

201/116



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Psicología**

**CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD  
DEL PACIENTE CON HIPERTEN-  
SION ESENCIAL**

**T E S I S**

Para optar por el grado de:

**LICENCIADO EN PSICOLOGIA CLINICA**

**P r e s e n t a n :**

**María Teresa de Jesús Osorio Fuentes**

**Cecilia Soledad del Carmen Ríos Ibarra**

**México, 1986**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

## **INDICE**

<b>I.-</b>	<b>INTRODUCCION</b>	<b>1</b>
<b>II.-</b>	<b>MARCO TEORICO</b>	<b>4</b>
	1) Trastornos Psicósomáticos	4
	2) Hipertensión Arterial	14
	3) Revisión de la Literatura	22
	- Efectos del stress de laboratorio	26
	- Estudios con animales	27
	- Estudios con humanos	34
	- Efectos del stress ambiental	40
	- Personalidad e hipertensión	49
	- Estudios del papel de la ira y la hostilidad en el hipertenso	52
<b>III.-</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>78</b>
	1) Problema de investigación	78
	2) Justificación del problema	78
	3) Hipótesis	80
	4) Variables	83

5) Muestreo	87
6) Tipo de estudio	89
7) Tipo de diseño	89
8) Escenario	90
9) Instrumentos	90
10) Procedimiento	95
<b>IV.- RESULTADOS</b>	<b>99</b>
1) Programa de Frecuencias	99
2) Programa de Crosstabs	119
3) Programa ANOVA	126
4) Interpretación clínica de los perfiles promedio de cada grupo	129
<b>V.- ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS</b>	<b>135</b>
<b>VI.- CONCLUSIONES</b>	<b>140</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>146</b>

**APENDICES**

**166**

**a) Entrevista**

**b) Tablas**

## Introduccion

### I.- INTRODUCCION

La hipertensión arterial es un problema de salud pública que a nivel mundial afecta al 20% de la población adulta, y es un factor de riesgo importante en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, renales y cerebrovasculares, que pueden afectar la acción productiva de quienes la padecen o desembocar en la muerte.

Según datos citados en un reportaje aparecido en el periódico "El Financiero", del 28 de mayo de 1986, en México "sólo dos de cada diez capitalinos pueden considerarse libres de este tipo de padecimiento ... y ocupa el cuarto lugar como causa de muerte en el país".

En los casos de hipertensión, un pequeño porcentaje (alrededor de 15 a 20%), es causado por enfermedades renales, tumores en las glándulas adrenales, estrechamiento de la aorta, aldosteronismo primario; es decir, es secundario a otros padecimientos. En los

## Introducción

casos restantes la causa de la hipertensión es desconocida, y el desorden no se asocia con un agente infeccioso obvio o un desarreglo físico. Este tipo de hipertensión es denominada "primaria o esencial".

Al no haber una causa física que explique la aparición del padecimiento, se le ha considerado como un trastorno psicósomático, en el cual los factores emocionales pueden jugar un papel importante. Este punto de vista ha llevado a plantear diversas hipótesis como posibles causas de su aparición y desarrollo. Entre estas hipótesis, las que aparecen con un mayor número de adeptos son aquellas que dicen relación con ciertas características de personalidad; la forma en que el hipertenso maneja la expresión de sus impulsos hostiles; y con la presencia de relaciones parentales amenazantes, que podrían determinar una manera característica de reacción ante su medio físico y social.

Todo lo anteriormente expuesto nos llevó a plantearnos la interrogante de si los factores mencionados podrían ser detectados en una muestra de hipertensos mexicanos.

## Introducción

Nuestro interés en tratar de encontrar una respuesta a esto fue motivado por las perspectivas que tal conocimiento podría tener en la prevención, tratamiento y rehabilitación de la hipertensión esencial; esto es, que si los factores emocionales están incidiendo en la aparición y mantención de este trastorno, el psicólogo clínico tendría un importante papel que jugar en la detección de posibles candidatos a la hipertensión y de trabajar junto con el médico especialista para minimizar los efectos que el mal manejo de las emociones tiene sobre el padecimiento.

Por otra parte, aunque este estudio no pretende dar una respuesta única y generalizada, pensamos que puede abrir el camino a nuevas y más amplias investigaciones relacionadas con estos aspectos.

## II.- MARCO TEORICO

### 1) TRASTORNOS PSICOSOMATICOS

El término psicósomático se usa para describir la aproximación general que reconoce que los padecimientos físicos se dan dentro de un contexto psicológico y social, es decir, que los factores psicológicos y sociales podrían ser causa de enfermedades físicas.

Sin embargo, los límites del término no están claramente establecidos, ya que para algunos autores toda enfermedad debe ser considerada como psicósomática, y para otros debería aplicarse sólo a aquellos síntomas o síndromes funcionales que expresan emociones (un espasmo, un vértigo, algia y náusea). Una tercera aproximación considera a estos trastornos como verdaderas "enfermedades" (tuberculosis, asma, hipertensión), que expresan un estilo particular de personalidad (Ey<sup>24</sup>).

## Marco Teórico

Si se acepta esta última acepción del término, se hace necesario diferenciar las neurosis conversivas de las neurosis "vegetativas" o psicósomáticas (Alexander).

Alexander y Szasz<sup>1</sup>, en "Psiquiatría Dinámica", exponen las diferencias entre el síntoma de conversión histérica y los síntomas vegetativos. Consideran que el síntoma de conversión histérica corresponde a un mecanismo restringido al sistema neuromuscular voluntario y perceptivo, que expresa simbólicamente un conflicto inconsciente. En cambio, los síntomas vegetativos están bajo el control del sistema nervioso autónomo, y no son una expresión sustitutiva ni emociones reprimidas, sino el concomitante fisiológico normal del sistema. Aceptan que las respuestas vegetativas se vuelven crónicas al estar sometidas a estímulos emocionales continuos que provienen de conflictos sin resolver.

### Orígenes del concepto de trastorno psicósomático

La idea de que las perturbaciones emocionales están unidas a un exceso de actividad fisiológica, que puede

## Marco Teórico

producir enfermedades e incluso la muerte, ha sido manejada desde la antigüedad. En las culturas primitivas la medicina se hallaba ligada a la religión, y el sacerdote era el encargado de proporcionar salud y felicidad a los hombres, y de acumular las experiencias obtenidas por medio de pruebas y errores.

"En estos dos aspectos, el religioso y el empírico, encontramos las dos raíces, siempre paralelas de la medicina, postuladas por Masserman en 1955: la raíz mágica y la racional. La reunión de estas dos raíces implantadas en su contexto social forma la base de la medicina psicosomática de hoy" (Békei®).

Antes de la era cristiana, en Egipto el médico debía pasar por un entrenamiento religioso, que le proporcionaba el elemento mágico-sugestivo que le era necesario para llevar a cabo las curaciones; a su vez, este aspecto religioso era complementado con medidas prácticas: físicas y farmacológicas.

Más tarde, los griegos retomaron estas ideas y las elaboraron hasta un grado tal, que las formulaciones de Hipócrates dominaron el pensamiento médico occidental

## Marco Teórico

durante un largo período. Los sanatorios funcionaban en templos, donde los enfermos dormían y recibían tratamiento físico, apoyo moral y rehabilitación social, además participaban en actividades grupales durante las cuales la música, el teatro y las discusiones guiadas eran usadas como técnicas terapéuticas. También se realizaban sesiones individuales, en las que un filósofo escuchaba al paciente y le ayudaba a resolver sus problemas.

Con base en la experiencia obtenida en los templos - sanatorios, se crearon más tarde las escuelas médicas de Grecia, relativamente independientes del sacerdocio. De una de estas escuelas proviene Hipócrates, el más eminente representante de la medicina helénica. Según su teoría humoral, la salud, la enfermedad, el temperamento y el carácter dependen de los cuatro humores cardinales del cuerpo: sangre, linfa, bilis negra y bilis amarilla; dependiendo del humor predominante, el temperamento será sanguíneo, flemático, melancólico o colérico respectivamente, marcando esto una predisposición a distintas enfermedades.

## Marco Teórico

Galeno, médico griego, amplió y completó las doctrinas hipocráticas y las llevó a Roma en el siglo II A.C. Sus escritos formaron la base de la ciencia médica no religiosa durante toda la Edad Media.

Con la aparición del cristianismo desapareció la raíz racional de la medicina y sólo persistió la mágica, que curaba por medio de la fe. Sin embargo, la teoría humoral de Hipócrates, transmitida por Galeno, fue el único puente de unión entre la medicina antigua y la moderna.

Las ideas más tolerantes del Renacimiento que hicieron posible la autopsia y el estudio de los detalles del cuerpo humano, relegaron la doctrina hipocrática dando lugar a conceptos etiológicos más realistas, pero a la vez más localistas.

Virchow, el representante más importante de la patología celular, aseguraba que no había enfermedades generales, sino sólo la de los órganos.

Pero la búsqueda de las causas de las enfermedades no tuvo un éxito total y no pudieron ser explicadas

## Marco Teórico

aquellas que el microscopio no detectaba. Más tarde, se pensó que ciertas disfunciones orgánicas podrían ser el resultado de fallas funcionales producidas por una tensión emocional, es decir, la disfunción era causa y no consecuencia de la lesión orgánica. Sin embargo, el mecanismo psíquico que perturbaba la función no pudo ser explorado hasta que la psicología desarrolló, a fines del siglo pasado, su propia metodología científica para estudiar los procesos psicológicos.

En esta época surgió Freud, quien a partir de su teoría y técnica psicoanalítica, planteó la estructura del sistema psíquico y bosquejó su funcionamiento, abriendo el camino para la comprensión de los trastornos histéricos o conversivos y psicósomáticos.

Freud, a través de sus investigaciones, comprobó la existencia de una unidad psicofísica, es decir, la interconexión entre lo que se conoce como "mente" y el cuerpo. Al observar el papel que juegan las emociones (vida instintiva) en la conducta normal y patológica, elaboró un esquema del desarrollo total del individuo, desde la infancia hasta la madurez, y propuso que el Yo es ante todo un Yo "corporal", que nace de las primeras

**Marco Teorico**

sensaciones y manifestaciones corporales de placer y malestar, ya que el niño no sólo percibe su cuerpo a través de la visión, sino que además percibe las sensaciones que surgen de éste. Entre estas sensaciones el dolor juega un papel importante, ya que el niño no puede evitarlo por sí solo.

De aquí se desprende la importancia de la calidad de la alimentación, el cuidado y la protección maternal en el desarrollo de los trastornos psicósomáticos. De las experiencias de tales situaciones se van a desarrollar los patrones emocionales predominantes de búsqueda y obtención de satisfacción, y los medios de expresión de la frustración, privación, dependencia, amor y odio.

El psicoanálisis ha dado origen a la importante escuela médica conocida como medicina psicósomática. Los estudios psicósomáticos se remontan a 1910 con Grodeck, contemporáneo de Freud. Este investigador creyó que la tendencia innata del hombre a simbolizar era la clave para comprender el sentido de los síntomas en general y el eslabón principal en la conexión psique-soma. Sus ideas despertaron gran resistencia, ya que no tuvo en cuenta que la explicación del sentido simbólico de un

## Marco Teórico

sintoma es un dato singular, no generalizable. Además, no percibió que el sentido y la causa de un trastorno no se excluyen sino que se complementan, y trató de contraponer ambos aspectos.

Tres escuelas se han distinguido en las investigaciones psicosomáticas modernas. La americana de inspiración psicoanalítica, cuyos representantes son: Alexander, Dunbar, Weiss, English, Cobb, Deutsch, Greenker, Spiegel, etc.; la rusa de inspiración reflexológica, cuyo representante más importante es Bykovi y la escuela alemana de inspiración biológico-filosófica, representada por O. Shwartz, Von Krehl, Von Weizsacker y Von Bergman.

En las últimas décadas no se discute que ciertas enfermedades se vean influidas por perturbaciones emocionales.

Cannon<sup>12</sup>, investigó a conciencia las manifestaciones somáticas concomitantes a los cambios de emoción y motivación. Cuando una persona se ve expuesta a un stress desusado, sea de procedencia interna o externa, es probable que se prepare fisiológicamente, sea para

**Marco Teórico**

huir o para pelear; según Cannon, tal preparación está mediada por las glándulas suprarrenales y el sistema nervioso vegetativo. Dado que este último también regula el equilibrio de los órganos internos y de la piel, inevitablemente participan estos en toda preparación para una emergencia. Los efectos son muy variados y diseminados debido a la distribución anatómica y al funcionamiento fisiológico del sistema. Si es posible, la acción directa (agresión ante la ira, huida ante el miedo) se disipa y consume la energía movilizada en las reacciones viscerales; por el contrario, si no hay salida posible (expresión o acción), los cambios viscerales persistirán. Esta tensión visceral, al no tener alivio en la acción, produce una amplia gama de alteraciones fisiológicas que, si ocurren repetidas veces y sobrepasan los límites normales, se vuelven patológicas y producen trastornos psicosomáticos.

Por otra parte, Alexander<sup>1</sup>, exponente de las ideas que se han desarrollado en investigaciones sobre enfermedades psicosomáticas en el Instituto de Psicoanálisis de Chicago, sostiene que los estados emocionales no se expresan sólo en un comportamiento

**Marco Teórico**

externo, sino que los procesos fisiológicos internos también responden a cada estado emocional mediante el mecanismo de adaptación, lo cual coincide con lo expuesto por Cannon<sup>10</sup>.

Alexander<sup>4</sup> describe las constelaciones psicodinámicas típicas que se dan en diferentes padecimientos orgánicos, y hace hincapié además en la importancia de los factores cuantitativos (psíquico-económicos) como determinantes en el desarrollo de diversos síndromes.

La publicación de Dunbar<sup>20</sup> en 1935, dio impulso a las investigaciones que trataban de encontrar relaciones entre emoción y enfermedad. Este autor intentó establecer que a cada trastorno psicósomático correspondía un patrón específico de personalidad. Este planteamiento abrió el camino a numerosas investigaciones en psicósomática.

Lo postulado por Alexander, Dunbar y otros ha suscitado una polémica aún vigente, debido a que los resultados de las investigaciones han sido controversiales.

## 2) HIPERTENSION ARTERIAL

La presión sanguínea es una de las constantes indispensables en las funciones de transporte y de nutrición de los tejidos; como es dinámica, cambia según los requerimientos homeostáticos y se adapta a las demandas metabólicas. Sin embargo, si estas desviaciones caen fuera de ciertos límites, son desfavorables, y un aumento considerable y sostenido resulta patológico. La presión arterial representa la fuerza que se ejerce sobre un área determinada de la arteria en un momento del ciclo cardíaco. Por esto, es posible encontrar diferencias según el sector vascular en que se mida, lo que conduce a especificar el lugar en que se ha determinado; por lo general se mide en el brazo (Dra. Escudero y Méndez<sup>24</sup>).

La presión arterial está determinada por el gasto cardíaco y la resistencia periférica total de la corriente sanguínea, a esto se agrega la elasticidad vascular, la viscosidad y el volumen sanguíneo.

La regulación neural de la presión arterial involucra

**Marco Teorico**

al sistema nervioso simpático, cuyo centro cardiocirculatorio localizado en el bulbo raquídeo se interrelaciona estrechamente con el hipotálamo y la corteza cerebral.

En la medida en que la presión arterial se eleva, se inicia una acción reguladora a cargo de los barorreceptores, que son sensitivos receptores de la presión arterial, localizados en la arteria carótida y en el arco de la aorta, que estimulan una acción central que lentifica la velocidad del corazón y reduce la resistencia vascular periférica.

Mc.Cubbin, Green y Page<sup>24</sup> demostraron que el rango y umbral de los barorreceptores están alterados en la hipertensión crónica y que llegan a ser menos sensitivos a los cambios de la presión arterial.

Otro aspecto a considerar es el papel de las catecolaminas (dopamina, adrenalina y noradrenalina), que son los neurotransmisores del sistema nervioso simpático, que se sintetizan en la médula suprarrenal y en la unión neuroefectora, se acumulan en las terminaciones nerviosas postganglionares y se liberan

**Marco Teórico**

ante estímulos nerviosos o por la acción de ciertas drogas que actúan a nivel simpático. En el sistema nervioso simpático existen dos tipos de receptores: los alfa, ubicados en los vasos de la piel, riñones e hígado y los receptores beta, principalmente en el corazón y bronquios, además de en intestinos, vejiga y uréter. La adrenalina actúa sobre los receptores alfa (de vasoconstricción) y beta (de vasodilatación); la noradrenalina actúa principalmente en alfa. Así, el nivel de las catecolaminas influirá en los cambios de la presión arterial.

Además debe considerarse la acción del sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona, en el que intervienen el hígado, los riñones y la corteza suprarrenal, dando como resultado una retención de sodio y agua que incrementa la presión arterial.

A partir del año 1962, la Organización Mundial de la Salud ha definido la Hipertensión Arterial como "una elevación sostenida de la presión sanguínea en niveles mayores a 160/95 mm Hg de presión sistólica y diastólica respectivamente". Por otra parte, las lecturas alrededor de 120/80 mm Hg se consideran

**Marco Teórico**

normales. Las cifras que fluctúan entre estos dos niveles se definen como Hipertensión Limitrofe.

La hipertensión arterial es uno de los más importantes desórdenes crónicos que amenazan la vida del individuo en la época actual, y es un importante factor de riesgo para otras enfermedades (ver Introducción).

Entre el 10 y 20 % de los casos totales, la hipertensión es la manifestación de un proceso patológico bien identificado tal como: enfermedades renales, renovasculares, endocrinológicas, neurogónicas, inmunológicas y obstrucciones mecánicas de la aorta. Esta es la llamada Hipertensión Secundaria, que si se corrige antes de que haya trastornado los mecanismos de modulación tensional, desaparece (Kaplan<sup>22</sup>; Escudero y Méndez<sup>23</sup>).

En el 80 % de los casos restantes, la hipertensión no tiene una causa conocida, es decir, el desorden no está asociado con un agente infeccioso o un desarreglo físico; esta forma se conoce como Hipertensión Esencial Primaria o Ideopática.

## Marco Teórico

En las elevaciones de la presión sanguínea pueden incidir una serie de factores tanto internos como externos. Chiang et al<sup>17</sup>; Pickering<sup>22</sup>, afirman que el sobrepeso predispone a la hipertensión arterial. El exceso en la ingesta de sodio favorece o agrava la hipertensión arterial (Kaplan<sup>23</sup>; Amery et al<sup>24</sup>). También se han estudiado los efectos del alto consumo de cafeína y alcohol sobre la hipertensión arterial, y se plantea que existe una relación entre estos factores y las elevaciones de la presión. Por otra parte, también se ha observado que hay un mayor número de hipertensos entre los fumadores.

Además de los factores ya mencionados, se ha hablado de la influencia del stress, la historia familiar de hipertensión, la calidad de las relaciones parentales y de ciertos rasgos de personalidad. Estos aspectos serán tratados más ampliamente en el transcurso de nuestro trabajo.

### Diagnóstico de la Hipertensión Arterial

El diagnóstico de la hipertensión arterial se establece

**Marco Teórico**

al encontrar niveles de presión arterial superiores a los normales. Esta medida se obtiene con el sujeto en posición decúbito dorsal. Para confirmar el diagnóstico, se deben efectuar tres lecturas con un intervalo de una semana entre cada una de ellas. Sin embargo, si en una sola lectura el paciente presenta una presión diastólica de 110 o más, ésta debe ser considerada como hipertensión arterial y se debe iniciar el tratamiento médico.

Una vez realizado el correcto diagnóstico de hipertensión arterial, el estudio del hipertenso tiene dos objetivos: tratar de identificar la etiología del padecimiento y conocer la repercusión de la hipertensión arterial en el organismo.

Para determinar si la hipertensión es secundaria o esencial, se requieren una serie de estudios de laboratorio entre los que se pueden mencionar: biometría hemática; química sanguínea; examen general de orina; perfil de lípidos; electrocardiograma; radiografía de tórax.

Si estos estudios resultan normales o negativos, se

## Marco Teorico

puede considerar la presencia de hipertensión primaria o esencial. Por el contrario, si alguno de los exámenes da resultados positivos, sería conveniente realizar otros estudios más sofisticados como el perfil renal de medicina nuclear, la radioangiografía renal isotópica, arteriografía renal bilateral selectiva y aortografía abdominal. En algunos casos especiales, se lleva a cabo la zonografía renal o la tomografía axial computarizada.

Todos estos recursos están encaminados a realizar un diagnóstico etiológico más adecuado y con ello, poder ofrecer un tratamiento médico más racional y certero, a fin de disminuir la morbimortalidad que ocasiona esta enfermedad.

## Sintomatología

La sintomatología del paciente hipertenso esencial es muy variable. Cuando es típica, existen algunas manifestaciones del llamado síndrome vasoconostrictivo, tales como cefalalgia, especialmente en la madrugada o en las primeras horas de la mañana, mareo,

## Marco Teórico

lipotimias, fotopsias, fosfenos, hemianopsia, o diplopia, acúfenos, epistaxis, dolor precordial inespecífico, palpitaciones y parestesias o calambres en las extremidades. Excepcionalmente coinciden todas ellas en el mismo paciente. En muchos pacientes es difícil diagnosticar la enfermedad, puesto que no presentan ninguna sintomatología. En algunos tipos de hipertensión arterial consecutiva a alguna patología específica, pueden presentar síntomas relacionados con dicha patología.

## Tratamiento

Para que el tratamiento tenga resultados positivos, el paciente debe tener claro que su padecimiento es permanente y que debe seguir las indicaciones del médico en lo que dice relación con el peso, dieta alimentaria baja en sodio, ejercicio físico programado, adecuada organización de su vida diaria, tratamiento farmacológico y controles médicos periódicos.

El tratamiento farmacológico se hace con base en: diuréticos; bloqueadores simpáticos; vasodilatadores;

## Marco Teórico

antagonistas del calcio; bloqueadores de la enzima convertasa; inhibidores de la serotonina. El médico tratante determina cual es el tratamiento más adecuado para cada paciente, teniendo en cuenta las contraindicaciones y los efectos colaterales de los fármacos en cuestión.

