

Psicología de la hipertensión en el embarazo: Una evaluación comparativa*

Psychology of hypertension in pregnancy: A comparative assessment
Psicologia da hipertensão na gravidez: A avaliação comparativa

Rocío Valeria Angulo Espinosa**

Investigadora independiente

Angélica Riveros Rosas***

Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

El objetivo principal del presente trabajo fue identificar diferencias en las prácticas de crianza, los estilos de afrontamiento y la ansiedad entre mujeres embarazadas sanas, mujeres embarazadas hipertensas y mujeres embarazadas con otros padecimientos. Se propuso establecer la posible relación entre dichas variables. Se utilizó un diseño no experimental, correlacional y retrospectivo, en el que participaron noventa mujeres. A las participantes se les aplicó el Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento, el Inventario de Estilos de Afrontamiento de Moos y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en el estilo de afrontamiento, de aceptación o resignación, y en la relación negativa con el padre. Las prácticas de crianza deficientes correlacionaron negativamente con los estilos de afrontamiento de aceptación o resignación, análisis lógico, contención emocional y búsqueda de guía y soporte, y correlacionaron positivamente con la ansiedad rasgo y estado. Los resultados muestran tendencias relevantes en contextos de violencia de pareja, en los que la crianza protectora, en ausencia de destrezas específicas, lleva al desarrollo de estrés sostenido en estas condiciones de adultez.

Palabras clave: hipertensión, embarazo, crianza, afrontamiento, ansiedad

Abstract

The main purpose of the present study was to identify differences in family interaction, child rearing background, coping styles and anxiety level of hypertensive pregnant patients as compared with those of healthy pregnant women and those of pregnant women with other ailments. A secondary purpose was to explore potential relations among such variables. Responses of a total of 90 participants were examined through a non experimental, correlational, retrospective design; instruments included the Inventory of Health, Life Styles and Behavior, the Moos Coping Scales, and the State-Trait Anxiety Scale. Results revealed statistically significant differences regarding the acceptance-resignation coping styles and a poor relation with the father. Dysfunctional child rearing practices yielded negative correlations with acceptance, resignation, logical analysis, emotional restraint and search for support coping styles, and correlated positively with both trait and state anxiety. Results suggest some relevant trends in contexts of severe marital distress where, a protective rearing in absence of the establishment of

* El presente trabajo se derivó de la tesis de recepción profesional de la primera autora, bajo la dirección de la segunda. El estudio estuvo financiado por el subsidio H-104338 del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) de México.

** Psicóloga. Investigadora independiente. Correo electrónico: rociovae@gmail.com

*** Psicóloga. Doctorado en Psicología, Universidad Autónoma de México. Correo electrónico: vercige52@gmail.com

specific interaction skills may lead to the development of sustained stress in under specific conditions in adulthood.

Keywords: hypertension, child rearing, coping, anxiety

Resumo

O objetivo principal do presente trabalho foi identificar diferenças nas práticas parentais, os estilos de enfrentamento e a ansiedade entre mulheres grávidas saudáveis, mulheres grávidas hipertensas e mulheres grávidas com outros padecimentos. Foi proposto o estabelecimento da possível relação entre ditas variáveis. Foi utilizado um desenho não experimental, correlacional e retrospectivo, no qual participaram noventa mulheres. Foram aplicadas às participantes o Inventário de Saúde, Estilos de Vida e Comportamento, o Inventário de Estilos de Enfrentamento de Moos, e o Inventário de Estado-Traço de Ansiedade. Os resultados mostraram diferenças estatisticamente significativas no estilo de enfrentamento, de aceitação ou resignação, e na relação negativa com o pai. As práticas parentais deficientes correlacionaram negativamente com os estilos de enfrentamento, de aceitação ou resignação, análise lógica, contenção emocional e busca de orientação e apoio, e correlacionaram positivamente com a ansiedade traço e estado. Os resultados mostram tendências relevantes em contextos de violência de casais, nos quais a criação protetora, na ausência de habilidades específicas, leva ao desenvolvimento de estresse sustentados nestas condições de vida adulta.

Palavras chave: hipertensão, gravidez, criação, enfrentamento, ansiedade

Las enfermedades hipertensivas del embarazo (EHE) constituyen a nivel mundial una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna, fetal y neonatal (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Unicef], Secretaría de Salud [SS], 2002, 2008; Vázquez, 2007). La cantidad de muertes maternas que originan a nivel mundial oscila entre el 12 y el 25% (SS, 2007a; Unicef, 2008).

En México, estos padecimientos constituyen una de las principales causas de mortalidad materna y representan un grave problema de salud pública (SS, 2007b). Se han registrado cifras hasta del 34% del total de defunciones maternas por estas causas (Instituto Nacional de Salud Pública

[INSP], 2006; Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2007; SS, 2007a). El estado de México, en particular, tuvo las tasas más altas de mortalidad materna, considerando los últimos once años, del 2000 al 2010, aun por encima de las del Distrito Federal (Instituto Nacional de Geografía e Informática [Inegi], 2011).

La hipertensión en el embarazo es una afección caracterizada por la elevación sostenida de la presión arterial por arriba de 140/90 mm Hg (SS, 2007a; Unicef, 2008). Estas enfermedades se presentan normalmente entre las semanas 28 y 32 de la gestación e incrementan el riesgo de padecer falla cardíaca, eventos cerebrales vasculares y falla renal, que pueden resultar en restricción del crecimiento fetal, parto prematuro y muerte del bebé (McCoy & Baldwin, 2009; Solomon & Seely, 2004).

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

En el análisis de las condiciones sociales de las defunciones maternas en el estado de México durante los periodos de 2004 a 2006 por Karam, Bustamante, Campuzano y Camarena (2007), destaca que en los últimos años los problemas de toxemia, preeclampsia y eclampsia fueron las causas directas más frecuentes, y la mayor incidencia ocurrió en mujeres de baja escolaridad, bajo nivel socioeconómico, y sin pareja estable, lo que en el estado de México es causa de exclusión social. De entre las mujeres que se reportaron solteras, al indagar sobre los padres se desconoció en un 90% información básica como escolaridad y ocupación, y aunque ante el embarazo suele haber apoyo familiar, bajo estas condiciones es percibido como una carga social y económica.

