



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGIA Y SALUD

ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO, ANSIEDAD Y
MANEJO DEL ENOJO EN PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

D O C T O R E N P S I C O L O G I A

P R E S E N T A

A R M A N D O R U I Z B A D I L L O

JURADO DE EXAMEN DE GRADO
DIRECTORA : DRA. ISABEL REYES LAGUNES
COMITE : DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
DR. GUILHERME L.G. BORGES
DR. SAMUEL JURADO CARDENAS
DRA. CATALINA GONZÁLEZ FORTEZA
DRA. GABINA VILLAGRÁN VÁZQUEZ
DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS

MEXICO, D. F.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*A Lulú.
El amor de mi vida... en los Encuentros y
Desencuentros...*

*A Mi Hermana Eva y mis Hermanos
Martín, Beto y Manuel*

*A la Dra. Isabel Reyes Lagunes
Por compartirme su conocimientos y tenerme
mucho paciencia*

A mis alumnos de la UPN

Resumen	5
Introducción	7
Capítulo I	
1.1	<i>La transición epidemiológica y la salud en México</i> 10
1.2	<i>Hipertensión Arterial</i> 14
1.3	<i>Definición de Hipertensión Arterial</i> 15
1.4	<i>Epidemiología de la hipertensión arterial</i> 19
1.5	<i>Síntomas Fisiológicos</i> 28
1.6	<i>Monitoreo de tensión arterial y tratamiento médico</i> 31
Capítulo II	
2.1	<i>Aspectos psicosociales de la hipertensión arterial</i> 35
2.2	<i>La investigación psicológica sobre la hipertensión arterial</i> 37
2.3	<i>Emociones</i> 40
2.3.1	<i>Enojo</i> 44
2.3.2	<i>Ansiedad</i> 51
2.4	<i>Estrés</i> 53
2.5	<i>Enfrentamiento</i> 56
2.5.1	<i>Enfrentamiento e Hipertensión arterial</i> 63
2.5.2	<i>Medición del Enfrentamiento</i> 68
2.6	<i>Patrón de conducta tipo A</i> 70
2.6.1	<i>Otras tipologías de conducta</i> 74
2.6.2	<i>Medición del patrón tipo A</i> 75
2.7	<i>Sociedad contemporánea, Conducta tipo A ó Estilo de enfrentamiento</i> 78
2.7.1	<i>Problemas metodológicos en el estudio de la hipertensión arterial</i> 82
2.7.2	<i>Intervenciones psicológicas en personas con hipertensión arterial esencial</i> 88
2.7.3	<i>Consideraciones finales</i> 91
Método	
3.1	<i>Planteamiento del problema</i> 94
3.1.2	<i>Preguntas de investigación</i> 95
3.1.3	<i>Objetivo general</i> 95
3.1.4	<i>Supuestos teóricos</i> 96
3.2	<i>Diseño y Tipo de Investigación</i> 98
3.3	<i>Participantes</i> 98
3.3.1	<i>Criterios de inclusión y selección de participantes con hipertensión arterial</i> 99
3.3.2	<i>Criterios de inclusión y selección de participantes de personas con presión sanguínea normal(normotensos)</i> 100
3.3.4	<i>Sociodemográficas</i> 101
3.4	<i>Instrumentos</i> 102
3.4.1	<i>Forma de evaluación de los instrumentos</i> 105
3.4.2	<i>Indicadores de factores de riesgo y atributos al sujeto</i> 106
3.4.3	<i>Medición de la presión sanguínea</i> 106
3.5	<i>Procedimiento</i> 107
3.5.1	<i>Consideraciones éticas</i> 109

3.5.2	<i>Tratamiento estadístico de los datos</i>	110
4	Resultados	111
4.1	<i>Adaptación y validación de una medida de enojo para personas con hipertensión arterial esencial</i>	111
4.2	<i>Estilo de enfrentamiento, ansiedad manejo del enojo y conducta tipo A en hipertensos y normotensos</i>	120
4.2.1	<i>Características biológicas y físicas de los participantes</i>	121
4.3.1	<i>Medición y estilos de Enfrentamiento</i>	123
4.3.2	<i>Comparaciones en el enfrentamiento entre hipertensos y normotensos</i>	125
4.3.3	<i>Comparaciones por sexo</i>	126
4.3.4	<i>Diferencias por rangos de edad</i>	131
4.4	<i>Medición de Ansiedad y conducta tipo A</i>	133
4.4.1	<i>Diferencias por sexo</i>	135
4.4.2	<i>Diferencias por rangos de edad</i>	137
4.5	<i>Medición de la expresión de enojo</i>	138
4.5.1	<i>Comparaciones por sexo</i>	139
4.5.2	<i>Comparaciones por edad</i>	141
4.6	<i>Análisis de Correlaciones entre estilos de enfrentamiento, ansiedad y enojo</i>	143
4.7	<i>Análisis de Regresión múltiple de estilos de enfrentamiento, ansiedad, conducta tipo A y enojo</i>	144
4.8	<i>Análisis de Regresión logística en estilos de enfrentamiento, ansiedad, conducta tipo A y enojo</i>	146
4.8.1	<i>Análisis de regresión logística por sexo</i>	150
4.9	<i>Consideraciones cualitativas sobre los resultados</i>	154
	Conclusiones	157
5.1	<i>Discusión</i>	
5.2	<i>Conclusiones y recomendaciones</i>	167
	<i>Referencias</i>	172
	<i>Anexos</i>	

Resumen

En México, la prevalencia de la hipertensión arterial esencial es de 30% en población adulta, existen factores de índole psicológico que contribuyen a su morbilidad. Los objetivos de este estudio fueron identificar el estilo de enfrentamiento, manejo del enojo, ansiedad, y conducta tipo A, que presentan personas con hipertensión arterial esencial y personas con niveles normales de presión sanguínea (normotensos), establecer una jerarquía predictiva de estas variables y adaptar una medida de enojo. Participaron 350 personas; 150 con diagnóstico de hipertensión arterial y 200 personas normotensas, en un rango de edad de 35 a 65 años, similar proporción de hombres y mujeres. Se emplearon la escala multidimensional multisituacional de los Estilos de Enfrentamiento, el inventario de ansiedad Estado-Rasgo, un Inventario de expresión de enojo, previa adaptación, y una medida de conducta tipo A. Las personas con hipertensión presentaron estilos de enfrentamiento emocional negativo y evasivo, además de altos niveles de ansiedad. Sólo en hombres se encontraron diferencias en los factores: enojo rasgo temperamento, reacción y enojo contenido, donde los hipertensos presentan puntajes mayores que los normotensos. No hubo diferencias en la conducta tipo A. Por medio de un análisis de regresión logística, se estimaron riesgos relativos para ser hipertenso, ajustados por sexo edad y condición laboral; ansiedad 5.89, estilo emocional negativo 4.61, estilo evasivo 2.49, rasgo de enojo 2.8 y supresión del enojo 2.23. Se presentan algunas variaciones por edad y sexo. Estas características se deben tomar en cuenta para un manejo integral del paciente hipertenso.