Según el criterio médico, si el paciente sigue en forma adecuada las indicaciones del tratamiento, podrá realizar sus actividades cotidianas sin grandes limitaciones.

### 3) REVISION DE LA LITERATURA

Nuestra revisión pretende dar una visión general y sistemática de aquellas variables que desde hace largo tiempo se consideran como factores importantes en el inicio, desarrollo y mantención de la hipertensión esencial. Por lo tanto, nos centraremos en aquellas investigaciones que examinan el papel del stress y los rasgos de personalidad en la hipertensión.

## Marco Teórico

De acuerdo a Glock y Lennard<sup>20</sup>, el stress se refiere a un evento o experiencia en la vida de un individuo que tiene consecuencias fisiológicas específicas. Estos eventos dan como resultado una alteración en el equilibrio del organismo.

A pesar de que no existe una fuerte evidencia de que el stress cause hipertensión, ciertos sucesos traumáticos han sido relacionados con elevaciones de la presión sanguínea.

De la literatura revisada, emerge que el stress y la hipertensión están relacionados a través del sistema nervioso autónomo.

Lo que se conoce acerca de los correlatos fisiológicos de la hipertensión es consistente con la aproximación psicósomática a este trastorno.

Shapiro<sup>21</sup> y otros autores han sugerido que probablemente existe una cadena de eventos que se inicia a partir del stress emocional y finaliza con un trastorno hipertensivo. Los eslabones intermedios de esta cadena parecen estar dados por un incremento en la

## Marco Teorico

producción de noradrenalina por el sistema nervioso simpático, con la consecuente vaso-constricción renal y el incremento en la salida de renina. Es probable que este incremento se transforme en angiotensina II, que estimula la corteza adrenal produciendo aldosterona, lo que lleva a una marcada retención de sodio.

Lighth et al<sup>10</sup> expusieron a sujetos clasificados como de alto y bajo riesgo de hipertensión, a situaciones tanto estresantes como no estresantes y concluyeron que la exposición a tareas mentales competitivas redujo significativamente el sodio urinario y el flujo excretado en los sujetos de alto riesgo. El grado de retención estaba relacionado directamente con la magnitud del incremento de la tasa cardiaca durante el stress, lo que sugiere una mediación común a través del sistema nervioso simpático.

Algunos autores han planteado la existencia de similitudes entre las elevaciones transitorias de la hipertensión limitrofe y aquellas que se presentan durante el stress. Ambas involucran un incremento de la actividad cardiaca, están acompañadas de la reducción de la sensibilidad de los barorreceptores y

## Marco Teorico

están mediadas por mecanismos neurales. Se ha propuesto, entonces, una vía fisiológica de transición de la hipertensión limitrofe a la establecida (Julius y Esler<sup>20</sup>; Goldstein et al<sup>21</sup>).

Estos cambios en la actividad fisiológica han dado origen a la hipótesis de que el stress persistente provoca cambios estructurales a nivel de los barorreceptores, lo que resulta en una hipertensión establecida.

En esta misma línea, Guyton<sup>22</sup> sostiene que un mecanismo de primera importancia en la hipertensión es la regulación del volumen de la sangre por los riñones. Según esto, los mecanismos que regulan la presión de la sangre (renina-angiotensina, sistema nervioso simpático) serían eventualmente sobrepasados por los ajustes en el volumen sanguíneo.

Por su parte, Genest<sup>23</sup> hipotetizó que factores emocionales pueden exacerbar la hipertensión en individuos con hiper-reactividad arteriolar a ciertas sustancias que normalmente causan vasoconstricción, incluyendo la epinefrina y la angiotensina.

## Marco Teorico

Los estudios citados hasta aqui aclaran la compatibilidad de la aproximación psicósomática con la hipertensión esencial.

### Efectos del Stress de laboratorio en la presión sanguínea

Los estudios de laboratorio generalmente usan un estímulo simple para inducir cambios en los estados psicológicos del organismo. Los concomitantes fisiológicos de estos cambios psicológicos sirven como las variables dependientes. Lo que se persigue es generar un modelo de hipertensión inducida por stress.

Los primeros estudios en este campo adolecían de fallas metodológicas que atentaban contra la validez de los resultados obtenidos.

Elevaciones de la presión sanguínea han sido reportadas en varias especies, y una variedad de procedimientos de condicionamiento han sido usados para lograrlo.

## Marco Teórico

### Estudios con animales

Medoff y Bongiovanni<sup>29</sup> produjeron hipertensión en ratas, sometiénolas a ráfagas de aire durante 10 minutos al día. Después de 400 días, el 61% de los animales experimentales eran hipertensos, y sólo el 19% de los sujetos del grupo de control presentaban este padecimiento. Sin embargo, esta investigación tuvo muchas fallas de control, debido a que las ratas fueron anestesiadas mientras se les tomaba la presión sanguínea y, a que algunos animales murieron durante el experimento. Hudack y Buckley<sup>30</sup>, utilizando procedimientos extremadamente estresantes (ráfagas de luz, 100 decibeles de estimulación auditiva), también produjeron hipertensión en ratas, no obstante, este estudio adolece de fallas semejantes al anterior.

En su artículo, Simonson y Brozek<sup>31</sup> reportan una serie de estudios en los cuales el establecimiento de la neurosis experimental fue acompañada por el comienzo de la hipertensión, a pesar de que ésta no fue generalmente estable.

**Marco Teorico**

Además, estos autores hacen referencia a los trabajos de los investigadores rusos, encaminados a la producción de hipertensión condicionada. Napalkov y Karas encontraron que estímulos fuertes, incondicionados (el disparo de una pistola), producían un incremento transitorio significativo de la presión sanguínea en perros.

Cuando señales condicionadas fueron asociadas con los estímulos incondicionados, se producía un incremento mayor de la presión sanguínea que con el estímulo incondicionado, que no era susceptible de extinción en la forma normal. Por otra parte, también mencionan el uso de la inyección de adrenalina como un estímulo incondicionado y el sonido como un estímulo condicionado que producen un alza en la presión sanguínea, así como otras características asociadas con la hipertensión esencial. Estas elevaciones no respondían a un conflicto o a stress doloroso, sino que representan una elevación farmacológica de la presión sanguínea.

En el organismo humano, esto podría significar que si estímulos previamente neutros se relacionaran

## Marco Teorico

temporalmente con un incremento de la secreción de adrenalina, este estímulo posiblemente adquiriera la propiedad de elevar la presión sanguínea.

Estudios con monos rhesus fueron realizados por Forsyth. En 1968, este investigador puso a los monos en un programa de evitación de Sidman, en el cual la presión de una palanca demoraba por 20 segundos la ocurrencia de un shock no señalado. Descubrió que intervalos más largos de trabajo y programas de respuestas más complejos se asociaban con mayores elevaciones de la presión. En 1969 usó la tarea de Sidman para demostrar elevaciones sostenidas en la presión de monos rhesus, por un periodo de 14 meses. En algunos monos, más de seis meses de trabajo en la tarea fueron necesarios antes de que ocurrieran las elevaciones.

Con respecto a los mecanismos fisiológicos que causan los cambios de presión durante el condicionamiento de evitación, incrementos significativos en la presión arterial media de los monos han mostrado estar mantenidos por un incremento en el flujo cardiaco, durante las primeras 4 horas de un programa de

**Marco Teorico**

evitación de Sidman de 72 horas (Forsyth<sup>20</sup>). Un incremento en la resistencia periférica total mediaba las elevaciones al final del programa. Al comienzo del programa, decreció el flujo sanguíneo renal, y se incrementó el flujo sanguíneo al corazón, hígado y músculos esqueléticos. Sin embargo, el flujo de sangre hacia los músculos esqueléticos decreció durante el periodo de evitación y permaneció a un nivel bajo en el riñón.

Entregando a baboons pellas de alimento e intervalos libres de shock, cuando la presión diastólica estaba por encima de niveles especificados, Harris et al<sup>21</sup> reportaron elevaciones de 30 mm Hg o más durante tareas de condicionamiento de 12 horas. Generalmente, dentro de las 6 u 8 horas después del condicionamiento, la presión retornaba a niveles normales.

Con un procedimiento similar, Goldstein et al<sup>22</sup> elevaron la presión de 6 baboons adultos. En este estudio se demostró que la sensibilidad barorreceptora se reducía notablemente al elevarse la presión.

Anderson y Brady<sup>23</sup> reportaron que la presión y la tasa

**Marco Teorico**

cardiaca se incrementan en perros durante una tarea de evitación de Sidman, y que la presión aumenta pero la tasa cardiaca disminuye en los periodos de preevitación. Anderson y Tosheff<sup>20</sup> determinaron que las elevaciones de la presión durante el periodo de preevitación fueron causadas por incrementos progresivos en la resistencia periférica. Sin embargo, al comienzo de la tarea de evitación, la resistencia periférica disminuyó y se incrementó el flujo cardiaco.

Langer y Obrist<sup>47</sup> compararon las consecuencias cardiovasculares y metabólicas producidas por un shock señalado y un ejercicio en la rueda de esfuerzo. Como se esperaba, ambos procedimientos incrementaron la presión sanguínea y el flujo cardiaco. Sin embargo, el shock señalado incrementó el flujo cardiaco por encima de los requerimientos metabólicos, esto es, hubo una extracción excesiva del oxígeno de la sangre, lo que no sucedió con el ejercicio en la rueda de esfuerzo. Es probable, entonces, que los cambios en la presión inducidos por el shock sean diferentes de los cambios inducidos por el ejercicio, en que los primeros resultan en una disociación entre el funcionamiento cardiovascular y los requerimientos metabólicos.

Otro procedimiento estresante ha sido el utilizado por Henry et al<sup>99</sup>. Ellos indujeron elevaciones en la presión sistólica en ratas. Los animales fueron primero puestos en aislamiento y más tarde expuestos a una vigorosa interacción social competitiva. El peso corporal no cambió con la interacción, pero la prolongada exposición a la situación competitiva no sólo causó elevaciones de la presión sistólica, que se mantuvieron al volver los sujetos al aislamiento, sino que también hubo incremento en la tasa cardíaca, degeneración del miocardio y arterioesclerosis.

Esler et al<sup>100</sup> demostraron que, niveles altos de renina, una enzima que, como ya se dijo, juega un papel importante en la producción del potente vaso constrictor angiotensina II, ha sido encontrada en algunos hipertensos.

En resumen, los estudios de laboratorio con animales demuestran que es posible producir elevaciones prolongadas de la presión con estímulos estresantes. Cuando estas elevaciones se mantienen por incrementos en el flujo cardíaco, hay evidencia de que son

## Marco Teórico

diferentes a las elevaciones de presión inducidas por el ejercicio. Específicamente, el incremento del flujo cardiaco demostró ser excesivo para las necesidades metabólicas cuando las elevaciones de la presión fueron inducidas por el stress. Igualmente, se demostró la importancia del papel de la resistencia periférica, en la medida en que la hipertensión se mantiene.

El modelo animal de hipertensión experimental psicosocial de Henry et al<sup>19</sup>, provee evidencia de que el daño cardiovascular estructural que resulta del stress de laboratorio, es similar al daño que ocurre después de un prolongado periodo de hipertensión. Además, se ha demostrado que el stress experimental conduce a un incremento de la renina. Niveles elevados de renina han sido encontrados en algunos casos de hipertensión leve en humanos, y ha sido asociado con casos en que existe hostilidad reprimida (Esler et al<sup>20</sup>).

## Marco Teorico

### Estudios con humanos

De la misma forma que los estudios realizados con animales en condiciones de laboratorio, algunos investigadores han utilizado sujetos humanos para determinar si el stress inducido experimentalmente provoca cambios en los niveles de presión sanguínea. Por otra parte, también se han investigado las diferencias que muestran en las respuestas fisiológicas, sujetos hipertensos y normotensos sometidos a stress inducido en estas mismas condiciones.

En un intento de explorar las diferencias fisiológicas que acompañan a estímulos diseñados para elicitir ira y miedo, Ax (cit. por Gambaro<sup>22</sup>) llevó a cabo un estudio en que el estímulo de la ira consistió en el comportamiento insultante de un ayudante del experimentador. El miedo fue estimulado mediante un shock gradual intermitente al dedo meñique; cuando el sujeto reportaba la sensación, el experimentador expresaba sorpresa, revisaba el equipo y decía que se había producido un corto circuito peligroso. Los resultados indicaron que las elevaciones de la presión

**Marco Teórico**

sanguínea diastólica, la tasa cardíaca, la respuesta galvánica de la piel y el incremento de la tensión muscular, fueron mayores para la condición de ira que para la de miedo. Los mismos sujetos participaron en ambas condiciones experimentales.

En otro estudio realizado por Schachter (cit. por Gambaro<sup>22</sup>), se intentó producir emociones de dolor, miedo e ira (en ese orden). Para la condición de dolor, los sujetos mantuvieron sus manos dentro de un cubo de agua helada (3° C) durante un minuto. Las otras condiciones fueron similares a las usadas por Ax. Las condiciones de dolor e ira elevaron significativamente la presión sanguínea diastólica y un incremento sistólico significativo acompañó a la condición de miedo.

Resultados similares a los de Schachter fueron obtenidos por Funkenstein, King y Drolette (1957), que indujeron la ira a través de tareas frustrantes (Gambaro<sup>22</sup>).

La técnica del presor frío en la que el sujeto sumerge la mano o el pie en agua helada (4 a 6° C) por un

## Marco Teorico

minuto, ha sido usada frecuentemente para evaluar la reactividad de la presión sanguínea, como variable dependiente. Los sujetos experimentan diversos grados de dolor, pero sin efectos enfermantes. Todos los sujetos muestran algún incremento en la presión.

Algunos investigadores piensan que las variables importantes con este presor frío son el tiempo de reacción y la tasa de recuperación, mientras que otros han usado los niveles de cambio a partir del nivel de reposo como una variable significativa. Esto es lo que se denomina reactividad.

Voudoukis<sup>100</sup> reporta que Hines y Brown, ya en 1933, demostraron que, aunque en todos los sujetos se incrementa la presión sanguínea, ante el estímulo presor frío, los hipertensos muestran incrementos que se prolongan por un tiempo mayor, y además su retorno a la línea base es más lento. Sin embargo, Voudoukis<sup>100</sup> no halló diferencias entre las respuestas de normotensos e hipertensos ante este estímulo.

Brod<sup>12</sup> combinó la técnica del presor frío con una tarea sencilla de cálculo mental, y encontró que los

**Marco Teórico**

incrementos de la presión sanguínea de los hipertensos persisten por un tiempo más prolongado que en los normotensos. Este autor reporta que existen similitudes entre los ajustes hemodinámicos al stress y los concomitantes fisiológicos de la hipertensión esencial. Esto incluye un incremento del flujo sanguíneo hacia los músculos esqueléticos largos en ausencia de necesidades metabólicas.

Aún cuando diversos estímulos estresantes elicitán incrementos en la presión sanguínea, aparentemente los mecanismos hemodinámicos son diferentes. Andrén y Hansson<sup>6</sup> encontraron que mientras el presor frío incrementaba la resistencia periférica total, la tarea de aritmética mental eleva la tasa y la fuerza cardíaca.

Muchos estudios parecen demostrar que la reactividad a la prueba del presor frío varía de acuerdo a las características psicológicas de los sujetos. Mc Ginn<sup>7</sup> reporta que White y Gildea (1937) observaron que pacientes con síntomas de enfermedades somáticas, mostraban una mayor reacción a la prueba del presor frío que pacientes sin estos síntomas. Harburg et

## Marco Teórico

al<sup>40</sup>, en una investigación con estudiantes universitarios, observaron que existía una asociación significativa entre la mayor hostilidad, reportada ante conflictos interpersonales menores, y las mayores elevaciones diastólicas con la prueba del presor frío.

Otros estudios citados por Mc Ginn<sup>27</sup> son:

1º.- Cranston et al (1949) combinaron la prueba del presor frío y una entrevista estresante. Para establecer el grado de reactividad usual, los sujetos recibieron la prueba del presor frío en seis u ocho ocasiones antes de la entrevista. Posteriormente se llevó a cabo una entrevista, en la cual se tocaron tópicos que los investigadores juzgaron ser emocionalmente relevantes para los sujetos. Se reportó que la entrevista había evocado hostilidad y resentimiento en la mayoría de los sujetos. Inmediatamente después de la entrevista, los sujetos fueron nuevamente sometidos a la prueba del presor frío y mostraron niveles de presión sanguínea significativamente más altos.

2º.- Muchos investigadores han notado fluctuaciones de la presión durante varios tipos de entrevistas. Uno de los primeros estudios de esta clase es el de O'Hare

**Marco Teórico**

(1920), quien reportó que sus pacientes reaccionaban con elevaciones de la presión cuando se discutían problemas relevantes para ellos.

3°.- Alexander (1939) observó que cuando sus pacientes tenían sesiones de análisis particularmente perturbadoras, en las que se discutían tópicos conflictivos o estresantes, sus presiones sanguíneas eran marcadamente elevadas.

4°.- Wolf et al (1948), afirmaron que la presión de sus pacientes subía cuando se discutían experiencias que habían vivido como desagradables, y bajaba con la conversación "agradable".

5°.- Posteriormente, Pfeiffer y Wolff (1950) demostraron que la discusión de tópicos personalmente importantes, con significado "amenazante", elevaba la presión de sus pacientes. Numerosos autores refieren que aún cuando los normotensos presentan incrementos moderados de la presión durante las entrevistas, la intensidad y duración de estas reacciones son notablemente menores que las de los hipertensos.

Además, se ha observado que el monto del cambio de la presión sanguínea dependía del significado del estímulo para el sujeto (Mc Kegney y Williams<sup>70</sup>; Williams et al<sup>100</sup>).

## Marco Teórico

Un estudio muy completo utilizando la entrevista psiquiátrica como estímulo es el de Innes, Millar y Valentine<sup>20</sup>. Ellos utilizaron grabaciones de la entrevista y medidas fisiológicas que les permitieran aparear los cambios de la presión con áreas de contenido específico de la entrevista. Aunque la presión fluctuaba de acuerdo con el contenido de la entrevista, los autores no establecieron una categoría codificada que les permitiera relacionar los cambios de presión con los sentimientos hacia contenidos específicos. Sin embargo, se encontró una relación significativa entre el uso de pronombres autoreferentes (yo, mi, etc.) y los incrementos en la presión, sin importar el contexto de la discusión. Los sujetos fueron tanto normales como neuróticos, lo que posiblemente no permita una mayor claridad en los resultados.

### Efectos del stress ambiental en la presión sanguínea

#### El efecto del stress ambiental en la presión sanguínea

## Marco Teorico

ha sido ampliamente estudiado, y ha dado lugar a investigaciones que han reportado que las elevaciones de la presión se mantienen por semanas y aún meses después de que las personas han tenido experiencias traumáticas que amenazan la vida física o psicológica. En algunas personas, las tensiones ocupacionales u otros eventos estresantes del medio ambiente diario, podrían ocasionar frecuente elevación de la presión y conducir al desarrollo de la enfermedad. Es así posible que los episodios repetidos de tensión emocional puedan conducir a la hipertensión permanente. En esta línea de investigación, podemos mencionar los estudios que se refieren a eventos tales como guerras, explosiones, terremotos, etc., cuyos efectos estresantes son ampliamente reconocidos. Por ejemplo, Graham<sup>20</sup> midió la presión de soldados que habían participado en la campaña del Desierto Africano en la II Guerra Mundial, y encontró que el 27% mostraba alta presión diastólica por muchos meses después. La explosión de una planta química en Texas, condujo a elevaciones significativas de la presión arterial en un 56% de los sobrevivientes, que se mantuvo alrededor de 1-2 meses después del desastre (Ruskin et al<sup>20</sup>). También se detectaron incrementos considerables de la

## Marco Teórico

presión en los habitantes de Leningrado durante el sitio a que estuvo sometida la ciudad durante la II Guerra Mundial.

Por otra parte, las presiones de la vida urbana también han sido citadas con frecuencia como fuentes de stress. Muchos investigadores han hipotetizado que culturas caracterizadas por condiciones de vida altamente estresantes, tendrán más hipertensos que aquellas culturas en las cuales la vida es más fácil y menos estresante. La aproximación epidemiológica tradicional divide los ambientes en categorías de alto y bajo stress, sobre las bases de condiciones económicas, educacionales o sociológicas. Harburg et al<sup>10</sup>, designaron áreas de la ciudad de Detroit como de alto y bajo stress de acuerdo a condiciones demográficas, económicas y sociológicas ya existentes. Ellos concluyeron que los individuos que viven en áreas de alto stress (definido éste por nivel socioeconómico bajo, alta densidad de población y alta tasa de rompimiento matrimonial), tienen niveles mucho mayores de presión arterial que aquellos que viven en zonas de bajo stress. Scotch<sup>11</sup> reportó una mayor frecuencia de hipertensión entre habitantes de zonas urbanas,

**Marco Teórico**

comparados con habitantes de zonas rurales, en los Estados Unidos de América.

Siguiendo esta línea de investigación, destacan los estudios ecológicos de Hinkle<sup>21</sup>. En estos estudios se eligieron grupos pequeños, cuyos miembros hubieran compartido experiencias similares en sus ambientes. Hinkle señala que la percepción de cada individuo de sus situaciones de vida va a ser determinante de la forma particular de reacción. Es decir, que individuos que comparten situaciones de vida idénticas, pueden vivenciarlas de manera enteramente diferente. Por ejemplo, en una investigación se observaron dos grupos de ejecutivos norteamericanos. Uno de estos grupos estaba familiarizado con el ambiente social en el cual trabajaban; el otro grupo lo formaban ejecutivos que habían sido elevados de rango y, por lo tanto, estaban viviendo y trabajando en un ambiente social diferente de sus ambientes primarios. El nuevo ambiente era percibido, entonces, como poco familiar y lleno de cambios. Este último grupo no sólo tuvo enfermedades de todo tipo durante el año de observación, sino que mostraron más signos que pueden considerarse pronósticos de enfermedad cardiovascular. Se llegó a

**Marco Teorico**

la conclusión que estas diferencias se debían a la manera en que estos grupos percibían objetivamente situaciones de vida presente muy similares. Esto ha llevado a que se plantease que la hipertensión sería una de las maneras en que las personas amenazadas, frustradas y sobrecargadas pueden reaccionar a sus experiencias.