Las EHE también aumentan los riesgos de contraer otras enfermedades y complicaciones como hipertensión crónica y trastornos cardiovasculares después del parto, las cuales ocasionan graves con-

secuencias a nivel familiar. Entre las principales consecuencias para la familia por la muerte materna destacan el incremento en la morbimortalidad infantil, deserción escolar, incremento de violencia, inserción temprana al campo laboral y embarazo adolescente (Karam et ál., 2007).

Dado que aún no se ha llegado a un entendimiento claro de las causas de muchas de las complicaciones obstétricas, tomando en cuenta el parecido de las enfermedades hipertensivas del embarazo con la hipertensión crónica, se considera que sus causas pueden ser las mismas o al menos similares en los aspectos fisiológicos y psicológicos.

La identificación del involucramiento de variables psicológicas en el desarrollo de enfermedades hipertensivas del embarazo podría aportar información relevante para su prevención y tratamiento. De ser así, a largo plazo sería posible implementar programas de salud integrales con el fin de prevenir y coadyuvar de manera precisa y eficaz en el manejo de las enfermedades hipertensivas del embarazo.

En México, la Secretaría de Salud (2002) sólo ha hecho mención de algunos factores psicosociales que predisponen a las EHE: la violencia familiar, la angustia y el estrés. Sin embargo, es vital enlazar estos conceptos con aspectos psicológicos más amplios, de tal manera que se pueda dar una explicación detallada sobre la relación entre estos factores y el desarrollo de las enfermedades hipertensivas del embarazo.

Si bien se ha identificado que el estrés o la ansiedad desempeñan un papel muy importante en la génesis y el desarrollo de múltiples enfermedades, no siempre es claro su papel en los trastornos hipertensivos; sin embargo, las consecuencias son tanto para las instituciones de salud como para los pacientes. Se ha identificado que el simple hecho de diagnosticar a un paciente como “hipertenso” genera malestar, angustia y favorece el ausentismo laboral por enfermedad (Laderman & Lamport, 1990; Melamed, Fromm & Green, 1997). El estrés causa un estado de activación fisiológica en el organismo, en el cual se incrementa el funcionamiento del sistema nervioso autónomo, especialmente de la rama simpática, y como consecuencia disminuye la competencia inmunológica (Herbert & Cohen, 1993). En el caso de la hipertensión son múltiples

los factores identificados en los que no siempre la ansiedad o el estrés tienen un papel determinante, como los antecedentes familiares de HT, la raza, o hábitos como los alimenticios o de actividades (Kaplan, 2002). Así, parece tratarse de una combinación de factores.

Específicamente, la ansiedad está relacionada con la hipertensión debido a las reacciones fisiológicas que implica: incremento de la presión sanguínea, vasoconstricción periférica, taquicardia, aumento en la secreción gástrica, aumento en la tensión muscular, respuesta galvánica de la piel, etc. (Dominguez, Valderrama, Olvera, Pérez, Cruz & González, 2002). Los pacientes hipertensos tienen más probabilidades de desarrollar trastornos del espectro ansioso por la semejanza con algunos de los aspectos más conspicuos del estrés (Sherbourne, Kenneth, Wells & Lewis, 1996). También se ha identificado que los pacientes ansiosos en servicios médicos son más sensibles al latido, a interpretar los síntomas como catastróficos y a permanecer más tiempo internados (Ball, Goddard & Shechar, 2002).

En algunos estudios no ha resultado muy clara la asociación entre el estrés o la ansiedad y las complicaciones del embarazo (Istvan, 1986; Lobel, 1994; Perkin, Bland, Peacock & Anderson, 1993). Sin embargo, por otro lado, se sabe que el estrés predice cambios en la presión arterial a mediano y largo plazo (Brady & Matthews, 2006; Matthews, Katholi, McCreath, Whooley, Williams, Zhu et ál., 2004) y que los incrementos de estrés en el embarazo se relacionan con el desarrollo de EHE (Da Costa, Larouche, Dritsa & Brender, 1999; Leeners, Neumaier-Wagner, Kuse, Stiller & Werner, 2007; Salvador-Moysén, Martínez-López, Lechuga-Quiñones, Ruiz-Astorga & Terrones-González, 2000). El estudio longitudinal de Qiu, Williams, Calderon-Margalit, Cripe y Sorensen (2009) con 2601 embarazadas, encontró que los problemas del estado de ánimo y ansiedad aumentaron las probabilidades de desórdenes metabólicos, incluyendo hiperreactividad simpática. Otros estudios han señalado efectos diferenciales en la ansiedad durante el embarazo, de la que se espera una reducción en el último trimestre, lo cual de no ocurrir favorece complicaciones como parto

pretérmino (Glynn, Dunkel, Hobel & Sandman, 2008; Huizink, Mulder, Robles de Medina, Visser & Buitelaar, 2004). En cuanto a las situaciones ansiógenas, se ha propuesto que las situaciones estresantes tienen más impacto al principio del embarazo, al favorecer la rumiación, que al final de éste, cuando hay una reducción en la respuesta a los corticoesteroides (Glynn et ál., 2008). Por lo tanto, todo parece indicar que el estrés y la forma de afrontarlo contribuyen a la aparición o mantenimiento de estos padecimientos.

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

De acuerdo con Leeners et ál. (2007), es probable que la mejora en las estrategias de afrontamiento pueda ayudar a reducir el riesgo de desarrollar trastornos hipertensivos en la gestación, por lo que resulta relevante conocer cuáles son las distintas vías por las que las formas de lidiar con los acontecimientos diarios pueden afectar la salud de las mujeres y generar EHE.