Palabras clave: Hipertensión, estilos de enfrentamiento, enojo, conducta tipo A, ansiedad, enfrentamiento, estrés.

Abstract

In Mexico, the prevalence of essential arterial hypertension is from 30% on the adult population, some psychological factors exist that contribute to its morbidity. The objectives of this study were identify the coping style, anger management, anxiety, and type A behaviour that show persons with essential arterial hypertension and persons with normal levels of blood pressure (norm tenses), establish a predictive hierarchy of these variables and adapt a level of anger. Participated 350 persons, 150 with an essential arterial hypertension diagnostic and 200 normotense persons, the age rank was from 35 - 65 years old, with a similar proportion between men and women. For this study were used the multidimensional and multisituational scale of coping styles, the inventory of anxiety, State-Trait and an inventory of anger expressions, previously adapted, in addition with a measure of type A behaviour. Persons with hypertension showed negative emotional coping styles, being evasive, moreover, high levels of anxiety. Only on men were found differences with factors such as feature temper anger, reaction and keep anger, hypertense show higher levels compared with normotense. There were no differences over type A behaviour. Through a logistic regression analyses, were estimated the relative risks for being hypertense, adjusting by age, gender and working condition; anxiety showed a 5:89, emotional negative style 4.61, evasive style 2.49, trait of anger 2.8 and anger suppression 2.23. Some variations are shown by age and gender. These characteristics must be taken in consideration for an integral management of hypertense patients.

Key words: hypertension, coping, anger.

Introducción

Una de las enfermedades crónicas más frecuentes a nivel mundial es la hipertensión arterial esencial, esta se presenta cuando la presión de la sangre se incrementa a niveles no óptimos para la salud y es ocasionada por alteraciones de los sistemas reguladores de la presión arterial. Es un factor de riesgo importante para la aparición de enfermedades cardiovasculares, de alta prevalencia, y con un costo en su tratamiento muy elevado, lo que significa que sea considerada un grave problema de salud (Elizondo, Sánchez y Román, 2004).

La Encuesta Nacional de Salud, realizada en México en 2000 a nivel nacional, estimó una prevalencia de 30.05% en población adulta, de acuerdo a ello, se calcula que existen alrededor de 10 millones de personas con hipertensión en nuestro país (Velázquez, Rosas, Lara, Pastelín Hernández, Attie, Tapia, 2002). La hipertensión arterial afecta en la misma proporción tanto a hombres como a mujeres, sin embargo, en esta encuesta se mostró un incremento notable en la presencia de hipertensión en la mujer, que incluso, al llegar a edad posterior a los 50 años es mayor que en hombres.

Cuando se habla de sistemas reguladores de la presión arterial, se debe incluir en estos, a los aspectos psicológicos que pueden interactuar en el organismo y con ello contribuir en la aparición y desarrollo de la hipertensión arterial. Con el desarrollo de la Psicología de la Salud, los especialistas en este tópico abordan temas del proceso de salud y enfermedad desde una perspectiva amplia, aplicando los conocimientos psicológicos a la solución de problemas importantes de la salud pública contemporánea, abordando fenómenos como: el funcionamiento y dinámica familiar; el estilo de vida personal; las actitudes hacia la enfermedad y el estrés como causa o consecuencia de alguna enfermedad.

En las ciudades, donde las grandes concentraciones de personas y los avances tecnológicos han modificado considerablemente el estilo de vida de las personas, se ha dado un incremento considerable de casos de hipertensión arterial. Si bien la tecnología proporciona comodidades y agiliza muchas actividades, también trae consigo conductas que pueden afectar a la salud, como el sedentarismo, alimentación inadecuada y obesidad, consumo de alcohol y abajo, entre otras. Por otra parte el estilo de vida agitado, competitivo y el continuo sometimiento de presiones por el trabajo, en la familia, la economía, provocan en conjunto que las personas estén expuestas a un permanente estrés provoca un ambiente estresante y con ello generar incrementos en los niveles de presión sanguínea, que, a ser constantes conforme avance en el tiempo, se convierten en casos de hipertensión arterial.

Se pueden identificar como respuestas inadecuadas ante al estrés, a algunos estilos de enfrentamiento que se caracterizan por un manejo de emociones de forma negativa y la imposibilidad de resolver los problemas en los individuos. En cuanto a las variables de personalidad, se ha empleado el uso de tipologías sobre la personalidad que tienen aquellos sujetos que generan una enfermedad cardiovascular, tratando de distinguir aquellas características que los diferencian de sujetos clínicamente sanos. Sobre estas características, además de la competitividad y un sentido de urgencia, resaltan un manejo inadecuado de dos emociones: el enojo y la ansiedad.

La interacción de estas características personales, los factores de riesgo de índole biológico y un medio ambiente estresante, característico las grandes urbes, son elementos que de deben analizar en conjunto para contar con una explicación integral de la hipertensión arterial.

Existe en la literatura científica, una gran variedad de estudios sobre hipertensión, donde se ha encontrado qué variables psicológicas influyen y afectan su desarrollo; aún así, los estudios no son concluyentes y la discusión está abierta. El presente trabajo se aboca al estudio de algunos atributos psicológicos relacionados con la hipertensión arterial esencial para, con ello, contribuir al conocimiento de las causas por las que esta enfermedad ha tenido un incremento considerable en la población mexicana, y con ello proporcionar información que pueda tomarse en cuenta para el desarrollo en futuros programas de intervención o prevención.

El objetivo principal del presente proyecto fue identificar el estilo de enfrentamiento hacia los problemas, el manejo del enojo y el nivel de ansiedad que presentan sujetos con hipertensión arterial esencial para establecer si estas características son predominantes en ellos y puedan ayudar a identificarlos.

