embarazo? No Sí
¿En qué ha consistido? _____
¿Qué es lo que más le agrada de su pareja? _____
¿Qué es lo que más le desagrada? _____
¿Cuánto tiempo tienen de conocerse? _____
¿Cuánto tiempo tiene de contacto sexual con el padre del bebé? _____
¿Deseaba usted quedar embarazada? Sí No ¿por qué? _____
¿Considera que este es un buen momento para tener un hijo? Sí No _____
¿por qué? _____
¿Ha recibido tratamiento psiquiátrico o psicológico? (motivo, cuándo, duración, solucionó su problema): _____
*Clínica a la que acude para sus consultas sobre el embarazo: _____

Anexo 3

Inventario de Expresión de Ira, Estado - Rasgo (STAXI-2)

(Miguel-Tobal et al., 2009. Versión para México por Oliva, Hernández y Calleja, 2010)

Algunas de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y CIRCULE el número que indique cómo se siente **en este momento**. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que describa sus sentimientos **ahora**.

1 NO EN ABSOLUTO. 2 ALGO. 3 MODERADAMENTE. 4 MUCHO

- | | | | |
|--|---------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Estoy furioso _____ | 1 2 3 4 | <input type="checkbox"/> | |
| 2. Me siento irritado _____ | 1 2 3 4 | <input type="checkbox"/> | |
| 3. Me siento enojado _____ | 1 2 3 4 | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Le pegaría a alguien si pudiera _____ | 1 2 3 4 | | <input type="checkbox"/> |
| 5. Estoy ardiendo de enojo _____ | 1 2 3 4 | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Me gustaría decir groserías _____ | 1 2 3 4 | | <input type="checkbox"/> |
| 7. Estoy enojado _____ | 1 2 3 4 | <input type="checkbox"/> | |
| 8. Daría puñetazos a la pared _____ | 1 2 3 4 | | <input type="checkbox"/> |
| 9. Me dan ganas de maldecir a gritos. _____ | 1 2 3 4 | | <input type="checkbox"/> |
| 10. Me dan ganas de gritarle cosas a alguien _____ | 1 2 3 4 | | <input type="checkbox"/> |
| 11. Quiero romper algo _____ | 1 2 3 4 | | <input type="checkbox"/> |
| 12. Me dan ganas de gritar _____ | 1 2 3 4 | | <input type="checkbox"/> |
| 13. Le tiraría algo a alguien _____ | 1 2 3 4 | | <input type="checkbox"/> |
| 14. Tengo ganas de pegarle a alguien _____ | 1 2 3 4 | | <input type="checkbox"/> |
| 15. Me gustaría echarle bronca a alguien _____ | 1 2 3 4 | | <input type="checkbox"/> |
| PD TOTAL ESTADO | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Lea cada frase circule el número que indique cómo se siente **generalmente**. Trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos **en general**.
1 CASI NUNCA, 2 AVECES, 3 FRECUENTEMENTE, 4 CASI SIEMPRE

- | | | | |
|---|---------|--------------------------|--------------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> |
| 16. Me enojo rápidamente _____ | 1 2 3 4 | | |
| 17. Tengo un carácter irritable _____ | 1 2 3 4 | <input type="checkbox"/> | |
| 18. Soy una persona enojona _____ | 1 2 3 4 | <input type="checkbox"/> | |
| 19. Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen _____ | 1 2 3 4 | | <input type="checkbox"/> |
| 20. Tiendo a perder el control de mi persona _____ | 1 2 3 4 | <input type="checkbox"/> | |
| 21. Me pone furioso que me critiquen delante de los demás _____ | 1 2 3 4 | | <input type="checkbox"/> |
| 22. Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco _____ | 1 2 3 4 | | <input type="checkbox"/> |
| 23. Me enojo con facilidad _____ | 1 2 3 4 | <input type="checkbox"/> | |
| 24. Me enfado si no me salen las cosas como lo tenía previsto _____ | 1 2 3 4 | | <input type="checkbox"/> |
| 25. Me enojo cuando se me trata injustamente _____ | 1 2 3 4 | | <input type="checkbox"/> |
| PD TOTAL RASGO | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Finalmente se presentan enunciados que ejemplifican lo que las personas hacemos cuando nos enojamos, encierre en un círculo el número que corresponda según sea su caso en cada frase.