En diferentes estudios se ha observado que las personas con hipertensión y las mujeres con EHE tienden a negar los acontecimientos emocionalmente significativos (Poland, GIBlin, Lucas & Sokol, 1986; Sapira, Scheib, Moriarty & Shapio, 1971), y que existe una relación entre el afrontamiento represivo o evitativo con la presión arterial, lo cual indica mayor reactividad cardiovascular (King, Taylor, Albright & Haskell, 1990; Schwerdtfeger, Schmukle & Egloff, 2005).

Asimismo, se ha encontrado una relación importante entre la respuesta vascular, el afrontamiento y la interacción familiar, la cual indica que el hecho de vivir en una familia conflictiva, agresiva, negligente o fría, puede provocar trastornos en el funcionamiento psicosocial (especialmente en el procesamiento de emociones y en la competencia social); trastornos en los sistemas de regulación biológica de respuestas del estrés; y propiciar comportamientos que deterioran la salud (Repetti, Taylor & Seeman, 2002).

Con respecto a la interacción familiar, un estudio mostró que la estructura de la familia nuclear durante la niñez se asocia con el desarrollo de EHE. La información que resaltó fue que los padres de las mujeres que desarrollaron trastornos hipertensivos en el embarazo se involucraron significativamente en un menor porcentaje en todos los grupos de edad durante la niñez, en comparación con las mujeres del grupo control. La ausencia física y/o psicológica del padre durante la niñez pudo haber facilitado que estas mujeres crecieran siendo hostiles y poco sociables, características que constituyen factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares. Por otro lado, el número total de cuidadores involucrados fue significativamente más alto en las mujeres con EHE (Leeners, Neumaier-Wagner, Kuse, Irawan, Imthurn & Rath, 2006). Una de las desventajas de este estudio es que no se recabó información sobre la calidad de la relación entre padres e hijas, por lo que ésta es una de las variables que investigar en el presente trabajo.

A pesar de que la presencia de determinados factores de riesgo implica una mayor probabilidad de experimentar problemas psicológicos, es importante tener en cuenta que la exposición al riesgo por sí sola no determina la ocurrencia de algún trastorno, por lo que los factores de riesgo no necesariamente se traducen en resultados desadaptativos en la niñez (Cummings, Davies & Campbell, 2000).

El concepto de resiliencia ayuda a comprender por qué muchos niños se desarrollan de manera competente y se adaptan exitosamente a los retos de la vida aun bajo condiciones adversas. A este respecto, resulta relevante destacar que los factores protectores no son necesariamente agradables o deseables, ya que de hecho pueden ser adversos o estresantes (Cummings et ál., 2000), pero ante ellos hay un papel activo y socialmente relevante que permite fortalecer su capacidad e involucramiento con el medio. Por lo tanto, es importante diferenciar entre factores positivos y factores protectores, ya que en algunos casos, los primeros pueden ser también factores de riesgo, especialmente cuando limitan las oportunidades de desarrollo de habilidades para la resolución de problemas.

En consecuencia, la calidad en el trato hacia los hijos por parte de los padres puede ser un factor

que disminuya o incremente la capacidad del niño para enfrentarse a situaciones estresantes o de riesgo. Todavía resulta difícil explicar la asociación entre el cuidado en la niñez y el riesgo de EHE, debido a que se desconoce cómo influye el cuidado parental en los mecanismos biológicos, psicológicos y/o sociales. Sin embargo, se considera que los efectos del estrés y la ansiedad, debido a las condiciones desfavorables en las primeras etapas de la vida, podrían reflejarse más tarde en la edad adulta.

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

Método

Participantes

Participaron noventa mujeres embarazadas del Hospital General de Atizapán en el estado de México. La selección de las participantes fue no probabilística accidental y dio lugar a tres grupos: (1) El de mujeres embarazadas sanas, conformado por veintinueve participantes (32.2%); (2) el de mujeres embarazadas con algún padecimiento distinto a la hipertensión, conformado por veintitrés participantes (25.5%); y (3) el de mujeres embarazadas con enfermedad hipertensiva, conformado por 38 participantes (42.2%). Los criterios de asignación a los grupos fueron los siguientes:

- Embarazadas sanas (ES): este grupo estuvo conformado por mujeres que no refirieron ningún tipo de enfermedad, y que no presentaron complicaciones prenatales o perinatales (EHE, aborto o amenazas de aborto, complicaciones de placenta, etc.) en embarazos anteriores o en la presente gestación.
- Otros padecimientos (OP): las mujeres que conformaron este grupo refirieron padecer al-

guna enfermedad distinta de la hipertensión, o haber presentado complicaciones prenatales o perinatales, ya fuera en embarazos anteriores o en la presente gestación. Cinco de ellas presentaron un aborto en embarazos anteriores (21.73%); cuatro, amenazas de aborto en esta gestación (17.39%); a tres de ellas se les bajó la presión durante el parto (13.04%); tres padecían anemia (13.04%); dos presentaron enfermedad hipertensiva en ocasiones anteriores (8.69%); dos reportaron calcificación de la placenta (8.69%); dos de ellas tuvieron desprendimiento previo de la placenta (8.69%); dos presentaron complicaciones biliares (8.69%); una reportó escasez de líquido amniótico (oligohidramnios) (4.34%); una padecía gastritis y colitis (4.34%); una reportó ser prediabética (4.34%); una presentaba endometriosis (4.34%); y una reportó tener un microadenoma (4.34%). En algunas participantes estas complicaciones se presentaron de manera combinada.

- Enfermedades hipertensivas del embarazo (EHE): conformado por mujeres que presentaron cualquiera de las variantes de hipertensión, sin incluir a aquellas que tuvieron comorbilidad con otra enfermedad. Cabe señalar que no todas las participantes de este grupo se encontraban en las mismas condiciones al momento de la aplicación, puesto que a un 34.2% se les entrevistó antes de que presentaran la enfermedad hipertensiva; a un 34.2% cuando apenas presentaban síntomas o ya tenían el diagnóstico; y a un 31.6% en las primeras 48 horas después del parto, mientras se encontraban hospitalizadas, debido a que el inicio del trastorno hipertensivo ocurrió súbitamente, por lo que las circunstancias no permitieron la aplicación previa al parto.