El presente documento está conformado por un apartado teórico y un reporte de los resultados obtenidos en la parte empírica del proyecto. En el marco teórico se presenta un capítulo dedicado a conceptualizar el marco de estudio de la Psicología de la Salud, la definición clínica de la hipertensión arterial, y su epidemiología en México. En el segundo capítulo se presenta un análisis de la hipertensión desde la perspectiva de la Psicología, definiendo los conceptos de estrés, enfrentamiento, enojo, ansiedad y conducta tipo A y su relación con la hipertensión arterial. Posteriormente, en la parte empírica del trabajo, se presenta el método empleado en la presente investigación y los resultados obtenidos en la misma, que incluyen la medición del estilo de enfrentamiento, el manejo del enojo, el nivel de ansiedad que presenta una muestra conformada por 150 personas con hipertensión y 200 personas con niveles normales de presión sanguínea o normotensos. Finalmente se expone la discusión de los resultados, las conclusiones a las que se llegó y su aportación al campo de la Psicología de la Salud en México.

Capítulo 1

1.1 La Transición Epidemiológica y la Salud en México

México es un país de gran extensión territorial, con diversidad geográfica y poblacional que presenta una amplia variedad de problemas de salud, con diferencias particulares entre sus habitantes que contrastan entre sí, de acuerdo a la región, la población, la cultura y la economía.

Al menos en las últimas cuatro décadas, el país ha ido transformándose de ser de población mayoritariamente rural a ser principalmente urbana. En el ámbito de la salud, esto representa un proceso de cambio de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas degenerativas, a este proceso se le denomina transición epidemiológica (Rodríguez y Rojas, 1998; Sepúlveda, 2000) e incrementa la necesidad de abordar los problemas de salud desde una perspectiva múltiple apoyándose en el avance científico que han desarrollado varias disciplinas tanto de las ciencias naturales como de las ciencias sociales.

Estos contrastes en el campo de la salud se pueden ubicar en dos grandes grupos: zonas rurales o semi-urbanas donde se presentan, prioritariamente, enfermedades infecciosas como enfermedades gastrointestinales o enfermedades de las vías respiratorias y problemas de la nutrición. Estas enfermedades, en su gran mayoría, son relativamente fáciles de curar y sobre todo prevenibles; sin embargo, la falta de recursos económicos, bajo desarrollo, tanto en infraestructura como culturalmente, la carencia de un sistema de salud adecuado y la falta de servicios médicos ocasiona una presencia importante de este tipo de enfermedades, que se puede establecer como una consecuencia característica de países en vías de desarrollo.

Por otra parte, en zonas urbanas, principalmente en las grandes ciudades del país, los problemas de salud empiezan a ser similares a los países de economías desarrolladas, con la presencia predominante de enfermedades crónico - degenerativas como enfermedades del corazón, cáncer, diabetes, Alzheimer, anorexia, adicciones, etc.; producto, principalmente, del estilo de vida que llevan los habitantes de las ciudades que si bien, en muchos casos, es mejor que la de los habitantes de áreas rurales, presentan otros factores de riesgo como: el sedentarismo, la mala alimentación, caracterizada por el consumo excesivo de grasas y carbohidratos, además de una vida agitada con presencia de tensiones continuas lo que provoca estrés, ansiedad y, en consecuencia, la aparición de afecciones físicas y psicológicas.

Para Grau (1998), el complejo problema de la salud depende de variables físicas tales como: edad, alimentación, factores hereditarios, agentes patógenos, etc., donde intervienen, también, variables psicológicas y sociales como conductas, hábitos, creencias y actitudes. El estudio de la salud ubicando como prioridad, variables psicológicas y sociales ha cobrado gran fuerza y creado grandes expectativas recientemente debido a que permite explicar muchos fenómenos y dar más claridad a éstos, que, desde solo la perspectiva médica biológica.

Sánchez-Sosa (1998) sostiene que la Organización Mundial de la Salud identifica, al menos, cuatro grupos de factores que afectan la salud del ser humano: la herencia, la nutrición, el acceso a los servicios de salud y el comportamiento, a ellos le añade un quinto factor, que es la interacción entre el ser humano y la calidad del ambiente.

Menéndez (1998) sostiene que, para haber llegado al estado actual del reconocimiento de la multicausalidad de factores que afectan a la salud, se ha recorrido un largo trecho histórico de desarrollo que se puede ubicar desde el descubrimiento de las causales microbianas de las enfermedades infecciosas a finales del siglo XIX y el desarrollo de soluciones técnicas de tipo biológico hasta el reconocimiento y manejo de factores comportamentales y emocionales en el proceso de salud – enfermedad.

De hecho, se han desarrollado diferentes paradigmas o modelos para abordar los problemas de la salud. El primero de ellos es el Biomédico, que se enfoca a la anormalidad biomédica y al diagnóstico físico, relega la información del paciente y omite factores sociales y psicológicos; posteriormente, se llegó a un modelo de Psicología Médica en donde si bien son tomados en cuenta algunos elementos psicológicos en la salud, éstos están subordinados al punto de vista médico.

Un tercer modelo surgió entre las décadas de los 30s y 40s, cuando se desarrolla la Medicina Psicosomática a partir de las explicaciones y aplicaciones del Psicoanálisis sobre el proceso de salud enfermedad. El siguiente paso fue, de acuerdo con Rodríguez y García (1997), cuando en el Congreso de Constitución de la Organización Mundial de la Salud realizado en 1948, se definió a la salud como el estado de absoluto bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad. En esa definición aparecía por primera vez, como componentes de la salud dos áreas relevantes: la psicológica y la social.

Para la década de los 60's, aparece la Psicología de la Salud como un campo de acción particular, el cual, de acuerdo con Grau (1998), es producto de la suma de las contribuciones científicas de los profesionales de la Psicología aplicada al campo de la salud.

Con el desarrollo de la Psicología de la Salud los especialistas en este tópicó abordan temas del proceso de salud y enfermedad desde una perspectiva amplia, aplicando los conocimientos psicológicos a la solución de importantes problemas de la salud pública contemporánea, abordando fenómenos como: el funcionamiento y dinámica familiar; el estilo de vida personal; las actitudes hacia la enfermedad y el estrés ocasionado por la enfermedad o como parte desencadenante de ésta.

Para Rodríguez y Rojas (1998) la Psicología de la Salud parte de la concepción de que el fenómeno de la salud – enfermedad debe estudiarse tomando en cuenta un modelo que integra los componentes biológico, psicológico y social, ya que estos tres componentes son determinantes en conjunto y nunca por separado, debido a la relación estrecha que hay entre sí y por ende su codependencia. Esta noción toma a estos elementos adoptando los conceptos generados por la teoría general de sistemas aplicados a la salud. Otro aspecto relevante del modelo Bio-Psico-Social es que atiende tanto a la enfermedad como a la salud o la conservación de ésta, es decir la protección de la salud.