Otra hipótesis sugiere que las frecuentes elevaciones de la presión sanguínea con la edad, observadas en muchas sociedades, son una consecuencia de la civilización y de la aculturación. Cuando la gente de regiones relativamente aisladas emigra a los centros urbanos, el cambio social súbito está generalmente acompañado por alzas en la presión. Por ejemplo, en dos islas del Pacífico relativamente aisladas, la frecuencia de la hipertensión era prácticamente inexistente (Maddocks<sup>20</sup>). Estudios similares llevados a cabo en Brasil produjeron estos mismos resultados.

Los efectos de la aculturación han sido estudiados por Cruz-Coke<sup>21</sup>, quien encontró que la presión sanguínea de policías peruanos que emigraron a Lima era más elevada que la presión sanguínea de una muestra comparable que

## Marco Teorico

permaneci6 en sus aldeas nativas. Sin embargo, algunos autores hablan de la existencia de una susceptibilidad racial a la aculturaci6n, que explicaria por qu6 en algunos grupos que dejan sus lugares de origen se producen cambios en la presi6n sanguinea con la edad y en otros no. Esto podria explicar que Beiser et al<sup>o</sup> no encontraran una relaci6n significativa entre edad y presi6n sanguinea en los Serer de Senegal, ya que, al decir de Henry y Casell<sup>oo</sup>, la falla para demostrar un incremento de la presi6n arterial con la edad est asociada con una cultura estable, en la cual la tradici6n era más importante que el cambio.

Tambi6n se ha demostrado que en ciertos ambientes laborales, la constante exposici6n al stress del trabajo está asociada con alzas en la presi6n sanguinea. Morris et al<sup>as</sup>, en un estudio epidemiol6gico de la enfermedad coronaria, encontraron que existen factores desfavorables en ciertas ocupaciones, particularmente en las "clases elevadas". Su hip6tesis principal es que las personas con ocupaciones que implican actividad fısica tienen menos enfermedades cardiacas en la mediana edad que aquellas que tienen trabajos sedentarios. Estos autores, en

## Marco Teórico

1959, encontraron una mayor incidencia de hipertensión entre los conductores de autobuses, menos activos y más sometidos al stress, que entre los cobradores de los mismos cuyo trabajo es más activo y menos estresante.

Simonson y Brozek<sup>20</sup>, que han revisado la literatura rusa en hipertensión arterial, reportan que en la Unión Soviética se considera que en las ocupaciones que involucran tensión nerviosa la hipertensión es más frecuente que en aquellas ocupaciones que envuelven trabajo físico. Los investigadores rusos también han encontrado una alta incidencia de presión sanguínea elevada en sujetos que trabajan en ambientes ruidosos y en trabajos de telecomunicación (operadores de radio y teléfono).

Por otra parte, Cobb y Rose<sup>21</sup>, encontraron que la incidencia de la hipertensión era cuatro veces mayor entre los controladores de tráfico aéreo (que están expuestos a alto stress), que entre los aviadores de segunda clase, que están expuestos a un stress menor. Además, entre los controladores, aquellos que trabajaban en centros de alta densidad de tráfico mostraban las tasas más elevadas de hipertensión.

## Marco Teórico

También se han estudiado los efectos de la amenaza de desempleo sobre la presión arterial. Kasl y Cobb<sup>46</sup> afirman que durante la anticipación a la pérdida del empleo, los niveles de presión sanguínea fueron mucho más elevados que durante los periodos de estabilidad laboral. Además encontraron que en los trabajadores con experiencia de desempleo severo, las elevaciones de presión eran más prolongadas.

Otra línea de investigación se ha abocado al análisis de la reactividad al stress en personas con una historia familiar de hipertensión, considerando como sujetos con un alto riesgo de desarrollar hipertensión aquellos normotensos con por lo menos un padre que presente el padecimiento. Falkner et al<sup>47</sup> reportan que en respuesta a una tarea estresante de aritmética, los adolescentes descendientes de adultos con hipertensión, manifestaban mayores respuestas sistólicas, diastólicas, de tasa cardiaca, y mayores niveles de catecolaminas en el plasma, que los adolescentes descendientes de padres normotensos. Este hallazgo ha sido corroborado por Warren y Fischbein<sup>48</sup>, quienes encontraron que niños entre 5 y 6 años de edad, con uno

## Marco Teorico

o ambos padres hipertensos, tenían respuestas diastólicas y sistólicas significativamente mayores a una inyección de rutina, que niños del grupo de control. Por otra parte, adultos normotensos, hijos de padres hipertensos, exhibían mayores respuestas vasculares a la noradrenalina que sujetos con padres normotensos (Doyle y Fraser<sup>24</sup>). Collins, Baer y Bourianoff<sup>27</sup>, encontraron que en respuesta a una serie de estímulos auditivos, los hijos de padres hipertensos (niños entre 8 y 13 años de edad), comparados con hijos de padres normotensos, mostraban un incremento más sostenido de la tasa cardíaca, pulso más acelerado y mayor resistencia de la piel.

De lo hasta aquí expuesto, se desprende que la hipótesis del stress, por sí sola, no contribuye de una manera precisa al entendimiento de las causas de la hipertensión. Aparentemente; el factor crítico para distinguir a los hipertensos de los normotensos no es sólo el nivel de respuesta, sino la prolongada reacción que tienen los hipertensos ante los estímulos estresantes.

Ninguno de los autores citados explica cómo se

## Marco Teorico

desarrolla el patrón de respuesta individual al stress, es decir, por qué ciertos individuos responden al stress con hipertensión, mientras que otros desarrollan úlcera, dermatitis, asma, etc. El patrón individual de respuesta bien podría deberse a factores genéticamente determinados, a pautas aprendidas, a características de personalidad o a una combinación de todas estas variables.

### Personalidad e Hipertensión

La consideración de que ciertos rasgos de personalidad juegan un papel significativo en la etiología de la hipertensión, es apoyada por numerosos investigadores. Sin embargo, aún existe considerable controversia acerca de la naturaleza precisa de estos factores. De la enorme variedad de características de personalidad que han sido postuladas como asociadas con la hipertensión, muy pocas han recibido un soporte empírico consistente.

Una de las hipótesis más controvertidas, y que ha sido estudiada por muchos autores psicoanalíticos, es la que hace referencia al papel de la ira y la represión de la

hostilidad en el desarrollo de la hipertensión.

Con respecto a esta hipótesis nos parece importante recordar el reconocimiento por parte de Freud<sup>21</sup>, en su Segunda Teoría de los Instintos, de la existencia, además del instinto sexual (de vida), de un instinto de destrucción. La energía de los instintos de vida es la libido, y la de los de muerte, la agresión, que se dirige especialmente contra el propio ser. Freud consideraba que este instinto destructivo tiene tanta importancia en la vida del hombre como la libido. De acuerdo a esta teoría, "hay dos cosas que nos permiten alargar nuestra vida a pesar del instinto de muerte. Una de ellas es nuestra capacidad para dirigir esta energía hacia afuera y atacar a otros; nuestra segunda protección es la tendencia del instinto de vida a combinarse con el instinto destructivo y constituir el masoquismo, siempre en el supuesto de que ambas fuerzas tiendan a neutralizarse recíprocamente en su combinación y de que el impulso destructivo se haga, de este modo, menos nocivo, por lo menos transitoriamente" (Thompson<sup>22</sup>).

Las manifestaciones del impulso agresivo (sadismo,

## Marco Teorico

masoquismo) llevaron a Freud a plantear que los impulsos agresivos también pueden ser reprimidos y, por lo tanto, pueden provocar neurosis.

Es ampliamente reconocido que la agresión se presenta normalmente como respuesta a la frustración o a la amenaza contra la propia seguridad. Cuando el niño es obstruido por los padres o la cultura, en su capacidad de "crecer" desarrollará resentimiento y hostilidad, ya sea consciente o inconscientemente.

Aunque por una parte toda actividad humana requiere de cierto grado de agresividad y por otra el ser humano está rodeado de amenazas a su seguridad que le exigirían una respuesta agresiva, la sociedad establece normas para controlar la libre expresión de estos impulsos. Si se obliga por parte de los padres a un control excesivo de la agresión, el niño aprenderá a reprimir su ira y su hostilidad para evitar la culpa, el castigo y la amenaza de pérdida del amor de sus padres, o en su intento de autoafirmación, se transformará en un rebelde.

En resumen, la agresión, al igual que la sexualidad,

## Marco Teórico

plantea problemas al individuo en su canalización, organización y socialización.

### Estudios del papel de la ira y la hostilidad en el hipertenso

Sadl<sup>er</sup> definió la hostilidad como "una fuerza motivacional -- un impulso consciente o inconsciente, tendencia, intento o reacción -- dirigida a herir o destruir algún objeto... la hostilidad es acompañada usualmente por un sentimiento de emoción o de ira".

La ira ha sido definida por algunos autores como una emoción primaria originada cuando un organismo es bloqueado en el logro de una meta o en la satisfacción de una necesidad. También se le considera como una emoción, que ante la amenaza lleva a atacar, en contraposición al miedo que lleva a huir. En los seres humanos la ira ocurre en el contexto de relaciones significativas y tiene un significado de comunicación. Además, probablemente depende de la valoración de los eventos y del significado que cada individuo les asigne.

**Marco Teórico**

A través de muchos estudios se ha comprobado que la ira produce un marcado incremento de la presión sanguínea diastólica (Schwartz et al<sup>12</sup>).

Se han llevado a cabo numerosos estudios relacionando la represión de la hostilidad con marcadas elevaciones de la presión sanguínea.

Alexander<sup>13</sup> propuso la hipótesis de la "hostilidad reprimida", y anticipó la opinión de un "conflicto central" en los hipertensos, entre los impulsos hostiles y las necesidades pasivo-dependientes. La hostilidad fue descrita como motivo, siempre acompañada por ansiedad, incompletamente reprimida e incapaz de una expresión abierta adecuada. Además, este autor creyó que los hipertensos carecían de una vida de fantasía y eran incapaces de formar una "neurosis estructurada". Alexander propone para la psicodinámica de la hostilidad reprimida en la hipertensión, una elaborada cadena de eventos que describe en la siguiente forma: tendencias hostiles competitivas -- intimidación debida a la revancha y al fracaso -- incremento de los deseos de dependencia -- sentimientos

## Marco Teórico

de inferioridad -- reactivación de la competitividad hostil -- ansiedad que resulta en inhibición de los impulsos hostiles agresivos -- hipertensión arterial.

Según se desprende de lo dicho por Alexander, la hipertensión se desarrolla porque la persona pre hipertensa reprime continuamente los sentimientos de hostilidad en lugar de expresarlos. Esta hostilidad reprimida se expresa somáticamente en un incremento de la presión sanguínea la cual, con el paso del tiempo, lleva a cambios vasculares permanentes asociados con la hipertensión.

Sustento para la hipótesis de Alexander provino del trabajo de Sadl<sup>er</sup>, quien trató a hipertensos en análisis. En la mayoría de los casos, los pacientes mostraron una inhibición crónica a la hostilidad. Durante el desarrollo, estos pacientes habían tenido conflicto con un padre dominante, lo cual dio origen a una solución sumisa contra la cual el paciente intentó rebelarse sin éxito.

Varios de los autores mencionados han observado en los hipertensos exageradas necesidades de dependencia,

**Marco Teórico**

sumisión, sentimientos de debilidad e indefección, represión de la hostilidad, miedo de perjuicio y separación emocional. Hambling<sup>42</sup> atribuyó la supresión de la ira que observó en los hipertensos a rechazo parental. Planteó que los hipertensos tendían a comportarse como si el ambiente fuera peligroso, sintiéndose amenazados por aquellas personas que percibían como más fuertes y capaces de dominar el ambiente. Estaban organizados neuróticamente para evadir la ira y neutralizar la culpa por sus pensamientos destructivos, buscando constantemente la reafirmación de su maldad por parte del ambiente, tratando al mismo tiempo de preservar una dependencia afectiva de una figura más fuerte.

Reiser, Brust y Ferris<sup>43</sup>, realizaron un estudio multidisciplinario que correlacionó el principio de la enfermedad hipertensa con elementos precipitantes de la vida y la estructura psicodinámica. Concluyeron que el curso de la enfermedad fue acelerado cuando se presentaban situaciones de vida que evocaban sentimientos no resueltos, que no podían ser reprimidos a través de los mecanismos de defensa habituales. Aunque los individuos difirieran en los conflictos

**Marco Teorico**

subyacentes, con frecuencia los conflictos señalados involucraban dependencia versus hostilidad, relacionada con figuras parentales; hostilidad hacia hermanos y temor, culpa y hostilidad en situaciones sociales.

Harris<sup>47</sup>, a través de entrevistas clínicas y observaciones prolongadas, encontró que oficiales de la Fuerza Aérea de EEUU con alta presión sanguínea eran más rígidos, sobrecontrolados en sus impulsos, menos adaptables y con más posibilidad de haber sido expuestos a eventos patógenos en su niñez.

Experiencias tempranas de la vida conducentes al desarrollo de la hipertensión arterial fueron estudiadas por Van der Valk<sup>48</sup>, quien encontró a través de los datos de la historia clínica que los padres de los hipertensos eran severos, ejemplarizadores y amantes, pero poco afectuosos. Estos padres introducían el temor a no estar haciendo lo suficiente para asegurarse el amor, y usaban la amenaza del rechazo para suprimir cualquier expresión de sentimientos de enojo hacia los padres o hermanos. Como resultado, el joven hipertenso desarrolló una apariencia complaciente limitada por reglas; patrón

## Marco Teorico

consistente con los hallazgos de Saül y de Reiser et al (op. cit.).

Aunque en general estos estudios parecen confirmar la hipótesis de la hostilidad reprimida, se les ha criticado porque el material obtenido proviene en su mayoría de sesiones de psicoterapia, que no han sido sustentadas por instrumentos más objetivos. También se pone en duda la representatividad de las muestras estudiadas, ya que es probable que sean una pequeña y selecta parte de la población hipertensa. Por otra parte, la gran mayoría no utilizó grupos de control que permitieran realizar comparaciones, lo que atenta contra la validez de los datos.

En un intento de superar las limitaciones metodológicas, otros investigadores utilizaron procedimientos más estandarizados y objetivos de recolección de datos, sin descartar el valioso aporte que brinda la entrevista clínica.

Harburg et al<sup>44</sup>, en una revisión de la literatura, encontraron que el hipertenso era típicamente descrito como ansioso, sensitivo, interiormente hostil pero

**Marco Teorico**

sumiso en las situaciones sociales ésto, resultado en parte de una relación padre-hijo amenazante. Pero, utilizando un cuestionario y el Diferencial Semántico no encontraron soporte a la hipótesis que dice que los sujetos con altos niveles de presión arterial recuerdan haber tenido padres punitivos, irritables y poco carifosos. No obstante, la variabilidad de la presión se asociaba con un padre severo, dominante, tal vez demasiado preocupado por la movilidad social.

La importancia de los factores genéticos en la reactividad de la presión sanguínea no puede ser descartada, ya que algunos estudios prestan evidencia a esta suposición. Sin embargo, también podría deducirse de los datos, que los padres hipertensos crean condiciones en el hogar que conducen al desarrollo de la hipertensión o reactividad de la presión sanguínea en los hijos.

Baer et al<sup>2</sup>, indican la importancia de investigar la influencia psicológica de un padre hipertenso en la familia, con el objeto de determinar cómo éste podría afectar al niño que más tarde desarrollará la hipertensión. Se encontró que en las interacciones

## Marco Teórico

conflictivas entre las familias con padres hipertensos se presentaba un mayor comportamiento negativo no verbal, que en las interacciones de familias con miembros normotensos.

Holroyd y Gorkin<sup>24</sup> hipotetizan que una historia familiar positiva de hipertensión esencial y la inhibición de la ira podrían contribuir a altos niveles de actividad cardiovascular durante un role-play provocativo. Treinta y cinco hombres jóvenes fueron estudiados en un role-play con una tarea de diada, diseñado para simular una interacción social mundana y conflictiva. Se registraron la tasa cardíaca y la presión, se obtuvieron reportes de emoción y, la conducta durante el role-play fue codificada por asertividad. Tanto la historia familiar de hipertensión como la inhibición de la ira se relacionaron a la actividad cardiovascular. Los resultados demuestran que un estilo individual del manejo de la ira está asociado con la tasa cardíaca y la presión sanguínea.

Mc Ginn<sup>25</sup> cita un estudio realizado por él en 1962, en el que comparó reportes de estudiantes masculinos

**Marco Teórico**

hiperresponsivos (con respecto a la presión sanguínea) con sujetos de respuesta normal. Encontró que los sujetos hiperresponsivos describían a sus madres como rechazándolas agresivamente y a los padres rechazándolos pasivamente.

Kalis et al<sup>o</sup>, hipotetizaron que si los factores psicológicos influyen en el desarrollo de la hipertensión, éstos deben existir antes del inicio de la enfermedad. Utilizaron una muestra de adultos jóvenes identificados como prehipertensos (aquellos con elevaciones temporales de presión), y controles, por un observador que no conocía la clasificación de los sujetos. Se realizaron entrevistas personales en presencia del observador, quien completó escalas de evaluación y el Adjective Check List, eligiendo un set de rasgos descriptores (Q-sort) para clasificar a los sujetos. Encontraron que los prehipertensos son más ansiosos, tienen más conflictos en el área de la identidad y dificultad en el control y expresión de la hostilidad. Señalaron que la asertividad del prehipertenso está fundida con la hostilidad que es dirigida hacia otra persona que tiende a ver como crítica, pero que usualmente no se expresa

**Marco Teórico**

apropiadamente en el contexto. La hostilidad también estaba dirigida hacia dentro, en actitudes de autodevaluación y auto-insatisfacción. Sus sistemas de defensa frágiles y su precario autocontrol se reflejaron en ansiedad abierta, en tensión muscular, en signos de descarga autónoma y en altos niveles de reactividad emocional.

Harris et al<sup>40</sup>, identificaron una muestra de mujeres con elevada (pero subclínica) presión sanguínea, e hipotetizaron que podrían ser consideradas como prehipertensas. Fueron comparadas con sujetos normotensos usando el Adjective Check List, mientras estaban comprometidas en psicodramas emocionalmente provocativos. Las prehipertensas fueron descritas como temerarias, audaces, precipitadas y tensas. En sus autoevaluaciones las prehipertensas ratificaron estos descriptores y agregaron sumisa, pasiva, dócil y humilde.

Kalis et al<sup>41</sup> intentaron hacer validación cruzada de estos hallazgos con una muestra de 14 mujeres con hipertensión esencial. Las sujetos fueron comprometidas en dos psicodramas, requiriendo en uno

**Marco Teórico**

asertividad y conducta demandante y calculadora y, en el otro conducta cooperativa y amistosa. Los observadores apreciaron a las hipertensas como hostiles y agresivas y sin embargo autopunitivas y las describieron como severas, emocionales, vehementes, cautelosas, peculiares, hipócritas, resentidas, inquietas, ásperas y poco simpáticas. En lo interpersonal las hipertensas fueron muy ineficientes e inapropiadas, señalando su conflicto acerca de la asertividad y precario control sobre la hostilidad.

Otros estudios han investigado las actitudes y percepciones de los hipertensos en el contexto de la relación médico-paciente.

Thaler, Weiner y Reiser<sup>22</sup>, utilizaron una serie de historias proyectivas que se referían a interacciones médico-paciente. Encontraron que los hipertensos fueron los únicos pacientes psicósomáticos que proyectaron actitudes extremadamente negativas hacia los médicos. Ellos pensaron que los hipertensos podrían ser observadores, alertas y desconfiados y, que verían a los doctores como reticentes a ayudar; esta percepción les provocaba resentimiento. Dados estos

## Marco Teorico

resultados, los autores clasificaron a los hipertensos como "paranoides". Además, en la descripción de las emociones que reflejaban fotografías de caras, los hipertensos tendieron a percibir burla, desdén y arrogancia, y fueron los únicos que proyectaron acciones hostiles. Los protocolos de Rorschach de los hipertensos reflejaron baja ansiedad, pero alta hostilidad. Ellos tendían a intelectualizar, a no comprometerse, enfocándose en rasgos banales de las tarjetas y a proyectar culpa por su inhabilidad para producir material de fantasía.

Sapira et al<sup>o</sup> mostraron a los hipertensos y a los controles dos clases de películas de una interacción médico-paciente durante un chequeo de la presión sanguínea. El médico adoptaba una actitud benigna e interesada en una parte de la película, y una actitud burlesca y arrogante en la otra. Llama la atención que los hipertensos tendieran a describir ambos doctores como "buenos". Sapira et al interpretaron estos hallazgos como un ejemplo de la defensa que presentan los hipertensos ante estímulos no favorables o provocativos, para contener sus tendencias hiperreactivas.

**Marco Teorico**

Otro programa de investigación llevado a cabo por Harburg et al<sup>os</sup> se enfocó a la expresión de la ira en la población negra. Los investigadores hipotetizaron que la hostilidad reprimida puede jugar un papel en la alta prevalencia de hipertensión esencial entre los negros americanos. La hostilidad reprimida fue evaluada obteniendo auto-reportes acerca de la expresión de ira y culpa ante situaciones provocativas hipotéticas (the "Anger-in/Anger-out" Scale). Fueron comparados hombres que diferían en raza, edad, clase social, stress ambiental y color de piel. Se encontró que el patrón de hostilidad reprimida estaba asociado con elevada presión sanguínea diastólica en todos los hombres. La manera de enfrentar las situaciones con "rabia interna/culpa" se relacionó con altos niveles de presión sanguínea y una cantidad de hipertensos propiamente dichos en todos los grupos, excepto en el grupo de hombres negros con bajo stress. El porcentaje de sujetos con alta presión sanguínea fue mayor entre los negros de alto stress y piel más oscura y con un estilo de enfrentamiento a las situaciones, de hostilidad reprimida.