En general, todas las participantes pertenecían a un nivel socioeconómico medio-bajo. La edad promedio del primer grupo fue de veintitrés años (min. 15 y máx. 38, 7.11 DE); la del segundo grupo de veintiún años (min. 16 y máx. 30, 4.52 DE); y la del tercero de veinticinco años (min. 15 y máx. 37, 6.62 DE).

Variables/instrumentos/medidas

Formato de entrevista. Con el fin de recolectar datos sociodemográficos, factores de riesgo y características sobre el embarazo, e identificar la presencia de hipertensión, se realizó una entrevista semiestructurada basada en el formato de entrevista para pacientes hipertensos de Riveros (2007) y en el formato de evaluación inicial del inventario de evaluación de estrés prenatal de Flórez-Alarcón (1998).

Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC). Este instrumento, conformado por dos secciones, mide diversos factores de riesgo psicosociales relacionados específicamente con las dinámicas familiares en la niñez y recaba información sociodemográfica. Se seleccionaron sesenta reactivos correspondientes a la segunda sección del Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (Sánchez-Sosa y Hernández-Guzmán, 1993), los cuales se agruparon en seis áreas de acuerdo a los factores descritos por Jurado (2002):

- Déficit en la crianza positiva ($\alpha = .7912$)
- Desinterés de los padres ($\alpha = .6383$)
- Crianza negativa ($\alpha = .5657$)
- Padres que usaban castigo ($\alpha = .6495$)
- Relación negativa con la madre ($\alpha = .7474$)
- Relación negativa con el padre ($\alpha = .6296$)

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

Escala de Afrontamiento de Moos (forma B). Este instrumento evalúa las distintas formas de responder ante una situación problemática. Se utilizó

la forma B de la escala en su versión adaptada al castellano, validada para pacientes crónicos de bajos recursos (Aduna, 1998), obtenida de la Escala de Salud y Vida cotidiana (Moos, Cronkite, Billings & Finney, 1986).

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

Procedimiento

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

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

En primer lugar, se les informó sobre el estudio a las mujeres embarazadas y se les invitó a participar; en caso de que accedieran se procedió a la lectura y firma del consentimiento informado. Posteriormente a esto, se realizó la entrevista y se les pidió que contestaran los instrumentos.

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

Durante la aplicación siempre se mantuvo total disposición para contestar las dudas de las participantes. El tiempo total requerido para el llenado de los instrumentos osciló entre 30 y 45 minutos. Al finalizar, se corroboraron los datos de las participan-

tes y se les informó que se les llamaría por teléfono en las primeras semanas posteriores al parto, con el fin de confirmar sus diagnósticos. De esta manera, se pudo conocer el estado de salud de las participantes, el momento en el que ocurrió el nacimiento y si tuvieron alguna complicación hipertensiva durante el embarazo, el parto o el postparto.

Análisis estadístico

Con la finalidad de determinar si existía normalidad y homogeneidad de varianzas entre los grupos, se emplearon las pruebas de significación estadística de Kolmogorov-Smirnov y de Levene, respectivamente, para los tipos de ansiedad, los estilos de afrontamiento y las prácticas de crianza. En todos los casos, los niveles críticos resultaron mayores al .05, por lo que los grupos obtenidos procedieron de poblaciones normales y presentaron igualdad de varianzas. Dado que se encontró parametricidad entre los grupos, se utilizó el Análisis de Varianza (Anova) con la prueba post hoc de Tukey. De esta manera, se identificó si había diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos (ver tabla 1). Por último, las correlaciones entre las diferentes variables se llevaron a cabo por el coeficiente de correlación de Spearman Rho.

Resultados

Para identificar las posibles diferencias entre los grupos en las variables de estudio: ansiedad, estilo de afrontamiento y prácticas de crianza, se realizó un análisis de varianza (Anova, ver tabla 1).

Como se puede observar en la tabla 1, las únicas áreas que resultaron estadísticamente significativas en orden de magnitud del valor F fueron la relación negativa con el padre, que fue más desfavorable en el grupo de sanas, y la aceptación o resignación como estilo de afrontamiento, que resultó mayor en el grupo con otros padecimientos. A pesar de que el déficit en la crianza positiva tuvo una significancia límite, se puede observar que, en general, el grupo con enfermedades hipertensivas muestra las puntuaciones más bajas en las prácticas de crianza deficiente. En cuanto a la ansiedad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre

los grupos; sin embargo, destaca que los valores de ansiedad rasgo, que denotan estabilidad y permanencia temporal en la respuesta ansiosa, fueron notablemente altos para todos los grupos.

Adicionalmente, se hizo un análisis en las mediciones de ansiedad entre las embarazadas del grupo con EHE, tanto por la condición de diagnóstico como por lo súbito del diagnóstico. Para comparar al grupo que no tenía diagnóstico al momento de la entrevista ($n=13$), las que ya estaban diagnosticadas ($n=13$) y las que fueron entrevistadas post parto, por lo súbito de la condición, se utilizó la prueba Anova de una vía, en virtud de mostrar homocedasticidad en las variables. La prueba arrojó diferencias significativas en ansiedad estado ($F=5.081, p=.012$). Se utilizó la prueba post hoc para diferencia honestamente significativa de Tukey, que mostró que la diferencia fue en el grupo de ya diagnosticadas con una media de 20.54, casi el doble que las no diagnosticadas en la entrevista ($media=10.92$) y que las entrevistadas post parto ($media=11.92$). No hubo diferencias significativas en ansiedad rasgo ($F=0.647, p=.530$).