1 CASI NUNCA, 2 AVECES, 3 FRECUENTEMENTE, 4 CASI SIEMPRE

- | | | | |
|--|------------|--------------------------|--------------------------|
| 26. Controlo mi temperamento _____ | 1 2 3 4 __ | | <input type="checkbox"/> |
| 27. Expreso mi ira _____ | 1 2 3 4 __ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Me guardo para mí lo que siento _____ | 1 2 3 4 __ | | <input type="checkbox"/> |
| 29. Hago comentarios irónicos de los demás _____ | 1 2 3 4 __ | <input type="checkbox"/> | |
| 30. Mantengo la calma _____ | 1 2 3 4 __ | | <input type="checkbox"/> |
| 31. Hago cosas como dar portazos _____ | 1 2 3 4 __ | <input type="checkbox"/> | |
| 32. Ardo de enojo por dentro aunque
no lo demuestre _____ | 1 2 3 4 __ | | <input type="checkbox"/> |
| 33. Controlo mi comportamiento _____ | 1 2 3 4 __ | | <input type="checkbox"/> |
| 34. Discuto con los demás _____ | 1 2 3 4 __ | <input type="checkbox"/> | |
| 35. Tiendo a guardar rencores que no
le digo a nadie _____ | 1 2 3 4 __ | | <input type="checkbox"/> |
| 36. Puedo controlarme _____ | 1 2 3 4 __ | | <input type="checkbox"/> |
| 37. Estoy más enojado de lo que
quiero aceptar _____ | 1 2 3 4 __ | | <input type="checkbox"/> |
| 38. Digo groserías _____ | 1 2 3 4 __ | <input type="checkbox"/> | |
| 39. Me irrito más de lo que la gente cree _____ | 1 2 3 4 __ | | <input type="checkbox"/> |
| 40. Pierdo la paciencia _____ | 1 2 3 4 __ | <input type="checkbox"/> | |
| 41. Controlo mis sentimientos de enojo | 1 2 3 4 __ | | <input type="checkbox"/> |
| 42. Evito enfrentarme con aquello que
me enoja _____ | 1 2 3 4 __ | | <input type="checkbox"/> |
| 43. Controlo el impulso de expresar mis
sentimientos de ira _____ | 1 2 3 4 __ | | <input type="checkbox"/> |
| 44. Respiro profundamente y me relajo _____ | 1 2 3 4 __ | | <input type="checkbox"/> |
| 45. Hago cosas para controlarme como contar
hasta diez _____ | 1 2 3 4 __ | | <input type="checkbox"/> |
| 46. Trato de relajarme _____ | 1 2 3 4 __ | | <input type="checkbox"/> |
| 47. Hago algo tranquilo para calmarme _____ | 1 2 3 4 __ | | <input type="checkbox"/> |
| 48. Intento distraerme para que se me pase _____ | 1 2 3 4 __ | | <input type="checkbox"/> |
| 49. Pienso en algo agradable para
tranquilizarme _____ | 1 2 3 4 __ | | <input type="checkbox"/> |
| P.D. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anexo 4

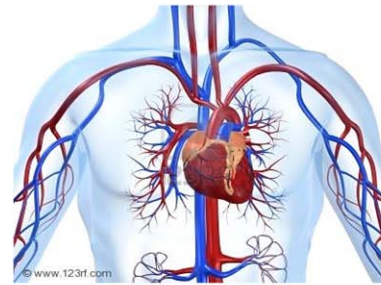
Diapositivas para el módulo de Psicoeducación

Presión Arterial

- Fuerza de la sangre sobre las paredes arteriales que resulta de la función de bombeo del corazón, volumen sanguíneo, resistencia de las arterias al flujo y diámetro de las arterias.