## Marco Teórico

Más tarde, Harburg, Blakelock y Roesper<sup>10</sup>, sostuvieron que los estilos de enfrentamiento con provocación de la ira varían con la clase social, y además que tales diferencias pueden estar asociadas con los niveles de presión sanguínea. El estilo reflexivo (un patrón de respuesta que involucra una valoración apropiada, una respuesta de comportamiento constructiva y desaceleración vascular y neural) fue contrastado con los estilos de enfrentamiento de la ira al interior e ira al exterior. El patrón de ira al exterior se encontró con más frecuencia entre la gente de la clase trabajadora que entre la gente de la clase media. La ira al interior no difiere a través de los grupos. El estilo de enfrentamiento "reflexivo", el cual fue consistente pero moderadamente asociado con niveles de más baja presión sanguínea, fue prevaeciente entre las mujeres.

Gentry et al<sup>11</sup>, analizando los datos anteriores, confirmaron la relación entre el patrón habitual de enfrentamiento de ira al interior y la elevada presión sanguínea entre las mujeres. Entre los hombres, la ira al interior se relacionó con elevada presión sanguínea diastólica, mientras que la ira al interior y la ira al

## Marco Teórico

exterior que no provocan culpa, fue asociada con alta presión sistólica. Los autores consideraron que estos hallazgos daban soporte a la hipótesis de la "hostilidad reprimida". En otro estudio realizado en 1983<sup>22</sup>, este autor reafirma su punto de vista con respecto a que la manera de hacer frente a la ira juega un papel activo en predisponer a los individuos a la elevación de la presión o a la hipertensión esencial.

La hipótesis de "hostilidad reprimida" también ha sido evaluada por medio de técnicas proyectivas tradicionales.

Safar et al<sup>23</sup>, estudiaron los parámetros hemodinámicos y la prueba de Rorschach con 18 pacientes hipertensos limitrofes, 36 hipertensos sostenidos y 18 sujetos normales como control. Los resultados coinciden con el concepto de que en la hipertensión existen dos mecanismos sucesivos: al principio uno neurogénico y más tarde un mecanismo mediado por el volumen de la sangre y lo renal. La importancia de la vida de fantasía y el nivel de ansiedad subyacente fueron evaluados semicuantitativamente en cada individuo. Con estos datos emergieron las diferencias psicológicas

## Marco Teorico

entre los hipertensos limitrofes y los sostenidos. Los hipertensos limitrofes, de acuerdo al Rorschach, se caracterizaron por un pequeño decremento en el índice de ansiedad a lo largo del estudio y una falta considerable de percepción kinestésica. También mostraron tendencias agresivas que sentían como peligrosas y causantes de ansiedad. En contraste, los hipertensos sostenidos exhibieron una aproximación más estereotipada a la vida y no tuvieron síntomas neuróticos. Sin embargo, los resultados del Rorschach mostraron las siguientes tendencias:

- 1) la hostilidad estaba presente, indicada por la alta frecuencia de shocks al rojo;
- 2) la percepción kinestésica existía, pero estaba pobremente expresada; y
- 3) se encontró un decremento significativo en el índice de ansiedad.

La estereotipada aproximación a la vida mostrada por estos pacientes, fue interpretada como el resultado de un esfuerzo de adaptación aceptable para los pacientes, y que pareciera haber sido hecha a expensas de la agresividad la que era reprimida. Los autores plantean que la hostilidad no es reconocida o percibida por los hipertensos sostenidos, y consecuentemente no presentan

**Marco Teorico**

síntomas neuróticos ni ansiedad.

Matarazzo<sup>28</sup> apareó hipertensos y controles de clase baja, usando un modelo que comprendía acosamiento y críticas durante la aplicación del test de Apercepción Temática (T. A. T.). El que 12 normotensos pero sólo un hipertenso rehusaran continuar el test, fue interpretado como ira reprimida de parte de los hipertensos. Utilizando inventarios de personalidad standard (Edwards Personality, Preference Schedule, el Illinois Personality Assessment Test y el Cornell Medical Index), Pilowsky et al<sup>29</sup> correlacionaron medidas de personalidad de 12 sujetos con hipertensión esencial con medidas hemodinámicas del funcionamiento cardiovascular. Los resultados sugieren que existe una correlación entre los niveles de presión sanguínea, la actividad autónoma y las variables de personalidad que comprenden una necesidad de adoptar una actitud de autodegradación ante los otros, una falta de fuerza del ego, la presencia de inestabilidad e inmadurez emocional, y una tendencia a la culpa, timidez, inseguridad, tensión y excitabilidad. Ellos consideran que sus datos dan sustento a los planteamientos que señalan la importancia de la represión de las emociones

**Marco Teorico**

en la etiología de la hipertensión. Por otra parte, consideran también que sus hallazgos concuerdan con lo sugerido por Alexander (1952), quien enfocó su atención a la inhabilidad de los hipertensos para expresar su ira y aparecer superficialmente ajustados y maduros, agregando que "sus sujetos eran frecuentemente muy complacientes y afables y podrian ir en contra de sus propios caminos para complacer a otros".

Kaplan et al<sup>os</sup>, encontraron que los hipertensos exceden a los pacientes control en todas las dimensiones de hostilidad, medida en un análisis de contenido de ejemplos verbales y sueños hipnóticos.

Harburg et al<sup>os</sup>, investigaron alumnos de college de sexo masculino que tenían alta, media y baja presión sanguínea. La presión de la sangre fue controlada en los ambientes del hogar y del trabajo. Se utilizaron el Cuestionario de 16 Factores de Personalidad de Catell y el Cuestionario de Ansiedad de Mandler y Sarason. Los sujetos con alta presión sostenida a través de los ambientes fueron descritos como sensitivos, sumisos y con una autoimagen que parece retratar un conflicto entre el deseo de hacer valer sus

**Marco Teorico**

derechos y sin embargo ser incapaz de hacerlo.

Otros autores se han abocado al estudio de los procesos que pueden mediar en la elevación de la presión sanguínea, utilizando paradigmas de agresión.

Hokanson<sup>22</sup> encontró que la presión sistólica se incrementaba cuando el experimentador frustraba y hostigaba a los sujetos durante una tarea de cálculo aritmético. La presión tendía a bajar cuando los sujetos tenían la oportunidad de expresar la agresión aplicando choques eléctricos al frustrador. Sin embargo, bajo condiciones de mucho temor a venganza, los incrementos en la presión sanguínea sistólica se correlacionaron negativamente con la agresión subsecuente.

En un estudio posterior, Hokanson y Burgess<sup>23</sup> investigaron dos variables con un modelo que comprendía tanto el status del frustrador como el tipo de frustración. Se llevó a cabo una comparación entre los procesos vasculares posteriores a la frustración y a la agresión, el tipo de frustrador (alto vs. bajo status) y el tipo de frustración (amenaza al ego vs. bloqueo

## Marco Teorico

en el logro de una meta). Encontraron que tanto la amenaza al ego como el bloqueo en el logro de metas, lleva al incremento de la presión sanguínea sistólica y de la tasa cardiaca. Ellos demostraron que la oportunidad de agredir al frustrador, tiene el efecto de retornar más rápidamente la presión sanguínea sistólica elevada por la ira a un nivel de reposo, que si tal agresión no es permitida. Además, encontraron que la agresión (que seguía a la frustración) dirigida hacia un frustrador de bajo status, reducía significativamente la presión sanguínea, lo que no sucedía cuando el frustrador era considerado por los sujetos como de status alto.

En otro estudio, Hokanson et al<sup>os</sup> encontraron que agredir a blancos sustitutos no reduce la presión sanguínea sistólica. Estos autores explican sus hallazgos en un contexto de aprendizaje social, argumentando que la recuperación vascular se ve influida por el valor instrumental percibido y el adecuado contexto de la contra-agresión.

Holmes<sup>os</sup> reportó hallazgos que se oponen a los de Hokanson. En su estudio, los sujetos frustrados a

**Marco Teorico**

quienes se les daba la oportunidad de agredir, reducían su nivel de excitación fisiológica (incluyendo la presión sanguínea) menos que aquellos a quienes no se les permitía agredir. Holmes sugiere que su situación experimental difiere de la de Hokanson en que el frustrador abandona la situación experimental y, por lo tanto, hay menos claves disponibles que faciliten el que se persevere en la agresión.

Gambaro y Rabin<sup>22</sup> enfatizan que otros factores de personalidad interactúan con la oportunidad para expresar agresión. Ellos usaron el paradigma de frustración/hostigamiento de Hokanson<sup>23</sup> para estudiar la recuperación diastólica de la presión sanguínea en hombres jóvenes (19 a 24 años). Los sujetos fueron clasificados como de alta o baja culpa asociada a la agresión, usando una técnica de completación de frases (Mosher, 1961). Los sujetos con baja culpa manifestaron mayor recuperación de la presión diastólica (post agresión) que los sujetos con alta culpa. Esta diferencia fue mayor en la condición experimental que permitía solamente contra-agresión desplazada.

**Marco Teórico.**

Una característica importante que surge de los estudios que se refieren a la competencia social del hipertenso, es la baja asertividad con que éstos enfrentan las situaciones interpersonales difíciles. Algunos autores relacionan esto con la dificultad que muestran los hipertensos para expresar emociones positivas, lo que los lleva a anticipar un resultado negativo de sus interacciones.

Como consecuencia, se produce un "clima negativo" en la interacción social que, en último término, contribuye a la elevación de la presión sanguínea (Hamilton, Saslow et al, Katzentein et al, Williams et al, citados por Linden<sup>24</sup>; Schalling y Svensson<sup>25</sup>; Cardozzo<sup>26</sup>).

Otro aspecto, al que ya se ha hecho referencia en esta revisión, es el relacionado con la presencia de rasgos neuróticos en la hipertensión. Los datos no permiten afirmar que exista una relación significativa entre ambas variables.

Aunque Kidson<sup>27</sup> y Shkhvatsabaya et al<sup>28</sup> reportaron tendencias neuróticas en hipertensos esenciales comparados con normotensos e hipertensos secundarios,

## Marco Teórico

respectivamente, Harburg et al<sup>12</sup> y Cochrane<sup>13</sup> fallaron en encontrar diferencias significativas en neuroticismo entre hipertensos y controles. Este mismo resultado fue obtenido por Osfeld y Shekelle (citados por Linden<sup>14</sup>).

También se han detectado como rasgos presentes entre los hipertensos la ansiedad, la depresión, la introversión y la utilización de mecanismos de defensa de tipo primario como la negación y la represión (Liketsos<sup>15</sup>; Fontaine y Boisvert<sup>16</sup>; Drummond<sup>17</sup>; Foresti et al<sup>18</sup>; Wennerholm y Zarle<sup>19</sup>).

Un aspecto muy controvertido en el estudio de la hipertensión, es el que dice relación con la presencia de un perfil tipo de personalidad que caracterice a estos enfermos.

Algunos autores, como por ejemplo Dunbar en la década de los 50, han afirmado que el perfil psicológico de personas con desórdenes cardiovasculares, entre los que se encuentra la hipertensión, es fácilmente reconocible, mostrando sin embargo variaciones que dependen de la naturaleza de la perturbación.

**Marco Teorico**

Alexander y Dunbar (op. cit.) han planteado que el hipertenso se caracteriza por mostrar rasgos obsesivos, rigidez que se oculta bajo el conformismo, tendencia al perfeccionismo y explosiones de cólera que contrastan con el comportamiento pasivo habitual. "Ellos mostraban un deseo de agradar, combinado con rebelión crónica, eran ambiciosos pero temerosos del fracaso, tenían demostrar su ira porque deseaban ser apreciados".

También estudios actuales, como los de Foresti et al<sup>20</sup>, Defrenne y Mertens<sup>20</sup> y Kopp y Koranyi<sup>20</sup>, señalan la posibilidad de que el hipertenso muestre un perfil de personalidad tipo.

Sin embargo, otros autores han fallado en su intento de encontrar un perfil que caracterice, sin lugar a dudas, al hipertenso, comparado con sujetos normotensos o que padezcan otra enfermedad psicósomática.

Lucas<sup>20</sup>, conduciendo un estudio con una muestra de 45 hipertensos y 40 normotensos, intentó, por una parte, identificar las características de personalidad que

## Marco Teórico

podrían diferenciar a ambos grupos y, por otra, identificar y examinar posible tipos de hipertensos que fueran significativamente diferentes entre ellos. Ella reporta que los hipertensos eran más intrapunitivos, dependientes, ansiosos, con un grado menor de empatía y una baja comprensión de los matices que se presentan en las relaciones humanas. Pero afirma que estas características no configuran un tipo de personalidad único, sino que existen cuatro distintas personalidades tipo dentro de la muestra de hipertensos, que se diferencian en las dimensiones de intra-extra punitividad, grado de control cognitivo sobre los impulsos emocionales, nivel de las necesidades de dependencia, nivel de ansiedad y grado de la expresión de satisfacción hacia la vida.

Baer et al<sup>o</sup>, con un instrumento de autorreporte utilizado para discriminar entre hipertensos y normotensos, describen dos subgrupos extremos de hipertensos, que muestran diferentes perfiles psicológicos. Sólo uno de los subgrupos -el de más alto puntaje en el cuestionario de autorreporte- se mostró menos eficiente en solución de problemas, más tensos y ansiosos y menos estables y controlados.

## Marco Teórico

Utilizando el Inventario Multifásico de Personalidad (MMPI), Lewinsohn<sup>20</sup>, Ostfeld y Lebovitz (citados por Baer<sup>21</sup>), Innes et al<sup>22</sup>, han fallado en diferenciar hipertensos de controles.

Bonami et al<sup>23</sup>, compararon los perfiles del MMPI de 30 pacientes coronarios con los de 30 pacientes hipertensos y pulmonares. No se encontró diferencia significativa entre los pacientes coronarios y los hipertensos. El perfil promedio de los tres grupos estaba dentro de los rangos normales.

Russell et al (cit. por Stratoudakis et al<sup>24</sup>), al hacer una evaluación del perfil global basado en el MMPI de 54 pacientes hipertensos, encontraron un perfil básicamente normal tanto para los sujetos hombres como para las mujeres. Sin embargo, a través de la muestra había una gran variabilidad en los perfiles de sujeto a sujeto. De los 54, 33 tenían puntajes standard mayores que T 70 en una o más de las escalas clínicas.

### III.- METODOLOGIA

#### 1.0.-Problemas de investigación

- a) Presentan los pacientes hipertensos esenciales ciertas características de personalidad que tipifiquen su perfil?
- b) Existe una relación entre la represión de hostilidad y la hipertensión en un grupo de hipertensos esenciales?
- c) Existe en la historia de estos pacientes la presencia de relaciones parentales percibidas como amenazantes?

#### 2.0.- Justificación del problema

Dentro de la psicología clínica, el estudio de la personalidad adquiere gran importancia, ya que ésta es básica para la comprensión del comportamiento humano.

"La personalidad de un individuo está constituida por las características y formas de conducta con que funciona. Incluye por lo tanto, sus rasgos, intereses, valores, imágenes, emociones, o dicho en otras palabras

## Metodologia

la estructura que el ser humano integra dentro de él (Guarner<sup>22</sup>).

La personalidad no es un concepto aislado, pues como ya se dijo, en ella inciden una serie de factores que pueden afectar en alguna medida la salud física del individuo.

Dentro de estas alteraciones se encuentra la hipertensión esencial, ya que como algunos autores mencionan (Dunbar<sup>23</sup>; Baer<sup>24</sup>; y Defrenne<sup>25</sup>), existen características de personalidad comunes en los pacientes que la presentan.

Entre estas características se encuentra la represión de la hostilidad, aspecto que ha sido objeto de diversos estudios clínicos y experimentales (Alexander<sup>26</sup>; Hokanson<sup>27</sup>).

Además de lo anteriormente mencionado, se ha visto que ciertos factores de la vida familiar durante la niñez pueden incidir en elevaciones de la presión sanguínea en la edad adulta, ya que como Freud<sup>28</sup> lo ha señalado, las experiencias tempranas afectan toda la vida del

## Metodología

individuo.

En el caso de la hipertensión esencial, uno de los factores que los investigadores relacionan con este padecimiento es la presencia de relaciones parentales amenazantes (Hambling<sup>10</sup>; Reiser et al<sup>11</sup>; Van der Valk<sup>12</sup>; y Harburg<sup>13</sup>).

De ahí que, en este estudio, se ha pretendido investigar si la muestra hipertensa presenta características de personalidad comunes: represión de hostilidad y la presencia de por lo menos uno de los padres percibido como amenazante. De existir tales características, ésto permitiría la detección temprana del padecimiento y la implementación de un tratamiento psicoterapéutico que ayude a prevenir su evolución.

### 3.0.- Hipótesis

#### 3.1.- Hipótesis conceptuales

3.1.1.- Dunbar<sup>14</sup>, Lucas<sup>15</sup>, Defrenne<sup>16</sup>, y Baer<sup>17</sup> señalan la posibilidad de que los pacientes hipertensos esenciales presenten ciertas características de

## Metodología

personalidad que son distintivas.

3.1.2.-Alexander<sup>2</sup>, y Sadl<sup>3</sup> plantean que en los hipertensos existe un "conflicto central" entre los impulsos hostiles y las necesidades pasivo-dependientes. La represión de la hostilidad provoca una constante irritación que incide en una elevación crónica de la presión sanguínea.

3.1.3.-Hambling<sup>4</sup>, Reiser et al<sup>5</sup>, Van der Valk<sup>6</sup> y Harburg<sup>7</sup>, describen al hipertenso como ansioso, sensitivo, interiormente hostil pero sumiso en las situaciones sociales, y atribuyen estas características a una relación parental amenazante con un padre severo, ejemplarizador, poco afectuoso, que introducía el temor a no hacer lo suficiente para asegurarse el cariño y usaba la amenaza del rechazo para suprimir cualquier expresión de sentimientos de enojo hacia los padres o hermanos.

### 3.2.-Hipótesis de trabajo

3.2.1.-Los pacientes hipertensos esenciales presentan ciertas características de personalidad que tipifican

## Metodología

su perfil.

**3.2.2.-**La represión de la hostilidad se relaciona en forma positiva con elevaciones en la presión sanguínea.

**3.2.3.-**Habrà mayor incidencia de relaciones parentales amenazantes entre los hipertensos que entre los normotensos.

### **3.3.-Hipòtesis estadísticas**

#### **3.3.1.-Hipòtesis nulas**

-  $H_{01}$ .-No existen diferencias estadísticamente significativas entre el perfil de personalidad del paciente hipertenso esencial y el perfil del normotenso.

-  $H_{02}$ .-No existen diferencias estadísticamente significativas entre hipertensos esenciales y normotensos en cuanto a la represión de hostilidad.

-  $H_{03}$ .-No existen diferencias estadísticamente

## Metodología

significativas en la percepción de las relaciones parentales entre hipertensos esenciales y normotensos.

### 3.3.2.-Hipótesis alternas

- $H_{11}$ .-Si existen diferencias estadísticamente significativas entre el perfil de personalidad del paciente hipertenso esencial y el perfil del normotenso.
- $H_{12}$ .-Si existen diferencias estadísticamente significativas entre hipertensos esenciales y normotensos en cuanto a la represión de hostilidad.
- $H_{13}$ .-Si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de las relaciones parentales entre hipertensos esenciales y normotensos.

## 4.0.-Variables

### 4.1.-Identificación de variables

## Metodología

4.1.1.-Variables dependientes: hipertensión esencial y normotensión sanguínea.

4.1.2.-Variables independientes: características de personalidad, represión de la hostilidad y relaciones parentales percibidas como amenazantes.

### 4.2.-Clasificación de las variables

4.2.1.-Las variables dependientes son variables cuantitativas, intervalares, ya que presentan un cero relativo de presión arterial.

4.2.2.-La variable independiente personalidad se manejó a nivel intervalar, ya que se midió a través de los puntajes T del MMPI.

4.2.3.-La variable independiente represión de la hostilidad, es una variable cualitativa nominal, debido a que se tomó en cuenta la clasificación alto-bajo (en escala del MMPI) y ausencia-presencia a través de la entrevista.

4.2.4.-La variable independiente relaciones parentales

## Metodología

percibidas como amenazantes al igual que la anterior, fue clasificada como una variable cualitativa nominal, ya que se tomó en cuenta la ausencia-presencia de las mismas, a través de la entrevista.

4.3.-Variables extrañas controladas: las variables extrañas dentro del estudio fueron la edad y la escolaridad, ya que se tomaron sujetos con una edad entre 25 y 45 años, con una escolaridad mínima de secundaria.

### 4.4.-Definición conceptual de variables

4.4.1.-Hipertensión arterial: elevación persistente de la presión arterial mayor de 160/95 mm.Hg (OMS, 1962). En la hipertensión esencial las causas son desconocidas, es decir, que el desorden no está asociado con un agente infeccioso obvio o un desarreglo físico (Escudero y Méndez<sup>24</sup>).

4.4.2.-Normotensión: lecturas de la presión sanguínea alrededor de 120/80 mm.Hg., + - 20.

4.4.3.-Características de personalidad: Elementos en

## Metodología

que un individuo difiere de otro, lo que lo hace original (Guarner<sup>22</sup>).

4.4.4.-Represión de hostilidad: conflicto entre los impulsos hostiles y las necesidades pasivo-dependientes (Alexander<sup>23</sup>).