Respecto a lo súbito del cuadro, se compararon a aquellas que se entrevistaron post parto por lo súbito del diagnóstico ($n=13$), y antes del parto, incluyendo el caso de HT crónica ($n=25$). Sólo se observó una diferencia límite en ansiedad estado con valores más altos en el grupo entrevistado antes del parto ($media=16.36$) que el entrevistado post parto ($media=11.0$) ($t=1.73, p=.092$). Mientras que en ansiedad rasgo, la media fue más alta en el grupo entrevistado post parto ($media=20.7$) que en el previo al parto ($media=18.0$), sin que la diferencia fuera estadísticamente significativa.

Para identificar la posible asociación entre las variables de afrontamiento y las prácticas de crianza con las de ansiedad rasgo se utilizó la correlación de Spearman Rho (ver figuras 1 y 2).

Todos los estilos de afrontamiento correlacionaron significativamente y de manera negativa con la ansiedad rasgo. Por lo tanto, a mayor ansiedad rasgo, menor uso de los estilos de afrontamiento (ver figura 1).

Las prácticas de crianza también mostraron correlaciones importantes con las variables de ansiedad rasgo.

Tabla 1
Medias aritméticas (Anova) respecto a ansiedad, afrontamiento y prácticas de crianza

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

Nota: las medias de los grupos estadísticamente significativas se muestran en negritas. ES = embarazadas sanas; OP = otros padecimientos; EHE = enfermedades hipertensivas del embarazo.

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

La ansiedad rasgo muestra una asociación directa con las prácticas de crianza deficientes, resultando todas estadísticamente significativas. Destacan las correlaciones con la crianza negativa y con la relación negativa con la madre. La crianza negativa indaga eventos como experiencias emocionalmente fuertes durante la niñez, violencia entre los padres y agresiones verbales y/o castigo físico, y la relación negativa con la madre denota ausencia de apoyo, de confianza, de conductas de reconocimiento y de consuelo durante su infancia, por lo que a mayor deficiencia en la crianza, mayor ansiedad rasgo (ver figura 2).

Discusión

Grupo con enfermedades hipertensivas del embarazo

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

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

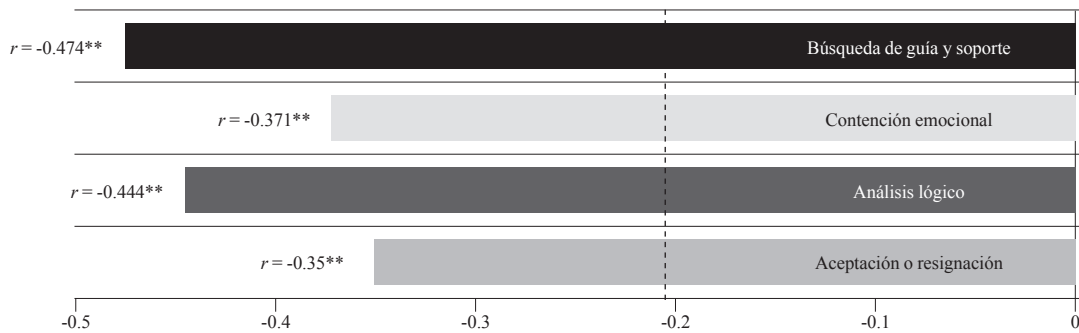


Figura 1. Correlaciones entre la ansiedad rasgo y los estilos de afrontamiento.

Correlación significativa ** $p < .01$

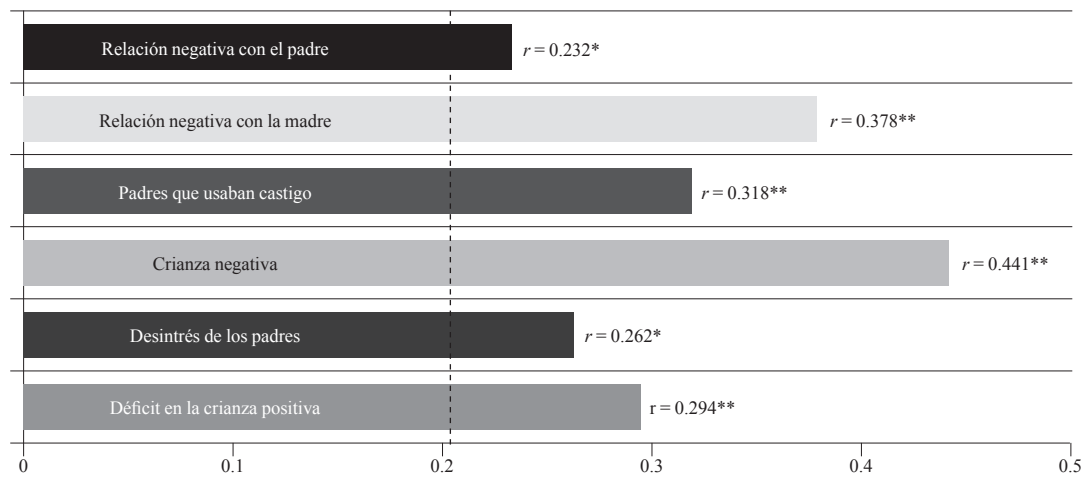


Figura 2. Correlaciones entre la ansiedad rasgo y las prácticas de crianza.

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

ansiedad estado, sin que alcanzaran niveles de significancia estadística.

Una posible explicación para este resultado es que las condiciones de cercanía y apoyo durante la crianza hayan limitado el desarrollo de otros recursos personales para hacer frente a situaciones amenazantes o retadoras por sí mismas, lo que de acuerdo con Moos y Holahan (2007) es promotor de la resiliencia a situaciones estresantes, tal como se requiere en el caso de un embarazo y como al parecer desarrollaron las embarazadas que no contaron con dicho apoyo. Así, cabe la posibilidad de un efecto benéfico derivado de aspectos como no contar de manera incondicional con elementos de apoyo y de reconocimiento, lo cual fuerza a la persona a desarrollar otras estrategias para solucio-

nar problemas y reafirmarse. Al parecer, más que negar acontecimientos emocionalmente negativos (Sapira et ál., 1971), las mujeres con trastornos hipertensivos del embarazo tienden a adaptarse poco a los estresores al contar con menores estrategias de afrontamiento, coincidiendo con la propuesta de Leeners et ál. (2007), especialmente las dirigidas a contender con situaciones fuera de su control, como la resignación, la aceptación y el análisis lógico. Esto puede resultar pertinente, especialmente, bajo condiciones sociales difíciles. El estado de México fue el que hasta el 2006 (último año reportado) tenía la mayor incidencia de violencia en mujeres casadas o unidas en todas sus formas: emocional, física, económica y sexual, por parte de su pareja, y que en total de incidentes es más del doble del siguiente

estado con mayor violencia (Inegi, 2011). Sin embargo, es necesario llevar a cabo más estudios en esta línea, ya que los resultados obtenidos en esta población no pueden considerarse concluyentes.