Hipertensión Arterial

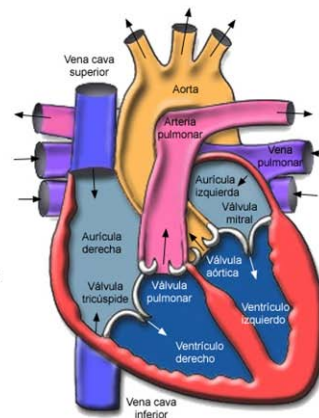
- Padecimiento caracterizado por aumento sostenido de la presión arterial sistólica, diastólica o ambas $\geq 140/90$ mmHg.



Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

Sístole y diástole

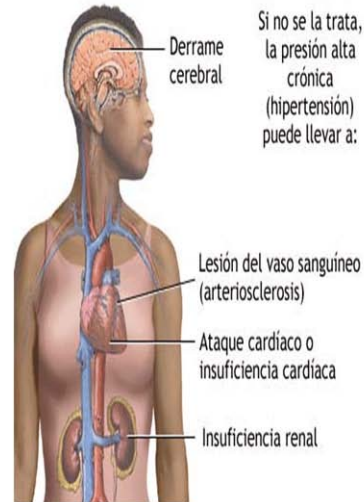
- La sístole es un movimiento que refleja el gasto cardiaco, la cantidad de sangre bombeada hacia la aorta en cada minuto.
- La diástole es un movimiento que refleja la resistencia vascular, la fuerza con la que las paredes de los vasos sanguíneos se oponen al flujo de sangre.



Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española (2005) Madrid: Santillana.

Repercusiones de la Hipertensión

- Habitualmente no manifiesta síntomas, pero en ocasiones pueden presentarse: dolor de cabeza, dificultad respiratoria, vértigos, dolor torácico, palpitaciones del corazón y hemorragias nasales.
- Los daños que la hipertensión arterial puede ocasionar son principalmente en el corazón, el cerebro y los riñones.
- Aunque también puede haber daños en los pulmones, la visión y el funcionamiento cognitivo.



Organización Mundial de la Salud (2013) Preguntas y respuestas sobre la hipertensión.

Repercusiones de la HT en el embarazo



- Hemorragias
- Infarto de miocardio
- Insuficiencia renal
- Accidente cerebrovascular
- Daño y muerte fetal
- Daño y muerte materna

Organización Mundial de la Salud (2013) Preguntas y respuestas sobre la hipertensión.

Factores que incrementan el riesgo de padecer HT en el embarazo

1. Alimentación alta en grasas y sales
2. Sobrepeso y obesidad
3. Historia de poco ejercicio aeróbico
4. Edad avanzada o muy joven
5. Antecedentes de HT (familiares o en embarazos previos)
6. Consumo de alcohol y tabaco
7. Mal manejo de la ira
8. Mal manejo del estrés

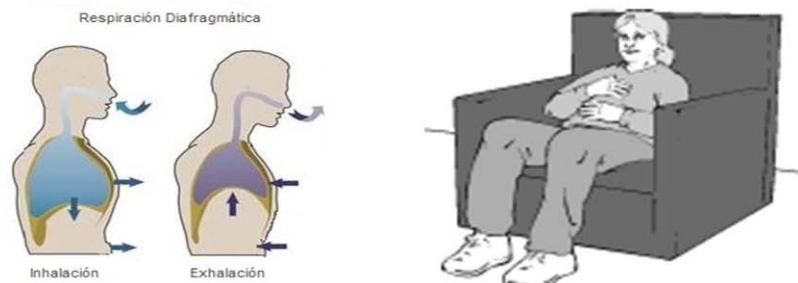


Miguel- Tobal, Cano- Vindel, Casado y Escalona (1994) Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. Anales de psicología, 10(2), 199-216

Organización Mundial de la Salud (2013) Preguntas y respuestas sobre la hipertensión.