4.4.5.-Relaciones parentales amenazantes: relación con un padre severo, ejemplarizador, poco afectuoso, que introduce el temor a no hacer lo suficiente para asegurarse el cariño y usa la amenaza del rechazo para suprimir cualquier expresión de sentimientos de enojo hacia los padres o hermanos (Hambling<sup>24</sup>; Harburg<sup>25</sup>).

### 4.5.-Definición operacional de las variables

4.5.1.-Hipertensión esencial: diagnóstico hecho por el médico a través del esfigmo-manómetro, estudios de laboratorio y reconocimiento físico.

4.5.2.-Normotensión: diagnosticada en la misma forma que la hipertensión esencial.

4.5.3.-Características de personalidad: medidas a

## Metodología

través de las puntuaciones T de las escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI).

4.5.4.-Represión de hostilidad: medida por medio de las elevaciones de las combinaciones de las escalas 3-4 y 6-4 del MMPI.

Además se consideró el contenido de la entrevista semidirigida.

4.5.5.-Relaciones parentales percibidas como amenazantes: respuestas dadas a la entrevista que indicaran este tipo de relaciones.

### 5.0.-Muestreo

La selección de la muestra se llevó a cabo de la siguiente forma: para la elección de los sujetos hipertensos se aplicó un muestreo intencional, ya que se tomaron en cuenta ciertos criterios de inclusión y no todos tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos.

Los criterios de inclusión de esta muestra fueron los siguientes:

**Metodología**

- Edad entre 25 y 45 años;
- Escolaridad mínima de secundaria;
- Que en la historia clínica del sujeto no hubiera mención de otro padecimiento físico;
- Que en el momento del estudio los pacientes no estuvieran bajo los efectos de medicamentos depresores del sistema nervioso.

Los sujetos hipertensos fueron voluntarios, referidos por un médico particular con base en el diagnóstico de hipertensión esencial, apoyado por el historial clínico y los estudios de laboratorio pertinentes.

La muestra de hipertensos esenciales estuvo constituida por 13 sujetos, de los cuales cinco fueron mujeres y ocho hombres.

Por otra parte, la selección de la muestra de los sujetos normotensos se llevó a cabo, al igual que con los sujetos hipertensos, a través de un muestreo no probabilístico intencional, ya que debían cubrirse los mismos criterios anteriormente aplicados.

Los sujetos normotensos se obtuvieron a través de personas que en forma voluntaria accedieron a tener una entrevista con el médico para descartar la presencia de hipertensión u otra enfermedad.

## Metodología

La muestra de normotensos consistió de 13 sujetos, seis mujeres y siete hombres.

En ambos grupos la presión sanguínea fue medida en tres ocasiones, con intervalos de cinco minutos entre cada lectura, y en posición erecta y decúbito supino. La muestra total quedó constituida por 26 sujetos.

### 6.0.-Tipo de estudio

El tipo de estudio aplicado a esta investigación fue confirmatorio, de campo, transversal. Fue confirmatorio debido a que se pretendió, como su nombre lo indica, confirmar hipótesis planteadas anteriormente. Asimismo, se consideró de campo ya que el escenario en el cual se llevó a cabo la aplicación fue natural, es decir, el consultorio del médico particular.

Finalmente, se consideró de tipo transversal ya que se evaluó el fenómeno en el momento en que sucedía, sin pretender hacer una evaluación a lo largo del tiempo.

### 7.0.-Tipo de diseño

## **Metodologia**

El tipo de diseño aplicado a esta investigación fue de dos muestras independientes, tomadas de dos poblaciones diferentes, debido a que se estableció una comparación entre sujetos hipertensos esenciales y sujetos normotensos.

### **8.0.-Escenario**

La entrevista y la aplicación del MMPI se llevaron a cabo en el consultorio del médico, en horas en que no había consulta, con la finalidad de controlar las condiciones de aplicación.

### **9.0.-Instrumento**

En esta investigación se utilizaron dos instrumentos: el MMPI y una entrevista semidirigida.

#### **9.1.-MMPI**

## Metodología

El MMPI o Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, ha sido seleccionado para los fines de este estudio porque:

- a) Es un instrumento objetivo de evaluación de la personalidad;
- b) Es un instrumento confiable que ha sido construido a partir de datos obtenidos empíricamente y validados a través de numerosas investigaciones;
- c) Ha sido adaptado para ser usado en América Latina;
- d) Se le ha utilizado en investigaciones con personas que padecen trastornos físicos; y
- e) Es de fácil aplicación y calificación, siendo posible aplicarlo colectivamente, con un mínimo de recursos y de personal especializado.

### 9.1.1.-Descripción del instrumento

La prueba fue elaborada por los Doctores Hathaway y Mc.Kinley. Apareció publicada por primera vez en 1940, y en su versión actual, la adaptación para América Latina consta de 566 frases, que constituyen 10 Escalas Clínicas y cuatro de validez. La interpretación adecuada de estas 14 escalas garantiza el resultado de la prueba.

Las escalas clínicas se obtuvieron al seleccionar una

## Metodología

muestra de pacientes psiquiátricos, claramente diagnosticados por otros medios. Se analizaron las respuestas obtenidas, se determinó la forma particular y característica en la que dichos sujetos contestaban a cada ítem, y se hizo una comparación con una muestra representativa de la población normal.

Las escalas de validez interna son usadas para controlar variables que pueden alterar la validez del instrumento y señalan el grado de confianza con que pueden inferirse los rasgos de personalidad del sujeto en el momento de interpretar el perfil.

Las bases en que se fundamenta esta prueba siguen el criterio que señala que si un grupo de personas son similares en las conductas que presentan, las respuestas provocadas por un mismo tipo de estímulos serán también similares.

### 9.1.2.-Administración y calificación

La forma más usual de administración consiste en un folleto con las instrucciones impresas y de una hoja de respuestas en donde el sujeto debe contestar considerando cuán cierta o falsa es para él la proposición.

La forma de calificación manual se lleva a cabo por

## Metodología

medio de un juego de plantillas perforadas, de tal forma que permiten computar el número de respuestas dadas para cada escala. Los puntajes brutos obtenidos se anotan en una hoja especial diseñada para trazar el perfil, y posteriormente se convierten en puntajes T normalizados. En seguida se elabora una clave o código anotando el dígito con que se denomina cada escala, jeraquizándolo de acuerdo al puntaje T, del más elevado al más bajo.

### 9.1.3.-Interpretación

Una vez trazado el perfil se procede a su interpretación clínica, ya sea comenzando por interpretar las escalas más elevadas del perfil, señalando las características comúnmente encontradas en esas combinaciones, ó comenzando con las escalas de validez y siguiendo con las clínicas en el orden en que se encuentran en el código.

### 9.1.4.-Criterios de aplicación

- a) Rango de edades de 14 a 64 años.
- b) Escolaridad mínima secundaria.

### 9.1.5.-Escala de investigación del MMPI

## Metodología

El interés suscitado por la prueba ha dado lugar a numerosas investigaciones, que a partir del análisis de las respuestas dadas a los ítems, han permitido elaborar escalas especiales que se supone miden válidamente alguna faceta importante de la personalidad.

Sin embargo, la información disponible sobre el real significado ó la utilidad de cada una de estas escalas es escasa y de difícil acceso, porque en muchos casos proviene de fuentes no publicadas. Esta falta de información hace que el clínico que desea utilizar alguna de estas escalas, se guíe para su uso por el nombre que el autor le dio a la misma (Megargee y Mendelsohn<sup>20</sup>).

### 9.2.-Entrevista

Para obtener datos biográficos de los sujetos, se realizó una entrevista semidirigida, en sesiones de aproximadamente una hora de duración. Se optó por una entrevista de este tipo debido a que se pretendía obtener la mayor cantidad de información ateniéndose al tiempo disponible de los sujetos. Se les pidió un breve relato de su vida, interviniendo el entrevistador con preguntas que permitieran obtener datos acerca de

## Metodología

la percepción de los sujetos de la calidad de sus relaciones parentales infantiles y del manejo de su hostilidad, en situaciones hipotéticas de la vida diaria (ver Apéndice). El entrevistador intervino sólo en aquellos casos en que el dato no surgió espontáneamente.

### 10.0.-Procedimiento

Del total de pacientes hipertensos esenciales registrados en la consulta del médico particular, treinta cumplan con los criterios de inclusión planteados (ver Muestreo). De éstos, 13 accedieron a participar en el estudio.

La obtención de la muestra para formar el grupo comparativo está descrita en el inciso No. 5 de Muestreo. A todos los participantes se les explicaron los propósitos de la investigación cuando se les solicitó su cooperación. Posteriormente, se les citó individualmente en dos ocasiones, de acuerdo a su disponibilidad, para acudir al consultorio entre 8 y 10 A.M.

En la primera sesión se les hizo la entrevista, y en la segunda se aplicó el MMPI.

La calificación del MMPI se realizó en forma manual, y

## Metodología

se elaboraron los perfiles de cada uno de los sujetos. Para trazar el perfil promedio de cada uno de los grupos (hombres hipertensos, hombres normotensos, mujeres hipertensas, mujeres normotensas), se obtuvieron las 2 de los puntajes normalizados. Esto se hizo con el objeto de facilitar la interpretación clínica.

Las respuestas de la entrevista se clasificaron en dos categorías, cada una con sus respectivos indicadores. Las categorías fueron a) Represión de hostilidad y b) Relaciones parentales percibidas como amenazantes. Para la categoría Represión de hostilidad se elaboraron 8 indicadores con base en estudios previos y en la teoría (Harburg et al<sup>1968</sup>; Test de Dominancia-Sumisión de Allport):

- Indicador 1.- La no expresión abierta del enojo;
- Indicador 2.- No llevar a cabo ninguna acción para descargar el enojo;
- Indicador 3.- Sentimientos de culpa ante la expresión abierta del enojo;
- Indicador 4.- Tendencia a aislarse y no enfrentar situaciones provocadoras de enojo;
- Indicador 5.- Que durante la infancia los padres no les permitieran expresar su ira;

## Metodología

les permitieran expresar su ira:

- Indicador 6.- La no expresión del enojo ante la falta de cumplimiento de otras personas, en una situación que atañe directamente al sujeto;
- Indicador 7.- Que ante la injusticia de una persona considerada como autoridad el sujeto no se rebelé;
- Indicador 8.- Que ante la agresión directa en la vida diaria, la persona no haga valer sus derechos.

Los indicadores para la categoría Percepción de relaciones parentales amenazantes, se elaboraron siguiendo los mismos lineamientos mencionados anteriormente:

- Indicador 1.- Que durante la niñez la manifestación de enojo ante algo que era molesto o desagradable fuera castigada con indiferencia o a través de castigos físicos o verbales;
- Indicador 2.- Que la disciplina durante la niñez haya sido percibida como severa;
- Indicador 3.- Percepción del padre como persona dominante;
- Indicador 4.- Percepción de la madre como persona dominante;
- Indicador 5.- Percepción de la actitud del padre como

**Metodología**

amenazante: severo, poco afectuoso, rechazante, lejano, inconsistente, sobreprotector;

- Indicador 6.- Percepción de la actitud de la madre como amenazante: inconsistente, sobreprotectora, rechazante, poco afectuosa, lejana, severa.

Finalmente, tanto los datos obtenidos en cada una de las escalas del MMPI, así como las respuestas de la entrevista, se codificaron para ser procesadas por la computadora.

La codificación de las respuestas de la entrevista, se llevó a cabo asignando el valor 1 a la presencia y 2 a la ausencia de las categorías anteriormente mencionadas.

**Resultados****IV.- RESULTADOS**

Los resultados fueron obtenidos por medio del Paquete Aplicado a las Ciencias Sociales (SPSS) (Nie, Jull, Streinbeiner, 1980), a través de la computadora.

Dentro del paquete se hizo uso de tres programas que se adecuaban a los objetivos y requisitos de la investigación.

**4.1.- Programa de Frecuencias**

El primer programa utilizado fue el programa de Frecuencias, el cual permite obtener frecuencias relativas y absolutas, así como medidas de tendencia central y dispersión. Este programa se aplicó con la finalidad de obtener un estudio descriptivo de las muestras bajo estudio.

Este análisis descriptivo se hizo con cada uno de los grupos sometidos a investigación:

- Hombres hipertensos-hombres normotensos (A);

## Resultados

- Mujeres hipertensas-mujeres normotensas (B).

A continuación se presentan los resultados obtenidos en este programa, basados en cada una de las escalas del MMPI.

4.1.1.- Análisis e interpretación de los datos del MMPI.

Los resultados descritos están expresados en puntajes T.

A.- Comparación hombres hipertensos (N=8) - hombres normotensos (N=7) (ver tabla 1).

- En la escala L, la media aritmética ( $\bar{x}$ ) del grupo hipertenso fue de 51.87, mientras que la  $\bar{x}$  del grupo normotenso fue de 46.57.

Esto indica que los hombres normotensos tienden a ser menos convencionales en su actitud hacia la prueba.

- Por otra parte, en la escala F la  $\bar{x}$  del grupo hipertenso fue de 65.12, mientras que en el caso de los

**Resultados**

normotensos fue de 61.

Esto indica que aunque ambos grupos reconocen tener problemas, los hipertensos tienden a sentirse más afectados por ellos.

- Para la escala K, la  $\bar{x}$  del grupo hipertenso fue de 49.75 y la del grupo normotenso fue de 55.

Esto indica que los sujetos normotensos se sienten más seguros de poder resolver su problemática por sí mismos, mientras que los hipertensos dudan poder hacerlo sin ayuda, tal vez por una falla en su mecanismo defensivo.

- Con respecto a la escala I, la  $\bar{x}$  de los hipertensos fue de 75.75 y la  $\bar{x}$  de los normotensos fue de 61.28.

Esto indica que los sujetos hipertensos se encuentran más preocupados por su salud física, y expresan más quejas somáticas que los sujetos normotensos.

- En la escala 2, la  $\bar{x}$  de los hipertensos fue de 80.37, mientras que la de los normotensos fue de 71.14.

Esto indica que aunque ambos grupos presentan sentimientos de inseguridad y pesimismo, en los hipertensos éstos están acompañados de autodevaluación,

**Resultados**

tristeza, sentimientos de culpa y reducción de la energía y motivación.

- Para la escala 3, la  $\bar{x}$  del grupo hipertenso fue de 67.87 y la del grupo normotenso fue de 65.85. Lo que indica que ambos grupos son semejantes en cuanto a la aceptación de las normas de su grupo social. Sin embargo, el conformismo es más acentuado en los hipertensos, que podrían llegar a establecer relaciones interpersonales dependientes.

- Con respecto a la escala 4, la  $\bar{x}$  de los hipertensos fue de 57.87, y la  $\bar{x}$  de los normotensos de 64. Esto indica que los sujetos normotensos son más independientes e inconformistas, y se les dificulta menos que a los sujetos hipertensos el oponerse a las normas sociales.

- En la escala 5, la  $\bar{x}$  de los hipertensos fue de 66.25, mientras que la  $\bar{x}$  de los normotensos fue de 61.71. Esto indica que ambos grupos tienden a apartarse de los intereses estereotipados de la cultura, siendo esta actitud más notoria en el grupo hipertenso.

**Resultados**

- Para la escala 6, la  $\bar{x}$  de los hipertensos fue de 59.37, mientras que la  $\bar{x}$  de los normotensos fue de 55.71.

Esto indica que ambos grupos muestran interés y sensibilidad ante su medio.

- Con respecto a la escala 7, la  $\bar{x}$  en los hipertensos fue de 63.87, mientras que la  $\bar{x}$  de los normotensos fue de 62.

Esto indica que los sujetos de ambos grupos son personas preocupadas, que tienden al perfeccionismo y al orden. Presentan un adecuado nivel de angustia, producto de una actitud autocrítica.

- En la escala 8, la  $\bar{x}$  en los hipertensos fue de 67.37, mientras que la de los normotensos fue de 62.

Aparentemente, es más fácil para los normotensos establecer relaciones interpersonales. Los hipertensos presentan mayor tendencia a aislarse, lo que repercute en la calidad de sus relaciones.

- Para la escala 9, la  $\bar{x}$  de los sujetos hipertensos fue de 56.75, y la  $\bar{x}$  de los normotensos fue de 52.85.

Aunque las puntuaciones a este nivel indican que se

**Resultados**

trata de sujetos dinámicos, vitales y emprendedores, para su mejor comprensión debe tomarse en cuenta la elevación de la escala 2, que se presenta elevada en ambos grupos, lo que posiblemente reduce las motivaciones.

- Con respecto a la escala 0, la  $t$  de los hipertensos fue de 39.5 y la de los normotensos de 38.85. Esto indica que ambos grupos se autodescriben como introvertidos.

-----  
TABLA 1  
-----

Una vez descritas las escalas del MMPI, se procede a mencionar cada una de las combinaciones que le dan ciertas características al perfil. Las combinaciones que se describen son aquellas que permitieron dar respuesta a los problemas de investigación planteados (ver tabla 2).

En la combinación 21-12 como pico en el grupo de los hombres hipertensos, cinco casos presentaron esta combinación, lo que corresponde al 62.5 por ciento del

**Resultados**

total. Por otra parte, en el grupo normotenso esta combinación se presentó sólo en un caso, lo que corresponde al 14.3 por ciento del total. Esto indica que el perfil caracterizado por autodevaluación, tristeza y quejas somáticas, se presenta con mayor frecuencia entre los hipertensos.

Para la combinación 64-46 en los tres últimos lugares de la codificación de Welsh, en el grupo hipertenso tres casos presentaron esta combinación, lo que equivale al 37.5 por ciento, mientras que en el grupo normotenso fue observada en un caso, lo que corresponde al 14.3 por ciento del total. Esto podría indicar que entre los hipertensos hay una menor tendencia a reconocer sus impulsos agresivos.

Con respecto a la combinación 34-43 como pico, no aparece en ninguno de los grupos. Es decir, los perfiles de estos grupos no están caracterizados por actitudes pasivo-agresivas.

-----  
TABLA 2  
-----

**Resultados**

Posteriormente se presenta una descripción de las escalas del MMPI en las mujeres hipertensas y normotensas.

**B.- Comparación mujeres hipertensas (N=5) - mujeres normotensas (N=6) (ver tabla 1).**

- En la escala L, la  $\bar{x}$  en el grupo hipertenso fue de 59.6, mientras que en el grupo normotenso fue de 52.5. Esto indica que ambos grupos respondieron a la prueba en forma un tanto convencional.

- Por otra parte, en la escala F la  $\bar{x}$  de las hipertensas fue de 65.2, en tanto que la  $\bar{x}$  de las normotensas fue de 58.66.

Esto indica que aunque ambos grupos reconocen tener problemas, aparentemente las hipertensas se sienten más preocupadas por ello.

- Para la escala K, la  $\bar{x}$  de las hipertensas fue de 47, mientras que la  $\bar{x}$  de las normotensas fue de 54.5.

Esto indica que las normotensas se sienten capaces de

**Resultados**

resolver su problemática, en tanto que las hipertensas dudan de poder hacerlo sin ayuda, tal vez por una falla en su mecanismo defensivo.

- Con respecto a la escala 1, las hipertensas tuvieron una  $\bar{x}=68.2$ , y las normotensas tuvieron una  $\bar{x}=52$ .

Esto indica que las normotensas tienen un apreciación más realista acerca de su salud, mientras que las hipertensas expresan mayor preocupación e interés por ella. Es posible que en este grupo las quejas somáticas actúen como una defensa para controlar sus impulsos.

- En la escala 2, las hipertensas tuvieron una  $\bar{x}=76.2$ , y las normotensas tuvieron una  $\bar{x}=58.83$ .

Esto indica que las normotensas son personas autocríticas, que pueden emplear adecuadamente sus energías. Sin embargo, en las hipertensas se aprecia tristeza, autodevaluación y escasa energía y motivación.

- Para la escala 3, la  $\bar{x}$  de las hipertensas fue de 64.4, y la  $\bar{x}$  de las normotensas fue de 53.66.

Esto indica que en ambos grupos los sujetos tienen

## Resultados

interés y capacidad para relacionarse. Sin embargo, es posible que las hipertensas muestren un mayor interés en ser aceptadas por el grupo social.

- Con respecto a la escala 4, las hipertensas tuvieron una  $\bar{x}$ =58.6, y las normotensas una  $\bar{x}$ =59.

Ambos grupos tienen capacidad para ajustarse a las normas impuestas por la sociedad.

- En la escala 5, las hipertensas tuvieron una  $\bar{x}$ =54.4, y las normotensas tuvieron un  $\bar{x}$ =49.66.

Esto indica que ambos grupos aceptan su rol psicosexual, aunque pueden llegar a desarrollar intereses que se apartan del estereotipo femenino.

- Para la escala 6, la  $\bar{x}$  del grupo hipertensos fue de 57.4, mientras que la  $\bar{x}$  del grupo normotenso fue de 56.66.

Esto indica que, aunque a ambos grupos les interesa la opinión de los demás, no se sienten limitadas por su medio.

- En relación a la escala 7, los puntajes fueron:  $\bar{x}$ =66.2 para las hipertensas y  $\bar{x}$ =51.33 para las

## Resultados

normotensas.

Esto señala que, aunque ambos grupos tienen un adecuado nivel de angustia, las hipertensas tienden a ser más rígidas, preocupadas y aprensivas.

- Con respecto a la escala 8, la  $\bar{x}$  de las hipertensas fue de 65, y la  $\bar{x}$  de las normotensas fue de 56.66.

Esto indica que, aparentemente, las normotensas establecen relaciones personales con bases más realistas, mientras que las hipertensas tienden a aislarse, y reducen su interés por establecer contacto con los demás.

- Por otra parte, en la escala 9 las hipertensas tuvieron una  $\bar{x}=58.6$ , y las normotensas tuvieron una  $\bar{x}=56.66$ .

Aunque estas puntuaciones indican un adecuado nivel de energía, para su correcta interpretación debe considerarse la elevación de la escala 2. Esta última se encuentra elevada en el grupo hipertenso, lo cual podría indicar una reducción de la energía y motivación.