En cuanto a los tipos de ansiedad, a pesar de que no se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, en el grupo con EHE se puede observar un puntaje ligeramente mayor en ansiedad estado. Esto concuerda con la idea de que los incrementos de estrés durante el embarazo se relacionan con la ocurrencia de trastornos hipertensivos (Da Costa et ál., 1999; Leeners et ál., 2007). Sin embargo, con respecto a este grupo, cabe recordar que si bien a un 34.2% de las participantes se les entrevistó durante el embarazo cuando tenían ya síntomas, o incluso el diagnóstico de algún trastorno hipertensivo, hubo otro 31.6% a quienes se les entrevistó posteriormente al parto, mientras se encontraban hospitalizadas, y un 34.2% a quienes se les entrevistó antes de que presentaran la enfermedad hipertensiva. Si bien no hubo diferencias significativas en ansiedad rasgo, las diferencias fueron notablemente altas y estadísticamente significativas en ansiedad estado por parte del grupo diagnosticado, mientras que la ansiedad rasgo fue más alta en el grupo entrevistado posparto. Lo anterior apoyaría los hallazgos del impacto en angustia y ausentismo que genera el diagnóstico por sí mismo (Alderman & Lamport, 1990; Melamed et ál., 1997). La tendencia a valores altos en ansiedad rasgo podría responder a las asociaciones que se han encontrado en la ausencia de reducción de sintomatología ansiosa al final del embarazo como indicador de desórdenes metabólicos, incluyendo la hiperreactividad simpática (Qiu et ál., 2009); sin embargo, no se hizo una exploración específica de esta posibilidad, por lo que los resultados sobre ansiedad estado en este grupo deben considerarse con reservas.

Por otro lado, la ansiedad rasgo se asoció directamente con las prácticas de crianza negativas, por lo que en este caso, aunque las participantes hipertensas experimentaron menos situaciones estresantes durante la niñez, y se mostraron menos aprensivas que las participantes sanas, tuvieron los mayores valores de entre los grupos en ansiedad

estado, fortaleciendo la posibilidad de una relación compleja con los estilos de afrontamiento.

Grupo con otros padecimientos

En contraste con el grupo de EHE, el grupo con otros padecimientos mostró un puntaje mayor estadísticamente significativo en el estilo de afrontamiento de aceptación o resignación. Considerando que un mayor número de mujeres de este grupo presentaba los padecimientos antes del embarazo, es probable que se hayan informado más acerca de sus condiciones de salud y hayan tenido mayor oportunidad de expresarlas a alguna persona cercana y que ya no resultara impactante la situación de pérdida de la salud. De esta manera, podemos suponer que se encontraban más conscientes acerca de los riesgos que implicaba el embarazo, y por ende mostraban una mayor aceptación. Esto explica la correlación negativa entre la aceptación o resignación y ambos tipos de ansiedad, puesto que en el grupo con otros padecimientos, las participantes tuvieron los puntajes más bajos tanto en ansiedad rasgo como en estado, aunque no fueron estadísticamente significativos. Así, el diagnóstico no representaría un estresor al inicio del embarazo y podría haber favorecido la reducción de corticoesteroides esperables hacia el término (Glynn et ál., 2008).

Grupo de embarazadas sanas

Contrariamente a lo que se esperaba, el grupo de mujeres embarazadas sanas obtuvo un puntaje significativamente mayor en la relación negativa con el padre. Esto difiere de los hallazgos de Leeners et ál. (2006), en los cuales la falta de involucramiento del padre se relacionó con el desarrollo de EHE. Sin embargo, en este caso, es posible que la falta de apoyo y cercanía del padre durante la niñez, haya brindado recursos para enfrentar problemas posteriores, lo cual resultó benéfico para la salud a largo plazo, especialmente al considerar la situación de violencia de pareja del estado (Inegi 2009/2011). En general, estas participantes refirieron las condiciones de crianza más desfavorables durante la niñez. En este sentido, tal como lo plantean Moos

y Holahan (2007), el afrontamiento exitoso ante situaciones estresantes vividas durante la niñez, probablemente reforzó los recursos personales y generó en consecuencia procesos de resiliencia, los cuales pueden estar reflejados en la salud.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad rasgo; sin embargo, las participantes sanas obtuvieron un puntaje ligeramente mayor en comparación con los otros grupos, lo cual puede deberse a las prácticas de crianza deficientes. De hecho, las correlaciones indicaron una asociación positiva estadísticamente significativa entre la ansiedad rasgo y este tipo de prácticas.

El hecho de que las mujeres embarazadas sanas hayan presentado las prácticas de crianza más deficientes, resulta diferente a lo documentado por Repetti et ál. (2002), en cuanto a la asociación entre la carencia de relaciones positivas con los padres y los trastornos en los sistemas de regulación biológica de respuestas del estrés que conllevan enfermedades como la hipertensión. Por otra parte, es importante considerar que las participantes fueron mujeres relativamente jóvenes, por lo que quizás aún no manifestaban ningún padecimiento, sin que pueda descartarse todavía la posibilidad de que lo desarrollen años más tarde.