Para Rodríguez y Rojas (1998), la salud entendida como un sistema complejo Bio-Psico-Social, requiere de un estudio interdisciplinario, donde intervengan especialistas de diferentes áreas como: Medicina, Psicología, Sociología y Antropología e, incluso, disciplinas como la Filosofía y el Derecho. A este campo interdisciplinario preocupado por el desarrollo e integración de los conocimientos y técnicas conductuales, psicosociales, y de las ciencias biomédicas, relevantes para el entendimiento de los procesos de salud – enfermedad, se le denomina Medicina conductual, de tal manera que podemos ubicar a la Psicología de la Salud como una parte medular de ésta.

El enfoque de la Psicología de la Salud, aplicado al estudio de las enfermedades crónico-degenerativas, permite una comprensión integral de ellas; además de abordar el aspecto biológico, se profundiza en aspectos psicosociales, ésto es sumamente importante, pues las enfermedades crónicas degenerativas están más ligadas al efecto de la conducta que a la presencia de agentes patógenos. En la actualidad, las personas se enferman tanto por sus hábitos (mala alimentación, tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo) como a la exposición continua al estrés cotidiano lo cuál exige maneras eficientes de enfrentarlo.

Otro aspecto importante que explica, en parte, la aparición más frecuente de enfermedades crónicas degenerativas, es que no existe una cultura de prevención de la salud. Generalmente, las personas acuden a los servicios de salud cuando están enfermos pero, casi nunca, para preservarla. De hecho, en términos generales la gente evita pensar en la enfermedad. Esto es particularmente importante cuando se habla de enfermedades crónicas degenerativas, porque se desarrollan silenciosamente al paso del tiempo, durante muchos años y, en la mayoría de los casos, no presentan signos perceptibles que indiquen su existencia; por lo que, al momento de establecerse un diagnóstico, la persona con este tipo de afecciones se encuentra con un estado avanzado de la enfermedad, lo que repercute en un manejo más difícil de éste y en un deterioro de su calidad de vida.

Grau (1998) sostiene que, las enfermedades crónicas degenerativas surgen silenciosamente y se desarrollan a lo largo de varios años, creando con ello un proceso prolongado de ser sano a estar enfermo y, una vez en este estado, continuar en él durante un largo tiempo, requiriendo cuidados y atención especiales que afectan la calidad de vida de los sujetos y les resulta costoso tanto en términos económicos, físicos, psicológicos y sociales.

1.2 Hipertensión Arterial

La afección crónica degenerativa que tiene mayor relevancia a escala mundial, además de la diabetes, debido a su alta prevalencia es la hipertensión arterial. Para la descripción que a continuación se hace de ella en su enfoque biomédico se tomó como base la literatura Médica con mayor reconocimiento en el área; el libro clásico Principios de Medicina Interna (Isselbacher, Braunwald, Wilson, Martín, Fauci, y Kasper, 1994) y la Norma Oficial Mexicana (NOM-030-SSA2-1999) para la Prevención, Tratamiento y Control de la hipertensión arterial de la Secretaría de Salud de México (2000a).

La hipertensión arterial es un grave problema de salud pública en nuestro país, su prevalencia es de 30.05% ((Velázquez, et al. 2002), Rosas, Lara, Pastelín, Hernández, Attie y Tapia, 2002) se estima que, existen alrededor de 10 millones de personas con hipertensión en México; además de que su importancia radica en ser uno de los principales generadores de muertes por problemas del corazón.

1.3 Definición de Hipertensión Arterial

En condiciones normales, la presión arterial es la fuerza que impulsa a la sangre por el sistema vascular. Es una función indispensable para la vida. La presión arterial puede ser influida por cambios en el medio ambiente, el balance electrolítico, y la actividad física, entre otras. Isselbacher, et al. (1994) indican que, la hipertensión arterial se refiere al hecho de que la sangre viaja por las arterias a una presión mayor que la deseable para la salud.

Una presión arterial típica normal es 120/80 milímetros de mercurio (mm Hg), conforme a la norma oficial mexicana (Secretaría de Salud, 2000a), esto significa que el corazón ejerce una presión de 120 mm Hg durante la fase de contracción, lo que se denomina presión sistólica y una presión de 80 mm Hg en la fase de relleno o descanso, o presión diastólica, siendo la misma en todas las arterias del organismo. Clínicamente, se considera que a una persona con hipertensión arterial, cuando sus niveles de presión sanguínea son superiores a 140 mm Hg en la presión sistólica y/o superior a 90 mm Hg en la presión diastólica, en tres mediciones de presión sanguínea durante tres días consecutivos.

La elevación de la presión puede ser en la diastólica o en la sistólica o en ambas. En cualquiera de estos tres casos se considera al sujeto con hipertensión arterial; sin embargo, los datos epidemiológicos indican que la presión diastólica alta es la más frecuente y, por lo tanto, la más importante (Isselbacher, et al., 1994).

La hipertensión arterial (HTA) está determinada por dos factores biológicos: la cantidad de sangre que circula y el calibre de las arterias por las que circula. En general, cuanto más volumen de sangre circulante y cuanto menor es el diámetro por el que circula ese volumen, mayor es la hipertensión arterial.

Isselbacher, et al. (1994) señalan que es una enfermedad habitual, asintomática, fácil de detectar y que, con frecuencia, tiene complicaciones mortales si no se trata. A pesar de ser una enfermedad ampliamente estudiada por la ciencia médica, su etiología y, por lo tanto, potencialmente, su prevención o curación es, todavía en gran parte, desconocida. Rodríguez (2003) señala que la regulación de la presión arterial es una de las funciones fisiológicas más complejas; ésta depende de la acción integrada del sistema cardiovascular, el

riñón, el sistema nervioso y la función endocrina. Una alteración en uno o varias de estas funciones provocan incrementos de presión arterial lo que constituye un problema por la posibilidad de producir daños a largo plazo en el corazón, vasos sanguíneos y riñón.