Cómo controlar la respuesta de estrés desde nuestro organismo

- Es importante controlar la respuesta de estrés utilizando al propio organismo para contrarrestar los efectos del mismo.
- Un método eficaz es enseñar al organismo a entrar en estados de relajación



Anexo 5

Tríptico de Entrenamiento Autógeno

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

Este tríptico tiene la finalidad de brindarle la información para poder realizar en su hogar los ejercicios de **Respiración diafragmática** y **Relajación muscular** que le servirán para reducir su presión arterial.

Por favor lea con detenimiento cada una de las instrucciones.

La manera en la que respiramos también ayuda o perjudica nuestra presión arterial.

Cuando estamos alterados (nerviosos, enojados, preocupados o inseguros) respiramos de forma acelerada llevando poco aire a nuestro organismo.



RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA

- *Controla la frecuencia cardíaca
- *Disminuye los efectos del estrés
- *Oxigena al cuerpo para un estado de relajación.

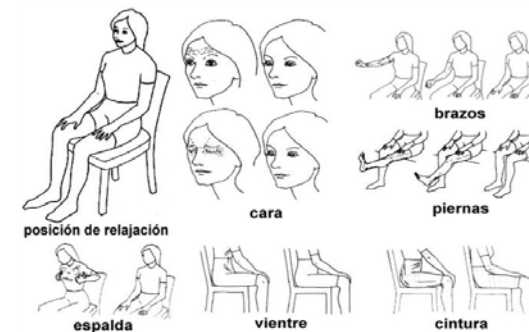
Para lograr estar calmados, tranquilos y relajados es muy importante respirar de forma pausada, lenta y llenando por completo nuestros pulmones, inflando el estómago como si fuera un globo.

Recuerde poner la mano izquierda sobre su pecho y la derecha sobre su estómago, cuidando que al inhalar aire se levante primero su vientre, y contando del 1 al 8 exhale poco a poco hasta desinflarlo.



RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA PROFUNDA

Tensor y relajar los grupos musculares produce un estado de relajación del organismo en general contrarresta la tensión y con el tiempo, la práctica nos prepara para enfrentar mejor la respuesta de estrés.



Recuerde cómo tensar y relajar cada grupo de músculos.

Frente: fruncir el ceño

Ojos: cerrarlos y apretar los párpados

Labios: apretar los labios uno contra otro.

Mejillas: apretar mandíbulas y dientes

Cuello y hombros: subir los hombros hacia la cabeza y apretarlos.

Pecho: estirar los brazos sobre los costados y presionar las costillas

Brazos: dirigir las manos hacia el piso y apretar los puños tensando brazos

Glúteos: apretar las pompas haciendo fuerza con los muslos.

Piernas: juntar las rodillas y presionar una contra otra

Pantorrillas: estirar las piernas hacia enfrente, apoyar solo el talón y jalar las puntas de los pies hacia la cara.

Pies: estirar las piernas, apoyar el talón y estirar los dedos hacia la pared de enfrente.

Contar lentamente del 5 al 1 mientras tensa y afloja cada grupo muscular, ayuda a llevar un ritmo adecuado para disfrutar la relajación.

Conforme aprenda a manejar sus emociones con estas técnicas de Relajación podrá controlar mejor sus niveles de presión arterial.