Considerando lo anterior respecto al grupo de embarazadas sanas, se sugiere una vinculación con el concepto de resiliencia, puesto que ante situaciones adversas como la falta de calidez en la familia, especialmente paterna, y las carencias socioeconómicas, estas personas han podido superponerse a las dificultades y han tenido una adaptación favorable, lo cual se refleja en su salud. Por lo tanto, se concuerda con las ideas de Cummings et ál. (2000) en cuanto a que los factores protectores no son necesariamente agradables o deseables, sino que en muchas ocasiones son estresantes. En este sentido, si bien se da por hecho que las condiciones de privación específica únicamente vulneran, sería importante dirigir la atención hacia otras posibilidades en la salud física y psicológica ante condiciones culturalmente vulnerantes del entorno, como puede ser el papel del apoyo de redes sociales de pares, maestros u otras figuras relevantes que no se exploraron en el presente trabajo.

Conclusiones y recomendaciones

De acuerdo con los resultados, se encontraron diferencias en las prácticas de crianza, los estilos de afrontamiento y el tipo de ansiedad en los tres grupos evaluados. Dado que las prácticas de crianza deficientes correlacionaron negativamente con los estilos de afrontamiento, y positivamente con la ansiedad rasgo y estado, se infiere que, en cuanto a los aspectos psicológicos, las enfermedades hipertensivas del embarazo pueden tener sus orígenes en la niñez como formas de respuesta ante el estrés sostenido; sin embargo, su manifestación posterior en la edad adulta requiere un mayor número de investigaciones para determinar el papel del cuidado parental en el desarrollo de las EHE y someter a prueba estas inferencias, especialmente en contextos en donde hay vulnerabilidad a violencia de pareja.

Lo ideal para futuras investigaciones sería realizar estudios longitudinales en los que se evalúen diferentes etapas de la vida desde la infancia hasta la edad adulta, prestando especial atención a lo que ocurre durante el periodo de gestación y a la calidad de la relación parental y de pareja. Asimismo, se sugiere evaluar a un mayor número de participantes, someter a prueba la hipótesis de la resiliencia, y comparar los distintos tipos de trastornos hipertensivos. Al ser el afrontamiento al estrés una variable proximal, podría dar pie a intervenciones psicológicas que tengan por objetivo mejorar las aproximaciones hacia la prevención y el tratamiento de las enfermedades hipertensivas del embarazo.

Es recomendable que ante los casos de padecimientos del embarazo se ofrezca atención psicológica para aminorar los efectos de ansiedad estado derivados del diagnóstico, que fue el rasgo más notable en las embarazadas con enfermedades hipertensivas del embarazo y verificar, aun en las sanas, las condiciones que pueden estar manteniendo los altos niveles de ansiedad rasgo, probablemente derivados del desarrollo de atención focalizada a posibles amenazas desde una infancia que transcurrió con estresores importantes durante la crianza.

Referencias

- Alderman, M. H. & Lamport, B. (1990). Labelling of hypertensives: a review of the data. *Journal of Clinical Epidemiology*, 43, 195-200.
- Aduna, A. (1998). *Afrontamiento, apoyo social y solución de problemas en estudiantes universitarios: Un estudio experimental*. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Ball, S., Goddard, A. & Shekhar, A. (2002). Evaluating and treating anxiety disorders in medical settings. *Journal of Postgraduate Medicine*, 48, 317. Recuperado el 16 de abril de 2013, de <http://www.jpgmonline.com/text.asp?2002/48/4/317/67>
- Brady, S. S. & Matthews, K. (2006). Chronic stress influences ambulatory blood pressure in adolescents. *Annals of Behavioral Medicine*, 31 (1), 80-88.
- Cummings, E. M., Davies, P. T. & Campbell, S.B. (2000). Complex patterns of influence: Risk and protective factors. En E. M. Cummings, P. T. Davies & S. B. Campbell (Eds.), *Developmental psychopathology and family process: Theory, research and clinical implications* (pp. 124-151). New York: The Guilford Press.
- Da Costa, D., Larouche, M. D., Dritsa, M. & Brender, W. (1999). Variations in stress levels over the course of pregnancy: factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (6), 609-621.
- Domínguez, B., Valderrama, P., Olvera, Y., Pérez, S. L., Cruz, A. & González, L. M. (Eds.) (2002). *Manual para el taller teórico-práctico de manejo de estrés*. México: Plaza y Valdés.
- Flórez-Alarcón, L. E. (1998). *Análisis experimental del impacto psicobiológico de un programa de atención psicológica a maternas con preeclampsia*. Tesis doctoral, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-Unicef (2008). *Estado mundial de la infancia 2009: Salud materna y neonatal*. Recuperado el 5 de junio de 2009, de www.unicef.org/spanish/sowc09/report.php
- Glynn, L., Dunkel, C., Hobel, C. & Sandman, C. (2008). Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth. *Health Psychology*, 27 (1), 43-51
- Herbert, T. B. & Cohen, S. (1993). Stress and immunity in humans: a meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 55 (4), 364-379.
- Hernández, R., Fernández-Collado, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ª ed). México: McGraw Hill.
- Huizink, A., Mulder, E., Robles de Medina, P., Visser, G. & Buitelaar, J. (2004). *Early human development*, 79, 81-91.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía-Inegi (2009/2011). *Violencia en los hogares: mujeres de 16 años y más casadas o unidas, por entidad federativa según condición y tipo de violencia por parte de su pareja en los últimos doce meses, 2006*. Recuperado el 10 de febrero de 2012, de <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=mvio47&s=est&c=26521>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía-Inegi (2011). *Defunciones maternas por año de registro según entidad y municipio*. Recuperado el 10 de febrero de 2012, de http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=11144
- Instituto Mexicano del Seguro Social-IMSS (2007). *La preeclampsia, primera causa de mortalidad materna en el país* (Comunicado No. 395). Coordinación de Comunicación Social. Recuperado el 6 de junio de 2009, de <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/20222E0D-ABBF-4602-9AE7-813D006F0DB2/0/Com395.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Pública-INSP (julio 2006). *Preeclampsia/eclampsia. Boletín de práctica médica efectiva*. Recuperado el 5 de junio de 2009, de http://www.insp.mx/portal/centros/ciss/nls/boletines/PME_06.pdf
- Istvan, J. (1986). Stress, anxiety and birth outcomes: A critical review of the evidence. *Psychological Bulletin*, 100 (3), 331-348.
- Jurado, S. (2002). *Génesis, sintomatología y tratamiento del trastorno de pánico en población del D.F.* Tesis doctoral, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Kaplan, N. M. (2002). *Kaplan's clinical hypertension* (8ª ed., pp. 56-135). Philadelphia: Lippincott Williams y Wilkins.