Un paciente con hipertensión arterial se puede clasificar en tres etapas dependiendo del rango de tensión arterial que presente, la Secretaría de Salud (2002) indica en la norma oficial los siguientes rangos:

Etapa 1. 140-159/90-99 mm de Hg

Etapa 2. 160-179/100-109 mm de Hg

Etapa 3. >180 />110 mm de Hg

En su texto, Isselbacher, et al. (op. cit.) refieren dos formas de hipertensión arterial (HTA): 1) la esencial o primaria que es la más frecuente y de la que no hay una causa biológica específica atribuible y representa cerca de un 90% del total de los casos; y 2) La hipertensión secundaria que es donde existe una alteración orgánica o fisiológica específica y potencialmente susceptible de ser controlada y/o corregida. Fernández y Arriaga (1995) sostienen que los datos clínicos indican que la presencia de hipertensión arterial secundaria es más probable en personas con edad menor a 35 años, e incluyen conforme a Isselbacher, et al. (1994) enfermedades renales (glomérulo nefritis crónica, píelo nefritis, riñones poliquísticos, enfermedades de la colágena, uropatía obstructiva etc.); endocrinas (feocromocitoma, síndrome de Cushing, aldosteronismo primario, hipertiroidismo, mixedema); enfermedades vasculares (coartación aórtica y enfermedad de Takayasu); consumo de medicamentos (anticonceptivos orales, simpaticomiméticos, corticoesteroides); sustancias adictivas (cocaína o heroína) y alcoholismo, que pueden ser el origen de la hipertensión arterial secundaria.

Por el contrario, en la hipertensión arterial esencial, de la cual se hablará en específico a lo largo del presente trabajo, es un enfermedad crónico degenerativa que se desarrolla durante un prolongado tiempo en los sujetos deteriorando poco a poco su salud, sobretodo cuando no se lleva a cabo ningún tipo de control, ya sea porque la persona que la posee no lo sabe, o porque el sujeto, a pesar de haber sido diagnosticado con HTA, no toma las medidas preventivas o correctivas adecuadas. Esto genera un deterioro progresivo y, en la mayoría de casos, desemboca en la generación de problemas cardiovasculares mayores. Fernández y Arriaga (1995) afirman que los pacientes hipertensos sin tratamiento están en gran riesgo de: presentar insuficiencia cardiaca incapacitante o fatal; infarto o hemorragia cerebral; o insuficiencia renal o cambios severos en la retina que puede disminuir considerablemente la agudeza visual e, incluso, ceguera en etapas avanzadas. Para Isselbacher, et al. (1994), la hipertensión arterial es un importante factor de riesgo para el desarrollo de aterosclerosis, cardiopatía isquémica y enfermedades cerebro-vasculares.

El diagnóstico temprano y una intervención oportuna mejora la esperanza y calidad de vida de las personas con hipertensión arterial. Por el contrario, la hipertensión no tratada reduce de 10 a 20 años la esperanza de vida. Uno de los grandes problemas de esta afección es que, frecuentemente, aparece sin síntoma alguno y una gran cantidad de personas que la padecen desconocen su estado y con ello pierden la oportunidad de realizar una o varias medidas correctivas.

La hipertensión arterial esencial realiza efectos progresivos sobre el corazón. Al principio aumenta el espesor de la pared ventricular (ventrículo izquierdo), se deteriora esta cámara y la cavidad se dilata. Posteriormente, aparecen signos y síntomas e insuficiencia cardiaca, y se pueden generar

complicaciones tales como angina de pecho, y en fase tardía, isquemia o infarto. De acuerdo con García-Vera y Sanz (2000), la morbilidad y mortalidad cardiovascular se incrementa considerablemente cuando está presente la hipertensión arterial. La hipertensión arterial esencial incrementa seis veces el riesgo de tener insuficiencia cardíaca, y diez veces generar un infarto cerebral. Se estima que las complicaciones cardiovasculares ligadas a la hipertensión no tratada, reduce la esperanza de vida entre 15 y 20 años.

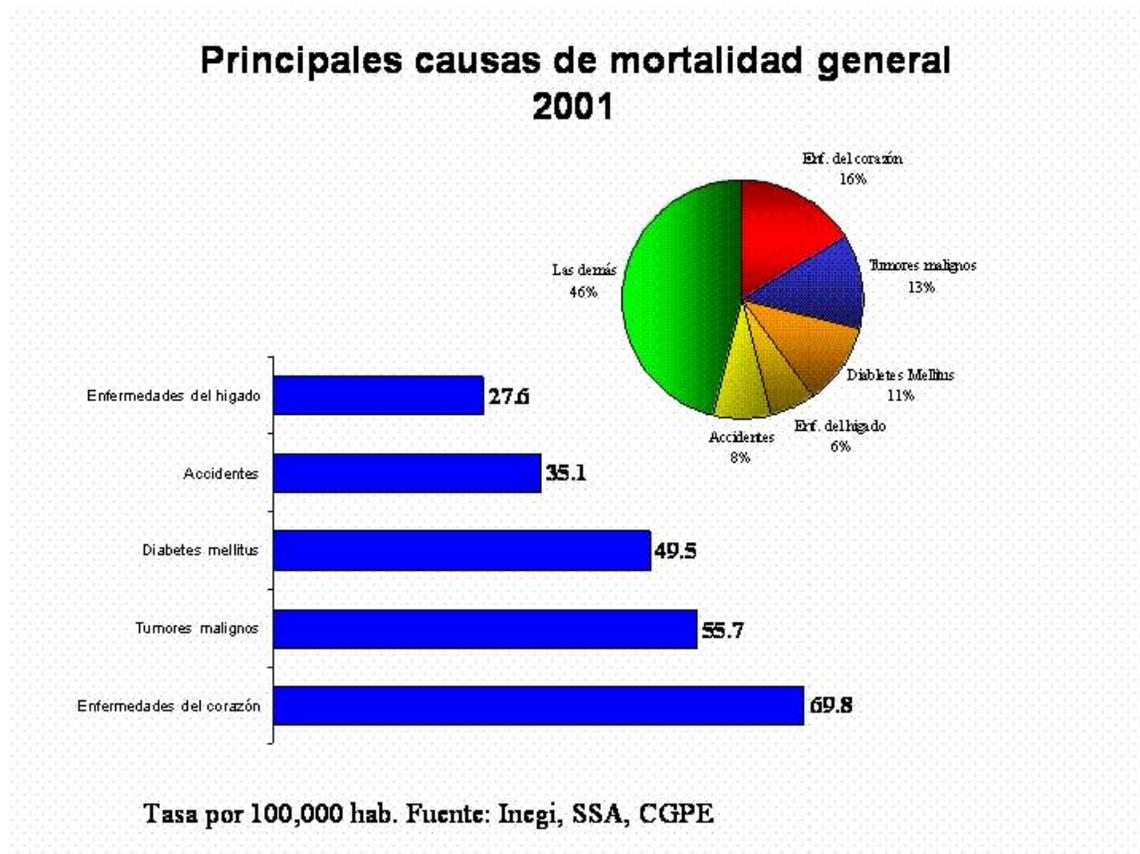
Cabe aclarar que las enfermedades cardiovasculares están caracterizadas por un inadecuado suministro de oxígeno al corazón. Las principales son 1) Angina de Pecho o Isquemia, severo dolor en el pecho debido a la anoxia o inadecuado suministro de sangre; 2) El infarto al miocardio o ataque al corazón, daño permanente al corazón por necrosis o muerte de una porción del músculo cardíaco, producto de la interrupción del suministro de sangre; y 3) la aterosclerosis, estrechamiento de las arterias coronarias.