**HOSPITAL AJUSCO MEDIO
SECRETARIA DE SALUD**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

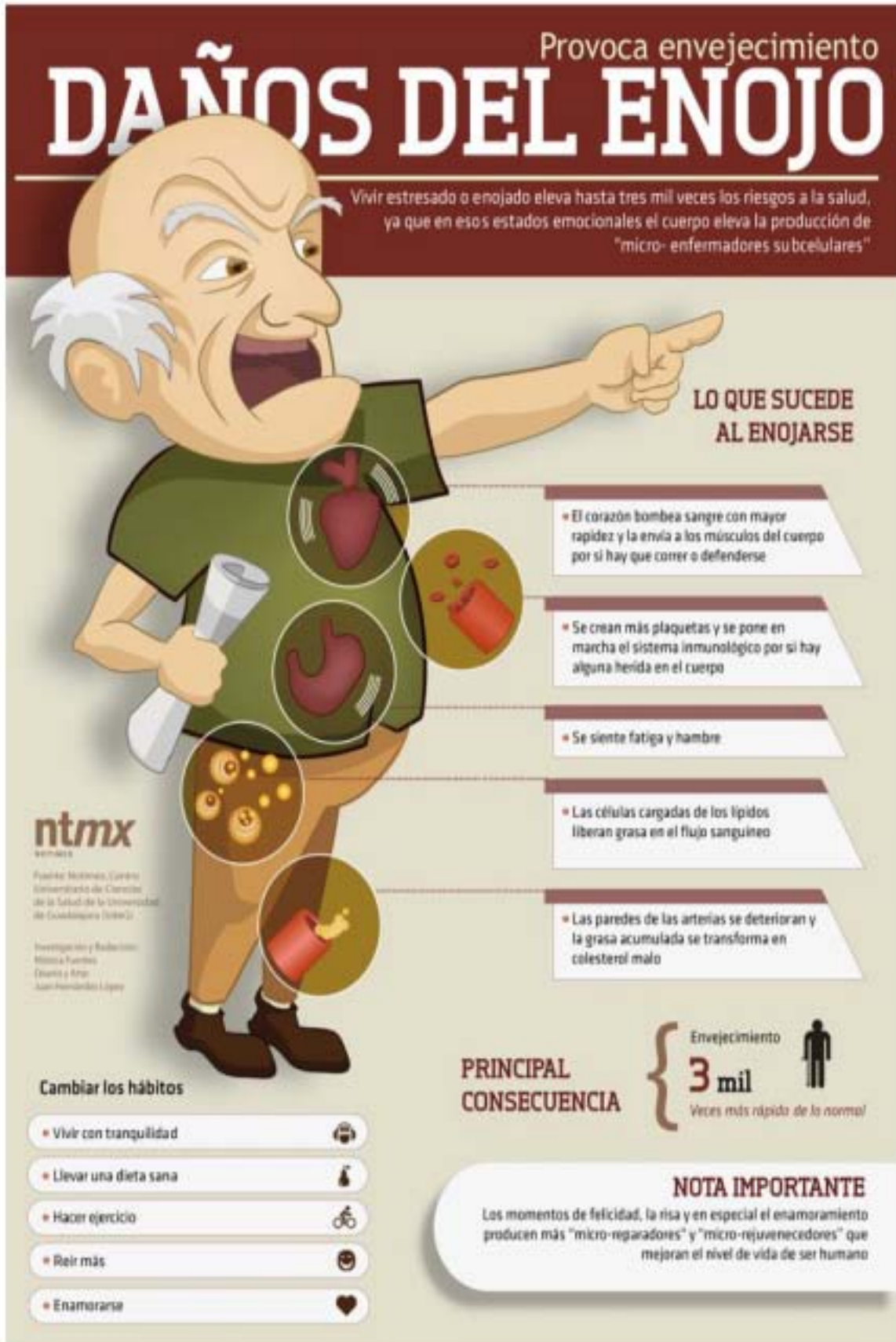


**ENFERMEDADES
HIPERTENSIVAS DEL
EMBARAZO**

**TÉCNICAS DE
RELAJACIÓN PARA
CONTROLAR LA PRESIÓN
ARTERIAL**



Anexo 6 Infografía de los Daños del Enojo



Anexo 7
Autoevaluación de ira

¿Considera usted que es una persona iracunda? _____

¿Por qué razones suele sentir ira? _____

¿Cómo reacciona cuando siente ira? _____

¿Qué experimenta en su cuerpo cuando siente ira? _____

¿Cuánto le dura el sentimiento de ira? _____

¿Generalmente usted demuestra / expresa su ira? _____

¿Por qué? _____

¿De qué forma? _____

¿Cómo reaccionan los demás cuando usted expresa su ira? _____

¿Generalmente usted guarda/esconde sus sentimientos de ira? _____

¿Por qué? _____

¿De qué forma? _____

¿Cómo reaccionan los demás cuando usted se guarda su ira? _____

¿Cuál es la situación más reciente o significativa por la que sintió mucha ira?