- En la escala 0, la  $\bar{x}$  de las hipertensas fue de 64.2,

## Resultados

y la  $\lambda$  de las normotensas fue de 56.66.

Esto indica que las hipertensas tienden más a la introversión que las normotensas.

-----  
 TABLA 1  
 -----

Al igual que en los hombres, se describen a continuación las combinaciones de escalas en las mujeres.

En la combinación 21-12 como pico, en el grupo de las hipertensas dos casos presentaron esta combinación, lo que corresponde al 40%, en tanto que en el grupo normotenso esta combinación no se presentó. Esto podría indicar que el perfil caracterizado por autodevaluación, triteza y queja somática, se dé con mayor frecuencia entre las hipertensas (ver tabla 2).

Para la combinación 64-46 en los tres últimos lugares de la codificación de Welsh, en el grupo hipertenso cuatro casos presentaron esta combinación, lo que corresponde al 80% del total. En el grupo normotenso

## Resultados

ningún caso la presentó. Esto podría indicar que entre las hipertensas hay una menor tendencia a reconocer sus impulsos agresivos.

Con respecto a la combinación 34-43 como pico, tanto en el grupo hipertenso como en el normotenso esta combinación no se presentó. Es decir, que los perfiles de estos grupos no están caracterizados por actitudes pasivo-agresivas.

-----  
 Tabla 2  
 -----

### 4.1.2.- Análisis de los datos de la entrevista

A.- Comparación hombres hipertensos (N=8) - hombres normotensos (N=7)

a) Respuestas dadas a la entrevista que indican Represión de Hostilidad (RH) (ver tabla 3).

1) El 100% de los casos hipertensos y el 42.9% de los

**Resultados**

normotensos se autodescribieron como personas que por lo general no expresan abiertamente su enojo.

2) El 50% de los casos en el grupo hipertenso y el 28,6% los casos en el grupo normotenso dieron respuestas que indicaban que, cuando se encontraban enojados, por lo general, no hacían nada para descargarlo.

3) El 87.5% de los casos en el grupo hipertenso y el 57.1% en los normotensos indicaron que en las ocasiones en que manifiestan su enojo, posteriormente se sienten muy mal y/o tratan de no pensar en lo que pasó.

4) El 87.5% de los casos en el grupo hipertenso y el 28.6% de los sujetos normotensos respondieron que ante una situación que les produce enojo, por lo general se aíslan para evitar el enfrentamiento.

5) El 100% de los hipertensos y el 57.1% de los normotensos, respondieron que durante su infancia, por lo general, no les estaba permitido expresar su enojo.

6) Ante la situación hipotética: "Si Ud. lleva un

## Resultados

artículo a componer y no se lo entregan en la fecha convenida, qué haría usted?"

El 37.5% de los hipertensos y el 71.4% de los normotensos indicaron que manifiestan su inconformidad sin demostrar su enojo, o se marchan sin decir nada. Cabe hacer notar que tres sujetos hipertensos no contestaron, lo que equivale al 37.5% del total.

7) Con respecto a la situación hipotética: "Si la persona para la cual trabaja se enojara con Ud. sin razón alguna, cómo reaccionaría?"

El 50% de los hipertensos y el 0% de los normotensos, respondieron que se sentirían enojados pero no lo demostrarían. Cabe hacer notar que un sujeto normotenso no dio respuesta a esta situación.

8) Para la situación hipotética: "Si está haciendo cola y alguien pretende colarse delante de usted, qué hace Ud. en este caso?"

El 37.5% de los hipertensos y el 14.3% de los normotensos señalaron que soportarían la situación sin hacer reclamación alguna, aunque les molestara.

-----  
TABLA 3  
-----

b) Respuestas dadas a la entrevista que se refieren a Relaciones Parentales Percibidas como Amenazantes (RPPA) (ver tabla 4).

1) El 75% de los sujetos hipertensos y el 14.3% de los normotensos manifestaron que en su niñez, cuando ellos expresaban su enojo ante una situación que les molestaba, sus padres por lo general dejaban de hablarles y/o les aplicaban un castigo físico o verbal.

2) Con respecto a la disciplina a la que estuvieron sometidos en su niñez, el 75% de los sujetos hipertensos y el 0% de los normotensos, respondieron que, generalmente, esta disciplina era severa y no se les permitían libertades.

3) Por otra parte, el 62.5% de los hipertensos y el 71.4% de los normotensos perciben a su padre como una persona dominante.

**Resultados**

4) Con respecto a la madre, el 62.5% de los hipertensos y el 85.7% de los normotensos perciben a la madre como una persona dominante.

5) En relación a la percepción de la actitud del padre hacia ellos, el 62.5% de los hipertensos y el 57.1% de los normotensos lo describieron como enérgico, poco afectuoso y lejano.

6) En cuanto a la percepción de la actitud de la madre hacia ellos, el 62.5% de los hipertensos y el 28.6% de los normotensos la describieron como preocupada por ellos, pero que no les daba mucha seguridad.

-----  
TABLA 4  
-----

B) Comparación mujeres hipertensas (N=5) - mujeres normotensas (N=6)

a) Respuestas dadas a la entrevista que indican Represión de Hostilidad (RH) (ver tabla 3).

**Resultados**

- 1) El 100% de los casos hipertensos y el 50% de los casos normotensos se describen como personas que, por lo general, no expresan abiertamente su enojo.
- 2) El 100% de los casos en el grupo hipertenso y el 33.3% de los casos en el grupo normotenso dieron respuestas que indicaban que cuando se encontraban enojadas, por lo general no hacían nada para descargar el enojo.
- 3) El 80% de los casos en el grupo hipertenso y el 33.3% de los casos en el grupo normotenso indicaron que en las ocasiones en que manifiestan su enojo, posteriormente se sienten muy mal y/o tratan de no pensar en lo que pasó.
- 4) El 100% de los casos en el grupo hipertenso y el 50% de los casos normotensos, respondieron que ante una situación que les produce enojo, por lo general se aíslan para evitar el enfrentamiento.
- 5) El 60% de las hipertensas y el 66.7% de las normotensas respondieron que durante su infancia, por

**Resultados**

lo general no les estaba permitido expresar su enojo.

6) Ante la situación hipotética: "Si Ud. lleva un artículo a componer y no se lo entregan en la fecha convenida, qué haría Ud.?"

El 100% de los casos hipertensos y el 93.3% de los normotensos indicaron que manifiestan su inconformidad sin demostrar su enojo, o se marchan sin decir nada.

7) Con respecto a la situación hipotética: "Si la persona para la cual trabaja se enoja con Ud. sin razón alguna, cómo reaccionaría?"

El 20% de las hipertensas y el 33.3% de las normotensas respondieron que se sentirían enojadas, pero no lo demostrarían. Cabe hacer notar que cuatro sujetos hipertensos y un sujeto normotenso no dieron respuesta a esta situación.

8) Para la situación hipotética: "Si está haciendo cola y alguien pretende colarse delante de Ud., qué hace Ud. en este caso?"

El 80% de las hipertensas y el 0% de las normotensas señalaron que soportarían la situación sin hacer reclamación alguna, aunque les molestara.

**Resultados**

**b) Respuestas dadas a la entrevista que se refieren a Relaciones Parentales Percibidas como Amenazantes (RPPA) (ver tabla 4).**

1) El 60% de las hipertensas y el 33.3% de las normotensas manifestaron que en su niñez, cuando ellas expresaban enojo ante una situación que les molestaba, sus padres por lo general dejaban de hablarles y/o les aplicaban un castigo físico o verbal.

2) Con respecto a la disciplina a que estuvieron sometidas en su niñez, el 60% de las hipertensas y el 33.3 % de las normotensas respondieron que, generalmente, esta disciplina era severa y no se les permitían libertades.

3) Por otra parte, el 40% de las hipertensas y el 66.7% de las normotensas perciben a su padre como una persona dominante.

4) Con respecto a la madre, el 60% de las hipertensas y el 50% de las normotensas la perciben como una persona dominante.

**Resultados**

5) En relación a la percepción de la actitud del padre hacia ellas, el 40% de las hipertensas y el 33.3% de las normotensas lo describieron como enérgico, poco afectuoso y lejano. Cabe hacer notar que dos sujetos hipertensos no respondieron.

6) En cuanto a la percepción de la actitud de la madre hacia ellas, el 40% de las hipertensas y el 16.7% de las normotensas la describieron como preocupada, pero que no les daba mucha seguridad. Cabe hacer notar que dos sujetos hipertensos no dieron respuesta.

**4.2.- Programa de Crosstabs**

Una vez realizado el estudio descriptivo de la muestra, se procedió a elaborar un análisis de significancia estadística, aplicando para ello un segundo programa, que en este caso fue el Crosstabs.

Este programa permitió obtener tablas de contingencia, así como una prueba de hipótesis y un Coeficiente de Asociación. La prueba aplicada fue la  $X^2$  (Chi

**Resultados**

cuadrada), la cual nos permitió: 1º) observar si existían diferencias significativas en ciertos rasgos de personalidad entre hipertensos y normotensos, a través de ciertas combinaciones de escalas del MMPI ; y 2º) observar si existían diferencias significativas en la respuestas dadas a la entrevista entre ambos grupos, con respecto a relaciones parentales y manejo de hostilidad. Esta prueba se aplicó debido a que las variables sometidas a investigación presentan un nivel de medición nominal y sus frecuencias esperadas son mayores a cinco.

El coeficiente de asociación aplicado en este caso dependió del tamaño de la tabla de contingencia que presentaban los datos. Si la tabla era de 2x2 se aplicó el coeficiente Phi para variables nominales; si la tabla era mayor de 2x2, se aplicó el coeficiente V de Cramer.

Estos coeficientes se aplicaron con la finalidad de conocer si las variables tenían alguna relación dentro de la muestra estudiada.

**Resultados**

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

**4.2.1.- Combinaciones de escalas del MMPI (ver tabla 5)**

- Combinación 64 en los últimos tres lugares de la codificación de Welsh.

Para esta combinación se encontró una  $X^2=4.51$ , con  $gl=1$  y  $p=0.03$ , lo cual indica que la frecuencia de sujetos hipertensos que presentan esta combinación es significativamente mayor que la de los normotensos.

- Combinación 21-12 como pico, se encontró una  $X^2=4.51$ , con  $gl=1$  y  $p=0.03$ . Esto indica que la frecuencia de sujetos hipertensos que presentan esta combinación es significativamente mayor que la de los normotensos.

-----  
TABLA 5  
-----

**4.2.2.- Respuestas dadas a la entrevista en la dirección Represión de Hostilidad (RH) (ver tabla 6).**

**Resultados**

- En la respuesta 1, se encontró una  $X^2=7.03$ , con  $gl=1$  y  $p=0.00$ , lo que indica que hay una diferencia significativa en las respuestas dadas en la dirección RH entre hipertensos y normotensos, siendo mayores las frecuencias en el grupo hipertenso.

- Para la respuesta 2, se encontró una  $X^2=5.9$ , con una  $gl=2$  y  $p=0.05$ , lo que indica que hay diferencias significativas en las respuestas dadas en la dirección RH entre hipertensos y normotensos, siendo mayores las frecuencias en el grupo hipertenso.

- Con respecto a la respuesta 3, se encontró una  $X^2=2.7$ , con  $gl=1$  y  $p=0.09$ , lo que indica que no hay diferencias significativas en las respuestas dadas por ambos grupos en la dirección RH.

- En la respuesta 4, se encontró una  $X^2=6.1$  con  $gl=1$  y  $p=0.01$ , lo que indica que hay diferencias significativas en las respuestas dadas en la dirección RH entre hipertensos y normotensos, siendo mayores las frecuencias en el grupo hipertenso.

- Para la respuesta 5, se encontró una  $X^2=0.7$  con  $gl=1$

**Resultados**

y  $p=0.3$ , lo que indica que no hay diferencias significativas en las respuestas dadas por ambos grupos en la dirección RH.

- Con respecto a la respuesta 6, se encontró una  $X^2=3.4$  con  $gl=2$  y  $p=0.1$ , lo que indica que no hay diferencias significativas en las respuestas dadas por ambos grupos en la dirección RH.

- En la respuesta 7, se encontró una  $X^2=10.4$  con  $gl=2$  y  $p=0.00$ , lo que indica que hay diferencias significativas en las respuestas dadas en la dirección RH entre hipertensos y normotensos, siendo mayores las frecuencias en el grupo hipertenso.

- Con respecto a la respuesta 8, se encontró una  $X^2=6.7$  con  $gl=2$  y  $p=0.03$ , lo que indica que hay diferencias significativas en las respuestas dadas en la dirección RH entre hipertensos y normotensos, siendo mayores las frecuencias en los primeros.

## Resultados

-----  
TABLA 6  
-----

4.2.3.- Respuestas dadas a la entrevista en la dirección Relaciones Parentales Percibidas como Amenazantes (RPPA) (ver tabla 7).

- En la respuesta 1 se encontró una  $X^2=7.7$  con  $gl=2$  y  $p=0.02$ , lo que indica que hay diferencias significativas en las respuestas dadas en la dirección RPPA entre hipertensos y normotensos, siendo mayores las frecuencias en el grupo hipertenso.

- Para la respuesta 2, se encontró una  $X^2=5.6$  con  $gl=1$  y  $p=0.01$ , lo que indica que hay diferencias significativas en las frecuencias de las respuestas en la dirección RPPA entre los grupos, siendo mayores las de los hipertensos.

- Con respecto a la respuesta 3, se encontró una  $X^2=3.39$  con  $gl=2$  y  $p=0.1$ . Esto indica que no hay diferencias significativas entre ambos grupos en la

**Resultados**

dirección RPPA.

- En la respuesta 4, se encontró una  $X^2=0.0$  con  $gl=1$  y  $p=1$ , lo que indica que no hay diferencias significativas entre ambos grupos en la dirección RPPA.

- Para la respuesta 5, se encontró una  $X^2=6.8$  con  $gl=2$  y  $p=0.03$ , lo que indica que hay diferencias significativas en las frecuencias de las respuestas dadas en la dirección RPPA entre ambos grupos, siendo mayores las del grupo hipertenso.

- Con respecto a la respuesta 6, se encontró una  $X^2=8.36$  con  $gl=2$  y  $p=0.01$ . Esto indica que hay diferencias significativas en las frecuencias de las respuestas dadas en la dirección RPPA entre ambos grupos, siendo mayores las del grupo hipertenso.

-----  
TABLA 7  
-----

## Resultados

4.3.- Programa ANOVA

Finalmente, el tercer programa aplicado fue el ANOVA, el cual proporcionó un análisis de las diferencias entre las  $\bar{x}$  y las varianzas de cada una de las escalas del MMPI por padecimiento: hombres y mujeres hipertensos, N=13 (G1), y hombres y mujeres normotensos, N=13 (G2).

Este programa se aplicó debido a que el nivel de medición que presentan las escalas del MMPI es intervalar.

Los datos obtenidos fueron los siguientes (ver tabla 8):

- Para la escala L no se encontraron diferencias significativas por padecimiento ( $p=0.22$ ).
- En la escala F se encontraron diferencias significativas por padecimiento, con  $F=5.52$  y  $p=0.02$ . En esta escala la  $\bar{x}$  de G1 fue de 65.15, mientras que la  $\bar{x}$  de G2 fue de 59.92. Esto podría indicar que los

**Resultados**

hipertensos se sienten más afectados por su problemática.

- Con respecto a la escala K, se encontraron diferencias significativas por padecimiento, con  $F=4.2$  y  $p=0.05$ . La  $\bar{x}$  de G1 fue significativamente menor ( $\bar{x}=48.69$ ) que la  $\bar{x}$  de G2 ( $\bar{x}=54.77$ ). Esto podría indicar que los hipertensos se sienten menos capaces de resolver sus problemas sin ayuda. Este aspecto es más notorio en las mujeres hipertensas, cuya  $\bar{x}$  es de 47, siendo ésta la más baja entre los cuatro grupos.

- En la escala 1 se encontraron diferencias significativas entre los grupos, con  $F=4.5$  y  $p=0.04$ . La  $\bar{x}$  de G1 fue significativamente mayor que la de G2 (72.85 y 57 respectivamente). Esto podría indicar que los hipertensos se sienten más preocupados por su salud y utilizan la queja somática como defensa. Esto es más notorio en los hombres hipertensos ( $\bar{x}=75.75$ ).

- Para la escala 2 se encontraron diferencias significativas entre los grupos, con  $F=7.7$  y  $p=0.01$ . La  $\bar{x}$  de G1 fue significativamente mayor que la de G2 (78.77 y 65.46 respectivamente). Esto podría indicar

## Resultados

que los hipertensos son más pesimistas, críticos consigo mismos y autodevaluados, rasgos que caracterizan los estados depresivos. Esta característica es más marcada en los hombres hipertensos ( $\bar{x}=80.38$ ).

- Con respecto a las escalas 3, 4 y 6, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos ( $p=0.16$ ;  $p=0.44$ ; y  $p=0.5$ , respectivamente).

- En la escala 7 se encontraron diferencias significativas por padecimiento, con  $F=4.2$  y  $p=0.05$ . G1 obtuvo una  $\bar{x}=64.77$  y G2 obtuvo una  $\bar{x}=57.08$ , lo que podría indicar que los hipertensos se sienten más angustiados y son más autocríticos. Aspecto que es más notorio en las mujeres hipertensas ( $\bar{x}=66.20$ ).

- En las escalas 8, 9 y 0 no se encontraron diferencias significativas entre G1 y G2 ( $p=0.1$ ;  $p=0.47$ ; y  $p=0.15$ , respectivamente).

-----  
 TABLA 8  
 -----

**Resultados****4.4.- Interpretación clínica de los perfiles promedio de cada grupo\***

Para una mejor comprensión de los rasgos de personalidad de los sujetos, se realizó un análisis global del perfil promedio de cada grupo (ver perfiles al final de este capítulo).

**4.4.1.- Interpretación del perfil promedio de hombres hipertensos**

Contestaron la prueba en forma un tanto convencional tratando de dar una buena impresión de sí mismos, para ser aceptados por el grupo. Reconocen tener problemas, que no creen poder resolver sin ayuda.

-----

\* La interpretación se realizó siguiendo los lineamientos de Rivera, Lucio y Esquivel<sup>20</sup>.

**Resultados**

Son individuos insatisfechos consigo mismos, muy inseguros, con fuertes sentimientos de minusvalía, lo que los lleva a enfrentar todas las situaciones con pesimismo, angustia y culpa. Los componentes depresivos de la personalidad de estos sujetos, al parecer, determinan la forma característica de reacción ante situaciones críticas. Aunque en este grupo las quejas somáticas podrían estar fundamentadas en su hipertensión, está presente la posibilidad de que racionalicen su falta de ánimo y su sensación de fracaso a través de la exageración de tales quejas, lo que les permitiría justificar su desánimo, salvaguardar en parte su autoconcepto y disculpar sus fallas.

Si obtienen el apoyo y la aceptación de su grupo social los sentimientos de inferioridad se reducen parcialmente; esto los lleva a adoptar actitudes de pasividad y tolerancia y a evitar situaciones problemáticas que puedan ser percibidas como agresivas por los demás, de aquí que controlen sus impulsos para evitar el rechazo. Su inseguridad los lleva a demandar afecto y aprobación, con poca retribución de su parte, aunque aparezcan como sumisos y complacientes. Esto

**Resultados**

impide que establezcan un compromiso, lo que dificulta sus relaciones interpersonales.

La poca confianza en sus capacidades los hace sentir que no tendrían la energía suficiente para lograr sus metas.

#### **4.4.2.- Interpretación del perfil promedio de mujeres hipertensas**

Contestaron la prueba en forma convencional, intentando dar una buena imagen de sí mismas. Reconocen tener problemas que no se sienten capaces de resolver solas.

Son personas devaluadas, inseguras, insatisfechas, que dudan constantemente de sus capacidades, y se sienten con poca energía y motivación para emprender nuevas actividades, por su falta de decisión, lo que entorpece sus logros. Esto les genera angustia y autoreproches, lo que aumenta su sensación de tristeza y fracaso.

Se muestran frágiles con gran preocupación por su salud física que podría estar fundamentada en su

**Resultados**

hipertensión, sin embargo, es posible que las quejas somáticas les sirvan para obtener un mayor tiempo de reacción al enfrentarse con una situación crítica que pudiera originar una descarga impulsiva. Son sujetos que enfocan su energía hacia la revisión constante de sus propias vivencias; revisión que por su inseguridad resulta en mayor angustia y autodevaluación. Su capacidad autorreflexiva y autocrítica está actuando como control de las descargas impulsivas. Aunque son capaces de establecer relaciones interpersonales, éstas se ven dificultadas por su dependencia hacia las personas por las cuales se sienten aceptadas, lo que hace que toleren mal la frustración y en ocasiones prefieren aislarse, o adoptar una actitud sumisa y pasiva.

**4.4.3.- Interpretación del perfil promedio de hombres normotensos**

Este grupo contestó a la prueba mostrándose estricto en su autodescripción; consideran tener problemas pero se sienten capaces de resolverlos.

**Resultados**

Como rasgo importante se observa la necesidad de hacer compatibles la búsqueda de aceptación y cariño, con la manifestación de algunos aspectos impulsivos que pueden ser considerados poco sociales. Actualmente presentan inseguridad y pesimismo, tal vez determinadas por la conciencia de que su impulsividad los puede llevar a actuar en forma reñida con las normas aceptadas socialmente. Sin embargo, esta valoración que los sujetos hacen de su impulsividad puede estar exagerada por su autocrítica y la necesidad de no aparecer como mal ajustados. Esto hace que oscilen entre encubrir su rebelión a través de actitudes de resistencia pasiva y/o manipular su ambiente por medio de ciertas actitudes, que les permitan obtener gratificación y aceptación social. El no poder dar libre curso a sus impulsos y demostrar que son autoafirmados les provoca cierto nivel de angustia.

Aparecen como personas agradables, pero sus relaciones interpersonales difícilmente son profundas.