1.4 Epidemiología de la hipertensión arterial

Uno de los principales indicadores epidemiológicos que permiten establecer los patrones de salud - enfermedad de una población, es el registro de las causas de muerte. En nuestro país, la primera causa de muerte en población adulta (15 a 65 años) son las enfermedades del corazón, le siguen, los tumores malignos, diabetes mellitus, accidentes, y enfermedades del hígado. En el 2001 representaron el 54% del total de las causas de muerte (ver Gráfico 1); cabe destacar que todas estas causas, salvo los accidentes, son enfermedades crónicas degenerativas. Lo que hace evidente, como anteriormente se había indicado, que en México la transición epidemiológica hacia este tipo de enfermedades se está incrementando. Así también cabe

resaltar que las muertes producidas por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares están, en gran parte, asociadas a la hipertensión arterial.

Gráfico 1
Mortalidad en México



Desde 1990 las enfermedades del corazón ocupan la primera causa de mortalidad en el mundo (OMS, 2002). En México son una de las principales causas de incapacidad y muerte prematura. Desde la década de los 90s, llegaron a ser la primera causa de muerte a nivel general en el país, en 1999 se registraron 69,278 muertes por enfermedades del corazón (SSA, 1999), para el año 2001, la cifra ascendió a 70,510 muertes (SINAIS, 2002) 3,179 de éstas corresponden, exclusivamente, a muertes atribuidas a la hipertensión esencial.

En una comparación por regiones, entre 1975 y 1985, se observa un incremento importante en la mortalidad atribuida a enfermedades cardiovasculares en Latinoamérica. En México se incrementó a 24.2%, por el contrario en Canadá y EU, se observa un ligero decremento, aún tomando en consideración que en estos países el porcentaje es bastante alto.

Tabla 1
Mortalidad atribuida a enfermedades cardiovasculares en algunas subregiones de América

Subregión	1975	1985	% de cambio
Cono sur	21.0	27.4	+35.0
América Central	3.9	7.8	+100.0
México	9.9	12.3	+24.2
Caribe	22.0	26.1	+18.0
Canadá y EUA	37.9	36.4	-2.6
Total	27.2	33.0	+21.3

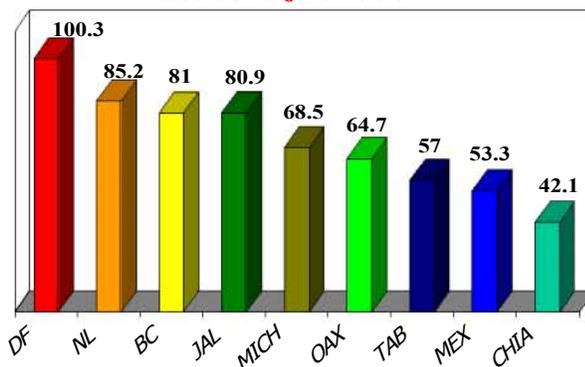
Fuente: Organización Mundial de la Salud (2002)

De acuerdo con las estadísticas nacionales, la cardiopatía isquémica, una de las enfermedades del corazón, ocupa el 5º lugar como causa de muerte en personas en la etapa productiva y primer lugar en la etapa post productiva. En los Estados que poseen grandes concentraciones urbanas, como el Distrito Federal, Nuevo León, Jalisco, Estado de México y Yucatán, las enfermedades del corazón se ubican como primera causa de muerte (Estadísticas Vitales SSA) (ver Gráfico 2). En entidades federativas, entre 20 y 50% de las muertes (dependiendo de la edad) pueden estar relacionadas a HTA. En efecto, la mortalidad por enfermedades del corazón está asociada a la edad. En estratos entre 15 y 54 años es alrededor de la 4ª o 5ª causa de muerte, exceptuando el estrato de 25 a 34 años donde baja al 6º lugar; por el contrario, en personas

mayores de 65 años es la primera causa de muerte y es ahí donde se concentra el mayor número de muertes (ver tabla 2).

**Mortalidad atribuida a enfermedades cardiovasculares
Estadísticas vitales, SSA 1999.**

**Gráfico 2
Mortalidad por enfermedades
del corazón 1999**



Tasa por 100,000 habitantes

**Tabla 2
Mortalidad por Enfermedades del Corazón 1999**

Estrato de edad	Defunciones	Tasa x 100000 hab.	Lugar como causa de muerte
General	69,278	70.6	1
15-64 (productiva)	17,644	29.3	5
15-24	496	2.5	5
25-34	1,075	6.5	6
35-44	2,314	19.9	5
45-54	4,805	66.0	4
55-64	8,954	192.5	3
65 o más	50,845	1,105.7	1

Fuente: Mortalidad México, Secretaría de Salud (1999)

Una gran parte de muertes causadas por las enfermedades del corazón y algunas de las provocadas por las enfermedades cerebrovasculares son iniciadas, originalmente, por el deterioro progresivo de padecer hipertensión arterial en un curso de varios años. Para Cruz Corchado (2001), la hipertensión arterial, es una de las afecciones de mayor incidencia a escala mundial, la cuál ha ido incrementando notablemente en las últimas décadas, se estima que existen en el mundo 600 millones de personas con HTA. La Organización Mundial de la Salud (2000) establece que entre el 10 y 20% de la población mundial mayor de 20 años presentan hipertensión arterial.

Velázquez, et al. (2002) aclaran que, contrario a lo que comúnmente se cree, la hipertensión como enfermedad crónica no se está presentando con mayor frecuencia en países desarrollados puesto que 70% de los casos (420 millones) corresponden a casos en países en vías de desarrollo.