- Karam, M. A., Bustamante, P., Campuzano M. & Camarena, A. (2007). Aspectos sociales de la mortalidad materna: Estudio de caso en el Estado de México. *Medicina Social*, 2 (4), 205-211.
- King, A. C., Taylor, C. B., Albright, C. A. & Haskell, W. L. (1990). The relationship between repressive and defensive coping styles and blood pressure responses in healthy, middle-aged men and women. *Journal of Psychosomatic Research*, 34 (4), 461-471.
- Leeners, B., Neumaier-Wagner, P., Kuse, S., Irawan, C., Imthurn, B. & Rath, W. (2006). Family stability during childhood and the risk to develop hypertensive diseases in pregnancy. *Early Human Development*, 82, 441-446.
- Leeners, B., Neumaier-Wagner, P., Kuse, S., Stiller, R. & Werner, R. (2007). Emotional stress and the risk to develop hypertensive diseases in pregnancy. *Hypertension in Pregnancy*, 26, 211-226.
- Lobel, M. (1994). Conceptualizations, measurement, and effects of prenatal maternal stress on birth outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, (3), 225-272.
- Matthews, K. A., Katholi, C. R., McCreath, H., Wholley, M. A., Williams, D. R., Zhu, S. et ál (2004). Blood pressure reactivity to psychological stress predicts hypertension in the CARDIA study. *Circulation*, 110, 74-78.
- McCoy, S. & Baldwin, K. (2009). Pharmacotherapeutic options for the treatment of preeclampsia. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 66 (4), 337-344.
- Melamed, S., Froom, P. & Greens, M. S. (1997). Hypertension and sickness absence: the role of perceived symptoms. *Journal of Behavioral Medicine*, 20 (5), 473-487.
- Moos, R. H., Cronkite, R. C., Billings, A. G. & Finney, J. W. (1986). *Health and daily living form manual*. Palo Alto: California: Social Ecology Laboratory, Department of Psychiatry and Behavioral Science. Veterans Administration and Stanford University Medical Center.
- Moos, R. H. & Holahan, C. J. (2007). Adaptive tasks and methods of coping with illness and disability. En E. Martz, H. Livneh y B.A Wright (Eds.), *Coping with chronic illness and disability: Theoretical, empirical and clinical aspects* (pp. 107-126). New York: Springer.
- Perkin, M. R., Bland, J. M., Peacock J. L. & Anderson, H. R. (1993). The effect of anxiety and depression during pregnancy on obstetric complications. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 100 (7), 629-634.
- Poland M. L., Giblin, P. T., Lucas, C. P. & Sokol, R. J. (1986). Psychological determinants of pregnancy-induced hypertension. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 5 (2), 85-92.
- Qiu, C., Williams, M., Calderon-Margalit, R., Cripe, S. & Sorensen, T. (2009). Preeclampsia risk in relation to maternal mood and anxiety disorders diagnosed before or during early pregnancy. *American Journal of hypertension*, 22 (4), 397-402.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E. & Seeman, T. E. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128 (2), 330-366.
- Riveros, A. (2007). *Valoración integral y factores de cambio en la hipertensión esencial reactiva*. Tesis doctoral, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Salvador-Moysén, J., Martínez-López, Y., Lechuga-Quiñones, A., Ruiz-Astorga, R. & Terrones-González, A. (2000). Situación psicosocial de las adolescentes y toxemias del embarazo. *Salud Pública de México*, 42, 99-105.
- Sánchez-Sosa, J. J. & Hernández-Guzmán, L. (1993). *Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento SEVIC*. México: UNAM.
- Sapira, J. D., Scheib, E. T., Moriarty, R. & Shapio, A. P. (1971). Differences in perception between hypertensive and normotensive populations. *Psychosomatic Medicine*, 33, 239-250.
- Secretaría de Salud-SS (2002). *Lineamiento técnico: prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia/eclampsia* (3ª ed.). Recuperado el 5 de junio de 2009, de www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/preeclampsia.pdf
- Secretaría de Salud-SS (2007a). *Prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia/ eclampsia. Lineamiento técnico* (4ª ed.). Recuperado el 20 de junio de 2010, de http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/sist_protec_social_salud2aed.pdf
- Secretaría de Salud-SS (2007b). *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: Construyendo alianzas para una mejor salud*. Recuperado

- el 6 de junio de 2009, de http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf
- Sherbourne, C., Kenneth, B., Wells, L. & Lewis, J. (1996). Functioning and well-being of patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, 213-218.
- Solomon, C.G. y Seely, E. W. (2004). Preeclampsia - Searching for the Cause. *The New England Journal of Medicine*, 350 (7), 641-642.
- Spielberger, C. D. & Díaz-Guerrero, R. (1975). *Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado IDARE*. México: Manual Moderno.
- Schwerdtfeger, A., Schmukle, S. C. & Egloff, B. (2005). Interactive effects of avoidant coping and parental hypertension on rate pressure product reactivity in women. *Annals of Behavioral Medicine*, 29 (2), 106-115.
- Vázquez, J. G. (2007). *Hipertensión arterial por preeclampsia-eclampsia*. México: Prado.

Fecha de recepción: 25 de noviembre de 2012
Fecha de aceptación: 6 de mayo de 2013