Se sienten capaces de alcanzar las metas que se proponen, aunque la energía para llevarlas a cabo esté reducida por la lucha entre su impulsividad y su

**Resultados**

necesidad de no ir contra las normas establecidas.

**4.4.4.- Interpretación del perfil promedio de mujeres normotensas**

Contestaron a la prueba intentando dar una buena impresión de sí mismas. Reconocen tener algunos problemas, los cuales sienten poder resolver.

Se describen como personas dinámicas, egocéntricas, egoístas e individualistas. Los sujetos de este grupo podrían manifestar tendencias impulsivas, sin embargo, paralelo a la descarga sobreviene la inseguridad, aunque ésta en ocasiones no es suficiente para impedir que se presenten tales descargas.

Son gente agradable que puede establecer relaciones interpersonales aunque a nivel superficial; su facilidad para manipular a los demás les permite obtener ciertas ventajas de su medio.

Tienen intereses, son emprendedoras y con capacidad para alcanzar lo que se proponen.

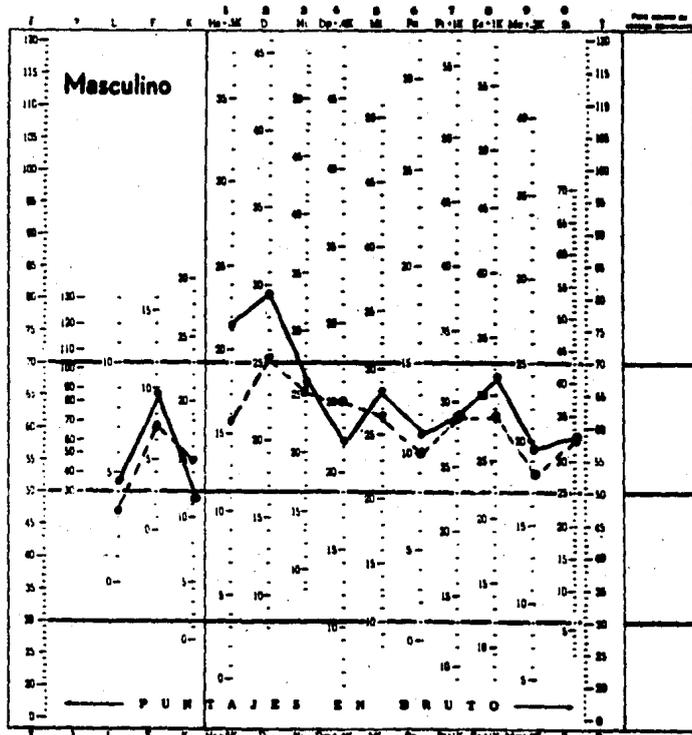
**INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español**

Starke R. Hathaway y J. Cheney McClellan



Nombre PERFIL COMPARATIVO  
(Nombre de sujeto)  
Dirección HOMBRES.  
Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de la Prueba \_\_\_\_\_

Otros exámenes o estudios completos \_\_\_\_\_  
Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_



Frases de 10

	1	2	3
20	13	13	6
21	15	13	6
22	14	11	6
23	14	11	5
24	13	10	5
25	13	10	5
26	13	10	5
27	14	11	5
28	11	9	4
29	11	9	4
30	10	8	4
31	10	8	4
32	9	7	3
33	9	7	3
34	8	6	3
35	8	6	3
36	7	6	3
37	7	5	3
38	6	5	2
39	6	4	2
40	5	4	2
41	5	4	2
42	4	3	1
43	4	3	1
44	3	2	1
45	3	2	1
46	2	1	0
47	2	1	0
48	1	0	0
49	1	0	0
50	0	0	0

NOTAS

— HIPERTENSOS

- - - - - NORMOTENSOS.

Puntaje en bruto \_\_\_\_\_  
Agregar factor K \_\_\_\_\_  
Puntaje corregido \_\_\_\_\_

# INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charney McKinley

## PERFIL Y RESUMEN

Nombre PERFIL COMPARATIVO  
(Tipo de sujeto)

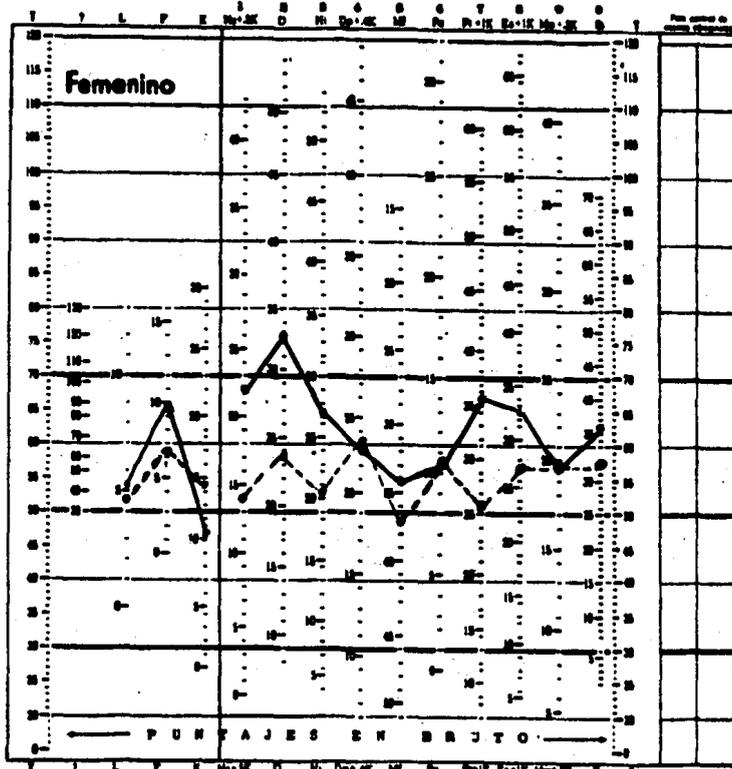


Sexo MUJERES.

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de la Prueba \_\_\_\_\_

Otros exámenes o estudios completos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_



Puntuación	Frecuencia %			
	E	A	A	S
20	15	13	6	6
25	13	17	6	6
30	14	11	6	6
37	16	11	5	5
45	13	10	5	5
55	13	10	5	5
64	12	10	5	5
73	13	9	5	5
82	11	9	4	4
91	11	8	4	4
100	10	8	4	4
110	10	8	4	4
120	9	7	4	4
130	9	7	3	3
140	8	6	3	3
150	8	6	3	3
160	7	5	3	3
170	8	5	3	3
180	7	4	3	3
190	6	3	2	2
200	5	4	2	2
210	5	4	2	2
220	4	3	2	2
230	3	3	2	2
240	2	1	1	1
250	1	1	1	1
260	0	0	0	0

### NOTAS

— HIPERTENSAS.  
 - - - - - NORMATENSAS.

Puntaje en bruto \_\_\_\_\_  
 Agregar factor K \_\_\_\_\_  
 Puntaje corregido \_\_\_\_\_



Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**V.- ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS**

1.- La Ho. se rechaza con base en los siguientes resultados:

a) Existen diferencias significativas en las puntuaciones medias de las escalas F y K, entre hipertensos y normotensos. Esto señala una actitud diferente en la manera de contestar la prueba, lo que podría indicar que los hipertensos se sienten con una mayor tensión interna y con una menor capacidad para utilizar sus defensas.

b) Las diferencias significativas en los puntajes medios de las escalas 1, 2 y 7 indican que los hipertensos presentan, en forma más marcada, los rasgos que caracterizan la elevación de estas escalas.

c) La combinación 21 - 12 como pico aparece con una frecuencia significativamente mayor en los hipertensos. La característica principal de esta configuración se refiere a los fuertes sentimientos de inseguridad,

**Analisis**

inferioridad, angustia y pesimismo con que el sujeto enfrenta todas las situaciones, elaborando como mecanismo de defensa algunas somatizaciones. La queja somática es manejada como una racionalización, que permite un mayor tiempo de reacción al enfrentar situaciones difíciles, logrando así una mejor oportunidad ante las demandas de la realidad.

Por lo tanto, se puede decir que si existen características de personalidad distintivas en el perfil del paciente hipertenso esencial.

**II.-** La Hoz se rechaza con base en los siguientes resultados:

a) Se encontró que los hipertensos se autodescriben, con mayor frecuencia que los normotensos, como personas que por lo general, no expresan abiertamente su enojo.

b) Entre los hipertensos, la frecuencia de respuesta que indicaba que no usaban mecanismos que permitieran dar salida a su ira, fue significativamente mayor que la de los normotensos.

## Análisis

c) Entre los hipertensos, la frecuencia de respuesta que indicaba que cuando están enojados tienden a aislarse para evitar el enfrentamiento, fue significativamente mayor que la de los normotensos.

d) Entre los hipertensos, la frecuencia de respuesta que indicaba que ante una figura de autoridad soportarían la injusticia sin demostrar su enojo, fue significativamente mayor que la de los normotensos.

e) Entre los hipertensos, la frecuencia de respuesta que indicaba que en una situación cotidiana en que sintieran atropellados sus derechos no harían reclamación alguna, aunque les molestara, fue significativamente mayor que en los normotensos.

f) En cuanto a la elevación de las escalas 64 - 46, éstas aparecen en los tres últimos lugares del perfil promedio de los hipertensos (hombres y mujeres), con una frecuencia significativamente mayor que en los normotensos. Aunque las puntuaciones T de estas escalas en los hipertensos no están por debajo de la media estadística, son las más bajas de sus perfiles. Esto

**Analisis**

podria indicar que los hipertensos tienden a no reconocer sus impulsos hostiles, y tratan de controlar cualquier informacion acerca de éstos.

Por lo tanto, se puede decir que los hipertensos tienden a ser más sumisos, pasivos y a no demostrar su hostilidad, comprobándose así la  $H_{12}$ .

**III.-** Se rechaza  $H_{03}$  con base en los siguientes resultados:

a) Entre los hipertensos, la frecuencia de respuesta que indicaba que durante su infancia se les castigaba por manifestar su enojo, fue significativamente mayor que en los normotensos.

b) Entre los hipertensos, la frecuencia de respuesta que indicaba que la disciplina infantil fue severa, fue significativamente mayor que en los normotensos.

c) Entre los hipertensos, la frecuencia de respuesta que describia al padre como enérgico, poco afectuoso y lejano, fue significativamente mayor que la de los

**Analisis**

normotensos.

d) Entre los hipertensos, la frecuencia de respuesta que describía a la madre como preocupada por ellos pero que no les daba mucha seguridad, fue significativamente mayor que la de los normotensos.

Por lo tanto, se puede decir que hay diferencia en la percepción de las relaciones parentales tempranas entre normotensos e hipertensos, siendo más amenazante la de estos últimos, con lo que se acepta H<sub>1b</sub>.

## VI.- CONCLUSIONES

Dentro de la Psicología Clínica, el estudio de la personalidad ha ocupado un lugar relevante ya que ésta determina una forma de actuar, sentir y pensar que es característica de cada individuo. La forma como se estructuran estos factores va a incidir tanto en la salud psíquica como física.

El enfoque psicossomático de la hipertensión esencial, propone que los rasgos de personalidad y el estado emocional juegan un rol causal en la etiología de las elevaciones de la presión sanguínea.

En este estudio se pudo comprobar que los resultados obtenidos se ajustan a lo planteado por Dunbar (1965), Lucas (1977), Defrenne (1978) y Baer (1979), en el sentido de que los pacientes hipertensos esenciales presentan ciertas características de personalidad que los diferencian de los normotensos.

Asimismo, se confirmó lo planteado por Alexander (1939)

## Conclusiones

y Hokanson et al (1963), en términos de la represión de la hostilidad como uno de los rasgos característicos de la personalidad del hipertenso esencial, y lo expuesto por Hambling (1951), Reiser et al (1951), Van der Valk (1967) y Harburg et al (1965), que vinculan la presencia de relaciones parentales amenazantes en la niñez con este padecimiento.

Los datos encontrados a través del MMPI, señalan que los hipertensos esenciales se autodescriben como socialmente ajustados, procurando dar una imagen que no sea contraria a las normas establecidas por la sociedad. Este esfuerzo por mostrarse bien adaptados les demanda un gran gasto de energía, que al no poder utilizar en resolver su problemática, aumenta su tensión interna. De aquí que, aunque traten de no demostrar su desadaptación emocional, sienten que no van a poder salir adelante por sí solos.

Son personas pesimistas, con poca confianza en sus capacidades, autodevaluadas y con un nivel de angustia que, aunque no patológico, puede llevarlas a sentirse preocupadas aún en situaciones cotidianas. Es posible que estas características atenten contra la utilización

## Conclusiones

adecuada de sus defensas, lo que mantiene su tensión interna. La racionalización de sus fallas, a partir de la queja somática, les sirve para disculpar su actitud pasiva e insegura y salvaguardar, en parte, su autoestima.

La tristeza y la autodevaluación, bien podrían ser el resultado del manejo de la culpa que se transforma en hostilidad hacia sí mismos y los lleva a autocastigarse.

Este aspecto se reflejó también durante la entrevista, en la cual la mayoría de los sujetos hipertensos manifestaron su inconformidad con su quehacer cotidiano, motivada por la sensación de no estar cumpliendo adecuadamente tanto en su trabajo, como con su familia. Estas personas daban la impresión de estar sometidas a una constante presión interna, lo que posiblemente redunde en su estado físico.

Además se observó que los hipertensos tienden a no expresar sus emociones negativas, lo que contribuye a mantener la tensión con que se enfrentan a la vida. Esto pudo ser corroborado a través de la entrevista, ya

## Conclusiones

que la mayoría de los sujetos expresó que se le dificulta externar su ira ante situaciones que, generalmente, son consideradas como provocadoras de enojo. Cabe hacer notar que este impedimento es mayor cuando la agresión proviene de personas que representan autoridad.

Esto podría deberse a que estos sujetos estuvieron sometidos durante su niñez a una disciplina severa, que no permitía las expresiones de enojo hacia los padres o hermanos. En consecuencia, debían reprimir sus impulsos hostiles y controlar la información acerca de éstos, apareciendo como sumisos y bien ajustados. Esta apariencia de sumisión podría estar determinada por la internalización de las reglas impuestas durante la infancia por padres percibidos como poco afectuosos, lejanos, que no brindaban el apoyo que es necesario para desarrollar la seguridad y la autoestima.

Aquí cabría hacer notar que, a pesar de lo anterior, no manifestaron tener un recuerdo de los padres como personas dominantes, lo que permitiría inferir que tal vez en su percepción de la dinámica familiar, el imponer una disciplina severa es un privilegio de los

## Conclusiones

padres, lo que posteriormente incide en que las agresiones sean enfrentadas con sumisión y pasividad. Por otra parte, es bien sabido que un padre lejano provoca intensa ira, lo que posiblemente explique la culpa que los lleva a autocastigarse.

La indefección emocional que estos pacientes transmiten, reafirma nuestro planteamiento de que es necesario brindarles no sólo un tratamiento físico, sino que éste debería estar complementado con algún tipo de ayuda psicológica que permita una vida más plena y satisfactoria.

Además, creemos que en términos de costo-beneficio, la prevención de una enfermedad que ya es un problema de salud pública, debería ocupar un lugar importante en los programas de salud.

Por esto, consideramos que esta primera aproximación al problema abre el camino a investigaciones con miras a una generalización de los resultados. Para esto sería conveniente seleccionar una muestra más amplia, que comprenda distintos sectores de la población. Si estos hallazgos son generalizables, podrían servir como marco

**Conclusiones**

de referencia para detectar posibles candidatos a la hipertensión esencial, y tomar medidas que prevengan la evolución del padecimiento.

Como en este estudio la muestra consistió de sujetos ya diagnosticados, sugerimos que en una futura investigación se incluya una muestra de sujetos considerados como hipertensos limitrofes, lo que permitiría comprobar en forma más precisa estos datos.

Además, es posible que el perfil encontrado no sea privativo de la hipertensión esencial, sino que corresponda al perfil que podría presentarse en otros trastornos psicosomáticos. Para descartar esta posibilidad, sería conveniente hacer un estudio en que se compararan las características observadas en los pacientes hipertensos esenciales con las de pacientes con otros padecimientos considerados como psicosomáticos.

**BIBLIOGRAFIA**

- 1.- Alexander, F. y Szasz, T. Psiquiatría Dinámica. Argentina: Edit. Paidós, 1979.
- 2.- Alexander, F. Emotional factors in essential hypertension, Psychosomatic Medicine, 1939, 1, 175-179.
- 3.- Amery, A. et al. Does diet matter hypertension? European Heart Journal, 1980, 1, 299-308.
- 4.- Anderson, D. E. y Brady, J. V. Differential preparatory cardiovascular responses to aversive and appetitive behavioral conditioning. Conditioned Reflex, 1972, 7, 82-96 (Abstract).
- 5.- Anderson, D. E. y Tosheff, J. G. Cardiac output and total peripheral resistance changes during preavoidance periods in the dog. Journal

## Bibliografía

- of Applied Physiology, 1973, 34, 650-684  
(Abstract).
- 6.- Andr n, L. y Hanson, L. Circulatory effects of stress in essential hypertension. Acta Medica Scandinavica Supplement, 198, 646, 69-72  
(Abstract).
- 7.- Baer, P. E. et al. Behavioral response to induced conflict in families with a hypertensive father. Hypertension, 1980, 2, 70-77.
- 8.- Baer, P. E. et al. Assessing personality factors in essential hypertension with a brief self-report instrument. Psychosomatic Medicine, 1979, Vol. 41, N  4, 321-330.
- 9.- B ckel, M. Trastornos Psicossom ticos en la Ni ez y la Adolescencia. Buenos Aires: Ed. Nueva Visi n, 1984.
- 10.- Beiser, M. et al. Systemic blood pressure studies among the serer of Senegal. Journal of Chronic Diseases, 1976, 29, 371-380.

## Bibliografía

- 11.- Bonami, M. et al. Experimental approaches to the personality and the professional readaptation of the coronary patients. Acta Psychiatrica Belgica, 1970 (5), 579-590 (Abstract).
- 12.- Brod, J. Haemodynamics and emotional stress. En M. Koster, H. Musaphs y P. Visser (Eds.). Psychosomatics in Essential Hypertension. (Biblioteca Psiquiátrica N°. 144). Basel: Karger, 1970.
- 13.- Canon, W. B. The Wisdom of the Body. Nueva York, Norton, 1932.
- 14.- Cardozo, P. The assertiveness of hypertensives: A personality study. Dissertation Abstracts International. 1980, Jun. 40 (12 b, Pt. 1), 5803.
- 15.- Cobb, S. y Rose, R. M. Hypertension, peptic ulcer and diabetes in air traffic controllers. Journal of the American Medical Association, 1973, 224, 489-492.

## Bibliografía

- 16.- Cochrane, R. Neuroticism and the discovery of high blood pressure. Journal of Psychosomatic Research. 1969, 13, 21-25.
- 17.- Collins, F. H., Baer, P. E. y Sourianoff, G. G. Orienting behavior of children with hypertensive fathers. Psychophysiology, 1981, 18, 181 (Abstract).
- 18.- Cruz-Coke, R. Environmental influences and arterial blood pressure. Lancet, 1960, 11, 885-886.
- 19.- Chiang, B. N. et al. Overweight and hypertension. A review. Circulation, 1969, 39, 403-421.
- 20.- Defrenne, J. y Mertens, C. Validation of a psychological questionnaire to differentiate subjects with propensities for hypertension, tachycardia or angor from normal subjects. Acta Psychiatrica Belgica, 1978, 78, (2) 348-357 (Abstract).

## Bibliografía

- 21.- Doyle, A. E. y Fraser, J. R. E. Essential hypertension and inheritance of vascular reactivity. Lancet, 1961, 7201, 509-511.
- 22.- Drummond, P. Personality traits in young males at risk for hypertension. Journal of Psychosomatic Research, 1982, 26 (4), 585-589.
- 23.- Dunbar, H. F. Medicina Psicosomática y Psicoanálisis de Hoy. Buenos Aires: Edit. Paidós, 1965.
- 24.- Escudero y Méndez. Hipertensión Arterial Esencial. s/ed., s/f.
- 25.- Esler, M. D. et al. Mild high-renin essential hypertension. New England Journal of Medicine, 1977, 296, 405-411 (Abstract).
- 26.- Ey, Henri. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Ed. Toray Masson, 1980.
- 27.- Falkner, B. et al. Cardiovascular response to

## Bibliografía

- mental stress in normal adolescents with hypertensive parents. Hemodynamics and mental stress in adolescents. Hypertension, 1979, 1, 23-30.
- 28.- Fontaine, R. y Boisvert, D. Psychophysiological disorders in anxious patients: hypertension and hypotension. Psychotherapy and Psychosomatics, 1982, Sep., 38 (1-4), 165-172.
- 29.- Foresti, G. et al. Studies on the personality of the hypertensive patients. Centro Ricerche Biosichiche, Padova, 1982, 25, 5-16 (Abstract).
- 30.- Forsyth, R. P. Regional blood flow changes during 72-hour avoidance schedules in the monkey. Science, 1971, 173, 546-548.
- 31.- Freud, S. Obras Completas. Ed. Biblioteca Nueva Madrid.
- 32.- Gambaro, S. y Rabin, A. Diastolic blood pressure responses following direct and displaced aggression after anger arousal in high and low

## Bibliografía

- guilt subjects. Journal of Personality and Social Psychology, 1969, vol. 12, N° 1, 87-94.
- 33.- Genest, J. Basic mechanisms of essential hypertension. En J. Genest, E. Koiv y O. Kuchel (Eds.) Hypertension: Pathophysiology and Treatment. New York: Mc Graw Hill, 1977.
- 34.- Gentry, D. et al. Habitual anger coping styles. Psychosomatic Medicine, 1982, vol. 44. N° 2.
- 35.- Gentry, D. et al. Behavioral medicine and the risk for essential hypertension. International Review of Applied Psychology, 1983, vol. 23 (2), 85-94.
- 36.- Glock, C. Y. y Lennard, H. L. Studies in hypertension: Psychological factors in hypertension, an interpretative review. Journal of Chronic Diseases. 1957, 5, 175-185.
- 37.- Goldstein, D. S. et al. Baroreflex sensitivity during operant blood pressure conditioning. Biofeedback and Self-regulation, 1977, 2, 127-138

## Bibliografía

- (a).
- 38.- Graham, J. D. P. High blood pressure after battle. Lancet, 1945, N° 1, 239-240 (Abstract).
- 39.- Guarnier, E. Psicopatología Clínica y Tratamiento Analítico. Distribuidores Porrúa Hnos., México, 1978.
- 40.- Guyton, A. C. Personal views on mechanisms of hypertension. En J. Genest, E. Koiv y O. Kuchel (Eds.). Hypertension: Physiopatology and Treatment. New York: Mc Graw Hill, 1977.
- 41.- Hambling, J. Emotions and symptoms in essential hypertension. British Journal of Medical Psychology, 1951, 24, 242-253.
- 42.- Harburg, E. et al. Personality traits and behavioral patterns associated with systolic blood pressure levels in college males. Journal of Chronic Diseases, 1964, 17, 405-414.
- 43.- Harburg, E. et al. Socio-ecological stress

## Bibliografia

- suppressed hostility, skin colour and black-white male blood pressure: Detroit. Psychosomatic Medicine, 1973, 35, 276-296.
- 44.- Harburg, E. et al. Recalled treatments by parents among college males and blood pressure levels vs. variability. Journal of Psychosomatic Research, 1965, 9, 173-183.
- 45.- Harburg, E. et al. Resentful and reflective coping with arbitrary authority and blood pressure: Detroit. Psychosomatic Medicine, 1979, 41, 189-202.
- 46.- Harris, A. H. et al. Instrumental conditioning of large magnitude daily, 12-hour blood pressure in the baboons. Science, 1973, 182, 175-177.
- 47.- Harris, R. E. Interaction of personality and stress in the pathogenesis of hypertension. Hypertension, 1967, 16, 104-114.
- 48.- Harris, R. E. et al. Response to psychological stress in persons who are potentially

## Bibliografía

hypertensive. Circulation, 1953, 7, 874-879.