De acuerdo a estos autores, en nuestro país, se estima que entre un 20 a 30% de la población mayor de 20 años (55 millones de habitantes aproximadamente) padece hipertensión. Es decir, existen alrededor de 10 millones de personas con hipertensión arterial en México. En Estados Unidos se estima que un 25% de la población en ese mismo rango, tiene este padecimiento, es decir 50 millones de personas de un total aproximado de 200 millones de personas mayores de 20 años. Como se puede observar la proporción puede ser mayor en México que en Estados Unidos.

A pesar de que el monitoreo de esta enfermedad es un tópico importante para la estimación de la salud en México, no existe un registro sistemático integral y profundo que dé cuenta de la situación a escala nacional; pues si bien, es una enfermedad de notificación obligatoria y, la Dirección General de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud, publica semanalmente los

casos diagnosticados, éstos sólo proporcionan información de casos acumulados por entidad federativa en el año, sin distribuciones por sexo o edad; además, este registro es parcial pues se basa en la información concentrada por los organismos de la propia Secretaría aunque hipotéticamente debería concentrar la información del IMSS y del ISSSTE, así como la generada por organismos privados de salud, lo cual no siempre sucede. Otro fenómeno que incrementa el subregistro es el hecho de que, una gran proporción de las personas desconocen que tienen hipertensión arterial esencial, debido a la falta de signos y síntomas claros en gran parte de su desarrollo. Con datos de la Encuesta Nacional de Salud realizada en el año 2000, Velázquez et al. (2002) encontraron que, de un total de 38,377 entrevistados, 12,035 tenían hipertensión arterial y, de ellos, el 61% lo ignoraba y sólo el 39% tenían un diagnóstico médico previo a la encuesta.

Cruz Corchado (2001) afirma que, en el campo de la investigación epidemiológica, existen estudios pero las discrepancias de criterios para abordar la hipertensión (por ejemplo, la forma de medir la tensión arterial) no permiten establecer comparaciones sistemáticas.

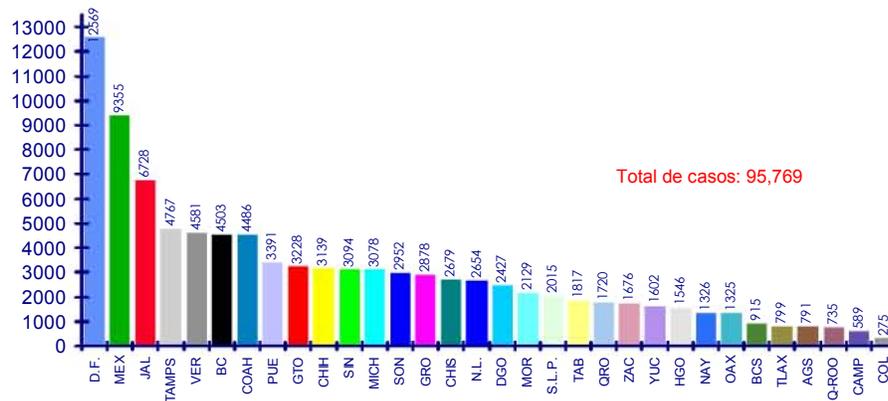
Dos grandes encuestas sirven como referencia para la identificación del comportamiento de la hipertensión arterial; la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas realizada en 1993 y la Encuesta Nacional de Salud 2000, ambas realizadas por la Secretaría de Salud (Cruz Corchado, op. Cit). En ellas se nota un incremento de la prevalencia de hipertensión arterial del 25.3% al 30.5%, en los últimos 7 años.

Sin embargo, se tienen problemas en el registro y seguimiento de casos de hipertensión, el boletín de vigilancia epidemiológica de la Secretaría de Salud (2000b) reporta, semanalmente, el número de casos diagnosticados de hipertensión arterial y, a pesar de las limitaciones anteriormente discutidas, es

una fuente que permite tener actualizada en parte esta información. De acuerdo a este boletín, la Secretaría de Salud (2002) reportó, a nivel nacional, 112, 418 nuevos casos de hipertensión arterial en 2001, pero para 2002 se registró una baja considerable, contabilizándose solo 95,769 casos nuevos. Estos datos no coinciden con las estimaciones en la encuesta anteriormente mencionada, sí bien, el procedimiento administrativo de registro se está mejorando aún persisten algunos problemas del registro, además de que como se mencionó anteriormente una buena parte de las personas que tienen hipertensión, lo desconocen y sólo son diagnosticados cuando presentan algún problema de salud.

Los estados que reportan un mayor número de casos acumulados en el 2002 son: Distrito Federal (12,569); Estado de México (9,355); Jalisco, (6,28); Tamaulipas (4,767); Veracruz (4,581) y Baja California (4,503). Los estados con menos casos son: Colima (275); Campeche (589) y Quintana Roo (735) Como se puede observar, existe una correspondencia entre las entidades que tienen grandes zonas urbanas y consecuentemente, un mayor número de casos; Por el contrario, estados con ciudades más pequeñas presentan un menor número de casos. En general, la presencia de hipertensión arterial es mayor principalmente en la zona norte del país, el D. F., Jalisco y Veracruz (ver gráfico 3). Desde 1995 el Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica (SUAVE), estableció la prevención y control de la hipertensión arterial como parte fundamental de los programas de salud, por ello se han realizado diversas encuestas de salud, encontrándose que en el norte del país, principalmente en zonas urbanas, se observó un prevalencia ligeramente mayor, debido tal vez a diferentes patrones de transición epidemiológica, a la variabilidad en la alimentación y consumo de sal. A esta observación se puede agregar que algunas modificaciones en el comportamiento y estilos de vida también contribuyan al incremento de casos en zonas urbanas.

Gráfico 3
Casos Acumulados de Hipertensión Arterial
hasta abril del 2002



Fuente: Sistema Unico de Información para la vigilancia Epidemiológica
Dirección general den Epidemiología. Secretaría de Salud

La tasa de mortalidad por enfermedad hipertensiva ha sufrido, al igual que la mayor parte de las enfermedades cardiovasculares, una elevación de 1980 a 1991 (Guerra, 1995). De una tasa de 4.89 a 8.39 por cada millón de habitantes, respectivamente, lo que representa un incremento relativo de 71.5% en dicho periodo. Esto indica el alto crecimiento que está teniendo la hipertensión en la población mexicana.