¿Qué pensó en aquella situación? _____

¿Qué sentimientos experimentó? _____

¿Qué hizo? _____

¿Resolvió su situación? _____

Anexo 8
Carnet de Registro Conductual para el entrenamiento en relajación

Carnet de registro conductual de la respiración diafragmática		
La paciente:		
Reporta verbalmente entenderla utilidad y los beneficios de la respiración diafragmática	sí	no
Posiciona los brazos sobre pecho y estómago	sí	no
Infla la panza “como un balón” de aire	sí	no
El pecho se infla por completo y los hombros ascienden ligeramente justo después de inflar el estómago	sí	no
El ciclo de inhalación y exhalación dura de 6 a 8 segundos	sí	no
Domina la técnica en al menos tres ensayos	sí	no
Reporta verbalmente sensación de “mejoría” o “relajación”	sí	no
Realiza al menos cinco respiraciones de forma exitosa	sí	no
Deja caer su brazo relajado cuando se le solicita. Prueba del brazo efectuada por el terapeuta	sí	no

Carnet de registro conductual de la relajación muscular progresiva		
La paciente:		
Reporta verbalmente entender los efectos del estrés sobre la presión arterial y el objetivo de la relajación	sí	no
Está en apariencia calmada o reporta verbalmente estarlo (si es necesario, preguntarle)	sí	no
Lista de grupos musculares relajados		
Frente	sí	no
Ojos	sí	no
Labios	sí	no
Mejillas	sí	no
Cuello y Hombros	sí	no
Pecho	sí	no
Brazos	sí	no
Glúteos	sí	no
Piernas	sí	no
Pantorrillas	sí	no
Tobillos	sí	no
Pies	sí	no
Realiza el ejercicio de cada grupo muscular en dos ocasiones de forma correcta.	sí	no

Anexo 9

Guía de Reestructuración cognitiva

Identificación de pensamientos disfuncionales:

"Siempre que intento hablar, me ignoran"

"Seguramente no le importa mi situación"

"Lo hace para molestarme"

"Me tiene envidia"

"Todos me quieren atacar"

"Ellos tienen la culpa de que yo reaccione agresiva"

¿Qué tan ciertos son realmente estos pensamientos?

¿Cuál es el detonante de mis sentimientos de ira?

¿Cómo sustituyo este pensamiento negativo?

Sustituir las frases:	Por las frases:
<i>"Por tu culpa me enojé"</i>	<i>"Estoy enojada porque..."</i>
<i>"Tú me hiciste enojar"</i>	<i>"Yo me enojo cuando"</i>

Anexo 10

Guía de Comunicación Asertiva

Estilos inapropiados de comunicación del enojo

Características de los mensajes verbales	Características de los mensajes no verbales
Sonidos: Emitir sonidos no agradables (gruñidos, risas burlonas) e insultos o groserías	Gestos: movimientos rápidos de manos y brazos, tensión corporal especialmente en los puños y respiración agitada.
Tonos de voz: gritar, quejas o voz temblorosa	Expresiones faciales: fruncir el ceño, fruncir la boca, apretar los labios, sonrojarse.

Deficiencias en los hábitos para saber escuchar ya que limitan la comunicación

No Verbal	Verbal
Cuando una persona habla y la otra no mantiene contacto visual.	Insultar
Ignorar a la persona	Gritar
Expresiones faciales que comunican disgusto, era, asco, incomodidad.	Interrumpir
Alejarse del lugar, dejar a la persona hablando sola.	Llorar

Pasos para aprender a escuchar y dialogar

Primer paso: mantener contacto visual con la persona que habla.

Segundo paso: respirar profundamente y relajarse

Tercer paso: permitirle hablar a la persona y evitar interrumpirla.

Cuarto paso: mostrar expresión facial amable y atenta

Quinto paso: decir con un tono de voz tranquilo "no permito que me agredas, me doy cuenta de que estás enojado (a), por lo que es mejor que platiquemos cuando estés más calmado, te voy a dejar solo, platicamos más tarde" O expresar en primera persona los sentimientos que experimenta y mencionar la causa, para después proponer un acuerdo.