- 49.- Henry, J. P. et al. A model of psychosocial hypertension showing reversibility and progression of cardiovascular complications. Circulation Research, 1975, 36, 156-164 (Abstract).
- 50.- Henry, J. P. y Cassel, J. C. Psychosocial factors in essential hypertension. American Journal of Epidemiology, 1969, 90, 171-200 (Abstract).
- 51.- Hinckle, L. E. Ecological observations of the relation of physical illness, mental illness and the social environment. Psychosomatic Medicine, 1961, 23, 289-297.
- 52.- Hokanson, J. E. The effects of frustration and anxiety on overt aggression. Journal of Abnormal Psychology, 1961, 62, 346-351.
- 53.- Hokanson, J. E. y Burgess, M. The effects of status, type of frustration and aggression on

## Bibliografía

- vascular processes. Journal of Abnormal and Social Psychology, 1962, 65, 232-237.
- 54.- Hokanson, J. E., et al. Effects of displaced aggression on systolic blood pressure. Journal of and Social Psychology, 1963, 67, 214-218.
- 55.- Holmes, D. S. Effects of overt aggression on level of physiological arousal. Journal of Personality and Social Psychology, 1966, 4, 189-194.
- 56.- Holroyd, K. y Gorkin, L. Young adults at risk for hypertension: Effects of family history and anger management in determining responses to interpersonal conflicts. Journal of Psychosomatic Research, 1983, vol. 27 (2), 131-138.
- 57.- Hudak, W. J. y Buckley, J. P. Production of hypertensive rats by experimental stress. Journal of Pharm. science, 1961, 50, 263-264 (Abstract).

## Bibliografía

- 58.- Innes, G., et al. Emotion and blood pressure. Journal of Medical Science, 1959, 105, 842-852.
- 59.- Julius, S. y Esler, M. Autonomic nervous cardiovascular regulation in borderline hypertension. American Journal of Cardiology, 1975, 36, 685-696.
- 60.- Kalis, B. L. et al. Personality and life history factors in persons who are potentially hypertensive. Journal of Nerv. Ment. Diseases. 1961, 132, 457-468 (Abstract).
- 61.- Kalis, B. L. et al. Response to psychological stress in patients with essential hypertension. American Heart Journal, 1957, 53, 572-578.
- 62.- Kaplan, N. M. The control of hypertension: a therapeutic break through. American Scientist, 1980, 68, 537-545.
- 63.- Kaplan, S., et al. Hostility in verbal productions and hipnotic dreams of hypertensive patients. Psychosomatic Medicine, 1961, 23,

## Bibliografía

311-322.

- 64.- Kasi, S. V. y Cobb, S. Blood pressure changes in men undergoing job loss: A preliminary report. Psychosomatic Medicine, 1970, 32, 19-38.
- 65.- Kidson, M. A. Personality and hypertension. Journal of Psychosomatic Research, 1963, 17, 35-43.
- 66.- Kopp, M. y Koranyi, L. Autonomic and psychological correlates in hypertension and duodenal ulcer. Pavlovian Journal of Biological Science, 1982, 17 (4), 178-187 (Abstract).
- 67.- Langer, A. W. y Obrist, P. A. Cardiovascular dynamics and arterio-venous O<sub>2</sub> content differences during treadmill exercise and signalled shock avoidance in chronic days. Psychophysiology, 1978, 15, 295 (Abstract).
- 68.- Lewinsohn, P. M. Personality correlates of duodenal ulcer and other psychosomatic reactions. Journal of Clinical Psychology, 1956, 12,

## Bibliografía

296-298.

69.- Light, K. et al. Psychological stress induces sodium and fluid retention at high risk for hypertension. Science, 1983 (April), 220, 492-497.

70.- Liketson, G. et al. Psychological characteristics of hypertensive and ulcer patients. Journal of Psychosomatic Research, 1982, 26 (2), 255-262.

71.- Linden, W. y Feuerstein, M. Essential hypertension and social coping behavior. Journal of Human Stress, 1981, vol. 7, N° 1, 28-34.

72.- Lucas, J. A study of personality factors which characterize essential hypertensives. Diss. Abs. Intern., 1977, 37, N° 12, Pt. 1b, 6337-6338.

73.- Maddocks, I. The influence of standard of living in blood pressure in Fiji. Circulation, 1961, 24, 1220-1223.

## Bibliografía

- 74.- Martínez, José. Un mal silencioso azota al D. F.: la hipertensión arterial cobra más víctimas al año que el cáncer. En El Financiero, México D. F., 28 de mayo de 1986.
- 75.- Matarazzo, J. D. An experimental study of aggression in the hypertensive patient. Journal of Personality, 1954, 22, 423-447.
- 76.- Mc Cubbin, J. W., Green, J. H., Page, I. H. Baroreceptor function in chronic renal hypertension. Circulation Research, 1956, 4, 205-206.
- 77.- Mc Ginn, N. F. et al. Psychological correlates of blood pressure. Psychological Bulletin, 1964, vol. 61, Nº 3, 209-219.
- 78.- Mc Kegney, P. F. y Williams, R. B. Psychological aspects of hypertension II: The differential influence of interview variables in blood pressure. American Journal of Psychiatry, 1967, 123, 1539-1545.

## Bibliografía

- 79.- Medoff, H. S. y Bon Giovanni, A. M. Blood pressure in rats subjected to androgenic stimulation. American Journal of Physiology, 1945, 143, 300-305.
- 80.- Megargee, E. I. y Mendelsohn, G. A. A cross validation of 12 MMPI indices of hostility and control. Journal of Abnormal and Social Psychology, 1962, vol. 65, Nº 6, 431-438.
- 81.- Morris, J. N. y Morrison, S. L. Epidemiological observations on high blood pressure without apparent cause. Lancet, 1960, ii, 864-870.
- 82.- Pickering, T. G. Non pharmacologic methods of treatment of hypertension: Promising but unprove. Cardiovascular Reviews and Reports, 1982, vol. 3, 82-88.
- 83.- Pilowsky, I. et al. Hypertension and personality. Psychosomatic Medicine, 1973, vol. 35, Nº 1, 50-56.

## Bibliografía

- 84.- Reiser, M. F. et al. Life situations, emotions and the course of patients with arterial hypertension. Psychosomatic Medicine, 1951, 13, 133-139.
- 85.- Rivera, O., Esquivel, F., Lucio, E. Taller sobre el manejo y la interpretación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI). Programa de Publicaciones de Material Didáctico, Facultad de Psicología, UNAM. 1986.
- 86.- Ruskin, A. et al. Blast hypertension: Elevated arterial pressure and victims of the Texas city disaster. American Journal Medicine, 1948, 4, 228-236.
- 87.- Safar, M. E. et al. Hemodynamic factors and Rorschach testing in borderline and sustained hypertension. Psychosomatic Medicine, 1978, vol. 40, Nº 8, 620-630.
- 88.- Sapira, J. D. et al. Differences in perception between hypertensive and normotensive

## Bibliografía

- populations. Psychosomatic Medicine, 1971, 33, 239-250.
- 89.- Sadl, L. Hostility in cases of essential hypertension. Psychosomatic Medicine, 1939, 1, 153-161.
- 90.- Scotch, H. A. y Geiger, H. J. The epidemiology of essential hypertension: Psychologic and socio-cultural factors in etiology. Journal of Chronic Diseases, 1963, 16, 1183-1213 (Abstract).
- 91.- Schalling, D. y Svensson, J. Blood pressure and personality. Personality and Individual Differences, 1984, vol. 5 (1), 41-51.
- 92.- Schwartz, G. E. et al. Cardiovascular differentiation of happiness, sorrow, anger, and fear following imagery and exercise. Psychosomatic Medicine, 1981, 43, 343-367 (Abstract).
- 93.- Shapiro, A. P. Psychophysiology mechanisms in

## Bibliografía

- high hypertensive cardiovascular disease. Ann. Int. Med., 1960, 53, 64-83.
- 94.- Shkhvatsabaya, I. K. et al. Personality of patients with hypertensive disease. Kardiologiya (URSS), 1980, 20/5, 37-41 (Abstract).
- 95.- Simonson, E. y Brozek, J. Russian research on arterial hypertension. Ann. Int. Med., 50, 129-193 (Abstract).
- 96.- Stratoudakis, J. P. et al. Psychological dynamics and self-perception of persons with essential hypertension. Perceptual and Motor Skills, 1976, 42, 360-362.
- 97.- Thaler, M. et al. Exploration of the doctor-patient relationship through projective techniques. Psychosomatic Medicine, 1957, 19, 228-239 (Abstract).
- 98.- Thompson, C. El Psicoanálisis. Breviario N° 47, Fondo de Cultura Económica, México, 1983.

## Bibliografía

- 99.- Van der Valk, J. M. Blood pressure changes under emotional influences in patients with hypertension and control subjects. Journal of Psychosomatic Research, 1957, 2, 134-146.
- 100.- Voudoukis, I. J. Cold pressor test and hypertension. Angiology, 1978, 29, 429-439.
- 101.- Warren, P. y Fischbein, C. Identification of labile hypertension in children of hypertensive parents. Connecticut Medicine, 1980, 44, 77-79 (Abstract).
- 102.- Wenerholm, M. A. y Zarle, T. H. Internal-external control, defensiveness and anxiety in hypertensive patients. Journal of Clinical Psychology, 1976, vol. 32, Nº 3, 644-648.
- 103.- Williams, R. B. et al. The influence of interpersonal interaction on diastolic blood pressure. Psychosomatic Medicine, 1972, 34, 194-198.

**A P E N D I C E S**

## Apendice a

a) Entrevista de un caso. a modo de ejemplo

Autodescripción.- Soy muy sentimental y trato de no seguir los pasos que siguió mi padre, ser más humano.

Por cualquier cosa se me hieren mis sentimientos, tengo corazón de pollo. Tengo cierta timidez, pero si uno nunca habla Dios no lo oye. Aunque soy uno de los mejores ingenieros de la empresa, me cuesta que tomen en cuenta mis ideas. En este trabajo la presión es muy fuerte, y hay ocasiones en que a la gente no le importa sangrar a otros para obtener resultados.

P. Ante esta situación Ud. expresa su descontento o enojo?

R. No, hay ocasiones que, como dicen, se trasa uno el corale, a pesar de estar hirviendo la sangre. Podría cambiar de trabajo, pero como ya estoy enrollado en la computación, pienso que en otra empresa sería igual. Pienso que ahora que estoy joven tengo que trabajar y después darle cariño a mis hijos e irnos de vacaciones.

## Apendice a

Mi esposa trata de comprender mi situación. Nos llevamos bien, pero es muy celosa; no puedo salir a la esquina porque uf! Es como si no tuviera confianza. Esto me molesta, pero aunque estoy enojado no le hablo, trato de salirme y dejarla que piense un poco, al rato regreso y ella me dice "ven, discúlpame por ser así, tó me hiciste enojar, etc."

P.- Pero, Ud. demuestra a su esposa que está enojado?

R.- No. generalmente trato de olvidar lo que pasó y digo "la estoy regando". Aunque pienso que últimamente me enoja con facilidad, me estoy volviendo muy autoritario y esto no me gusta y me hace sentir mal.

P.- Podría contarme cómo eran su madre y su padre?

R.- Mis padres se separaron hace más o menos 12 años. Desde que me acuerdo hubo problemas con mi padre porque nos castigaba y trataba mal a mi madre. Yo trataba de pararlo y también resultaba castigado. Se va frustrando uno y va quedando el dolor de la impotencia para ayudar a la madre. Lo que yo siento no son resentimientos, es algo que se siente. Lo veo con

## Apendice a

temor, con coraje, como si uno fuera el culpable. Yo creo que mis otros hermanos no lo resintieron tanto como yo, que soy el mayor (6 hermanos en total). Es una persona dominante, "haces lo que yo te digo o te doy tu castigo". Mi madre es una mujer tierna, para dar lo mejor a sus hijos. Claro que las madres tienen sus momentos, que se cansan. Me apoyó cuando yo estudiaba. Me pregunto por qué se casó mi mamá con él, si iba a ser un infierno, tener tantos niños y que a ellos les iba a tocar su dotación de golpes, pues no. Es como una persona sumisa. Pienso que me faltó cariño, sobre todo por parte de mi papá, todo lo contrario. No se por qué haya tenido esa actitud.

P.- Cuando niño sus padres le permitían expresar su enojo o molestia ante algo?

R.- Creo que no, cómo, hacer berrinches? a veces, pero nos ignoraban. Generalmente me golpeaban, decían "pues no, cómo!" y zum me pegaban. Me dejaban ir a la escuela, jugar con mis amigos, pero si se me hacía tarde ya llegaba con temor.

## Apendice a

P.- Voy a plantearle algunas situaciones imaginarias y me gustaria que me dijera cual seria su reaccion en estos casos.

1) Si hace mucho rato que esta Ud. haciendo cola y alguien pretende colarse delante de Ud. Que hace, por lo general, en esos casos?

R.- Si la persona trata de meterse yo le demostraria el enojo, no con palabras, sino que por dentro yo me enojaria. Me molestaria, tendria ganas de decirle cosas pero no se las digo.

2) Si Ud. lleva un articulo a componer y no se lo entregan en la fecha convenida, que haria Ud.?

R.- Siempre manifiesto mi inconformidad con la informalidad de la gente. Por supuesto, en una forma tranquila. Si confio en la persona lo dejo un tiempo mas.

3) Si su jefe se enoja con Ud. sin razon alguna. Que hace Ud.?

R.- Me trago el coraje para evitarme conflictos, aunque como dije antes "me hierva la sangre".

## Apendice a

Forma en que se utilizaron los datos para su análisis estadístico

Se tomaron en cuenta dos categorías: Relaciones parentales percibidas como amenazantes y Represión de hostilidad. Posteriormente se identificaron las características que, a nuestro juicio y de acuerdo con la literatura revisada, definían estas categorías.

En el caso de la categoría Represión de hostilidad se tomaron en cuenta los siguientes indicadores:

- Por lo general, no expresar abiertamente el enojo;
- no llevar a cabo acciones alternativas de descarga;
- manifestar sentimientos de culpa posteriores a la expresión del enojo;
- tratar de evitar el enfrentamiento, ya sea aislándose o tratando de no demostrar que están enojados;
- en su niñez, no se les permitía demostrar enojo ante lo que ellos consideraban como una reclamación justa.

Las tres situaciones hipotéticas, se plantearon para

## Apendice a

detectar cual es la reacci3n de los sujetos ante el atropello de sus derechos. Aquel se tom3 en cuenta si las personas manifestaban su inconformidad demostrando su enojo ante tal atropello.

Con respecto a la categoria Relaciones parentales percibidas como amenazantes se tomaron en cuenta los siguientes indicadores:

- Disciplina severa en la niñez;
- que las expresiones de enojo se castigaran ya fuera fisica, verbalmente o con amenazas de retirar el cariño;
- padre percibido, casi siempre, como una persona dominante;
- percepci3n de la actitud del padre y de la madre hacia ellos: severo, en3rgico, poco afectuoso, rechazante, atemorizante, castigador, ausente, lejano, que no brinda apoyo ni seguridad, dominante.

## Apéndice b

TABLA 1: Puntajes medios ( $\bar{x}$ ) de cada escala del MMPI, de los grupos hipertenso y normotenso.

ESCALA	Hipertensos		Normotensos	
	Hombres $\bar{x}$	Mujeres $\bar{x}$	Hombres $\bar{x}$	Mujeres $\bar{x}$
L	51.87	53.6	46.57	52.5
F	65.12	65.2	61.0	58.66
K	49.75	47.0	55.0	54.5
1	75.75	68.2	61.28	52.0
2	80.37	76.2	71.14	58.83
3	67.87	64.4	65.85	53.66
4	57.87	58.6	64.0	59.0
5	66.25	54.4	61.71	49.66
6	59.37	57.4	55.71	56.66
7	63.87	66.2	62.0	51.33
8	67.37	65.0	62.0	56.66
9	56.75	58.6	52.85	56.66
0	59.5	64.2	58.85	56.66

## Apéndice b

TABLA 2: Combinaciones de Escalas del MMPI, porcentaje de casos que las presentan en los 4 grupos.

COMBINACIONES	Hipertensos		Normotensos	
	Hombres %	Mujeres %	Hombres %	Mujeres %
21-12 como pico	62.5	40.0	14.3	0.0
64-46 en los 3 últimos lú- gares de la codificación de Welsh	37.5	80.0	14.3	0.0
34-43 como pico	0.0	0.0	0.0	0.0

## Apéndice b

**TABLA 3: Porcentaje de casos que respondieron en la dirección Represión de Hostilidad en cada uno de los indicadores.**

REPRESION DE HOSTILIDAD	Hipertensos		Normotensos	
	Hombres % N=8	Mujeres % N=5	Hombres % N=7	Mujeres % N=6
Indicador 1	100	100	42.9	50.0
Indicador 2	50.0	100	28.6	33.3
Indicador 3	87.5	80.0	57.1	33.3
Indicador 4	87.5	100	28.6	50.0
Indicador 5	100	60.0	57.1	66.7
Indicador 6	37.5	100	71.4	83.3
Indicador 7	50.0	20.0	0.0	33.3
Indicador 8	37.5	80.0	14.3	0.0

## Apéndice b

**TABLA 4: Porcentaje de casos que respondieron en la dirección Percepción de Relaciones Parentales Amenazantes, en cada uno de los indicadores.**

RELACIONES PARENTALES PERCIBIDAS COMO AMENAZANTES	Hipertensos		Normotensos	
	Hombres %	Mujeres %	Hombres %	Mujeres %
Indicador 1	75.0	60.0	14.3	33.3
Indicador 2	75.0	60.0	0.0	33.3
Indicador 3	62.5	40.0	71.4	66.7
Indicador 4	62.5	60.0	85.7	50.0
Indicador 5	62.5	40.0	57.1	33.3
Indicador 6	62.5	40.0	28.6	16.7

## Apéndice b

**TABLA 5:** Valores de  $\chi^2$  para las combinaciones de escalas del MMPI, entre hipertensos y normotensos.

COMBINACION	$\chi^2$	p
21 - 12 como pico	4.51	0.03
64 - 46 en los 3 últimos lugares de la codificación de Welsh	4.51	0.03

## Apéndice b

**TABLA 6:** Valores de  $\chi^2$  en cada uno de los indicadores de Represión de Hostilidad, entre hipertensos y normotensos.

INDICADORES	$\chi^2$	gl	p
Indicador 1	7.03	1	0.00
Indicador 2	5.9	2	0.05
Indicador 3	2.7	1	0.09
Indicador 4	6.1	1	0.01
Indicador 5	0.7	1	0.3
Indicador 6	3.4	2	0.1
Indicador 7	10.4	2	0.00
Indicador 8	6.7	2	0.03

## Apéndice b

**TABLA 7: Valores de  $\chi^2$  en cada uno de los indicadores de Relaciones Parentales Percibidas como - Amenazantes, entre hipertensos y normotensos.**

INDICADORES	$\chi^2$	gl	p
Indicador 1	7.7	2	0.02
Indicador 2	5.6	1	0.01
Indicador 3	3.39	2	0.1
Indicador 4	0.0	1	1.0
Indicador 5	6.8	2	0.03
Indicador 6	8.36	2	0.01

## Apéndice b

**TABLA 8: Análisis de varianza de cada una de las escalas del MMPI, entre hipertensos y normotensos.**

ESCALA	F	p
L	-	0.22
F	5.52	0.02
K	4.2	0.05
1 Hs	4.5	0.04
2 D	7.7	0.01
3 Hi	-	0.16
4 Ps	-	0.44
5 Mf	-	-
6 Pa	-	0.5
7 Pt	4.2	0.05
8 Es	-	0.1
9 Ma	-	0.47
0 So	-	0.15