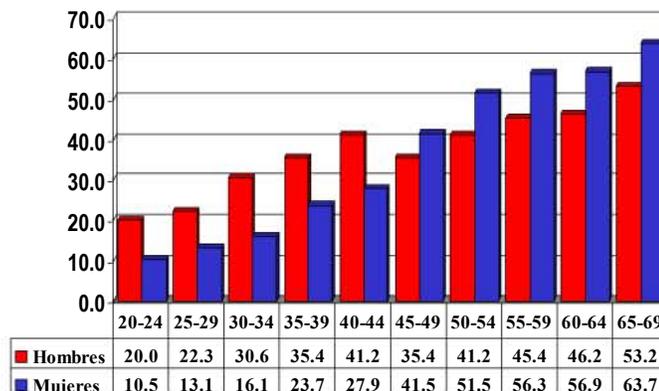
Velázquez, et al. (2002) describen que por sexo la hipertensión muestra patrones diferentes: la prevalencia es mayor en hombres (34.5%) que en mujeres (26.3%); sin embargo, se observa un incremento considerable de casos femeninos.

La edad es el factor más importante para la presencia de la hipertensión arterial, en la encuesta se observó un incremento de su prevalencia tanto en hombres y mujeres conforme avanza su edad. Velázquez, et al. (2002)

sostienen que a mayor edad la hipertensión arterial es más prevalente. En México, a partir de los 55 años de edad, cerca de la mitad de la población presenta hipertensión arterial. En el grupo de los 50 años, el 40% de los hombres y el 50% de las mujeres tienen hipertensión, cabe aclarar que si bien, la enfermedad es más prevalente en población masculina, en edades mayores a 50 años la proporción de las mujeres con hipertensión es mayor a la de los hombres, en edades avanzadas.

En resumen, la prevalencia va de entre 10 y 20% en adultos de 20 a 25 años, hasta 56 a 63% en sujetos con edades mayores a 65 años (ver gráfico 4).

Gráfico 4
Prevalencia de hipertensión arterial
según edad y sexo



Fuente: Dirección General de Epidemiología, SSA

Como anteriormente se había comentado, se puede apreciar en esta gráfica, que existe una diferencia interesante entre la edad y sexo; en el caso de los hombres la hipertensión arterial prevalece más entre los 30 a 44 años en comparación con las mujeres. Por el contrario en las mujeres, a partir de los 50 años, su prevalencia es mayor que en los hombres, una posible explicación de este fenómeno conforme a Camuñas, García, Vivas, Morales, Aranda y Can (2001) puede ser la aparición de la menopausia.

Existen también variaciones por la edad en el tipo de presión que afecta, entre los 20 y 40 años predomina una presión diastólica alta y para el rango de 50 a 69, es alta tanto la presión sistólica como la diastólica. En la encuesta nacional de Salud 2000 (Velázquez, et al., 2002) se encontró una prevalencia con presión en ambas de 34.2%, con presión diastólica pura de 46% y con presión sistólica pura de 5%.

1.5 Síntomas Fisiológicos

En la hipertensión arterial esencial, la mayoría de los afectados no tienen síntomas físicos; lo que hace a la enfermedad todavía más peligrosa puesto que gran parte de las muertes se deben a su efecto silencioso.

Para Rodríguez (2003), cuando las cifras de tensión arterial se encuentran por encima de los valores considerados normales y su tiempo de evolución es reciente, difícilmente se detectan signos de daño en órganos blandos (corazón, cerebro, riñones etc.); solamente hay referencia a síntomas como: dolor de cabeza, habitualmente matutina y de moderada intensidad, ocasionalmente seguida de mareo o sensación de vértigo y náuseas; acúfenos (zumbido en oídos), fosfenos (ver manchas oscuras) y epistaxis (sangrado nasal). Otros datos clínicos pueden ser ansiedad, falta de concentración, insomnio, hiperventilación y debilidad.

Conforme avanza la enfermedad, dependiendo de las cifras de presión sanguínea, el tiempo de evolución de la patología y el tratamiento médico seguido, pueden aparecer daños a órganos, principalmente, al corazón, al riñón y al cerebro. Rodríguez (2002) sostiene que el 85% de los problemas a consecuencia de la hipertensión arterial esencial son isquémicos (déficit de irrigación sanguínea de un tejido u órgano) y el restante tiene origen hemorrágico. Cuando existe un incremento abrupto de los niveles de presión

sanguínea, que se puede denominar crisis hipertensiva, se presentan síntomas que pueden ir desde un dolor de cabeza hasta un infarto. En el siguiente cuadro se enlistan las manifestaciones clínicas haciendo referencia a la condición clínica del paciente.

Cuadro 1
Manifestaciones Clínicas de la Hipertensión Arterial

Condición clínica	Manifestación
Hipertensión Esencial	Asintomática, Cefalea , Síntomas vagos
Hipertensión Complicada	Corazón - insuficiencia cardiaca Cerebro – Isquemia Cerebral Riñón – Insuficiencia Renal Retina Exudados, hemorragias, papiledema, amaurosis
Crisis Hipertensiva	Cefalea, Vértigo, Fosfenos, angor hermodinámico, insuficiencia cardiaca aguda, crisis compulsivas, infarto miocardio, cerebral

Fuente: Isselbacher, et al. (1994)

Producto de las complicaciones por hipertensión arterial está la insuficiencia cardiaca, la cual puede ser aguda en caso de infarto y crónica por el corazón dilatado por hipertensión en fase terminal, lo que provoca disnea progresiva de esfuerzo. Por otra parte, si los vasos sanguíneos se hacen más pequeños, el corazón tiene que trabajar más para bombear la misma cantidad de sangre y aumenta la presión a la que la sangre es bombeada.

Otra complicación es la enfermedad cerebrovascular embólica, donde en el evento puede presentarse pérdida del conocimiento súbito con o sin movimientos tónico-clónicos y hemiplejía facial o corporal, con posibles efectos permanentes. También puede persistir la afectación del sistema renal, donde la hipertensión arterial es la segunda causa de insuficiencia renal, después de la diabetes. Lo que puede provocar un incremento de la actividad simpática autónoma, disminución de la respuesta vasodilatadora y retención de sodio.

Puesto que los riñones controlan el volumen de agua circulante y la cantidad de sal que contiene el cuerpo, Isselbacher, et al. (1994) señalan que éstos tienen efectos directos en la hipertensión arterial esencial. Cuanta más sal exista en el cuerpo, más agua se retiene en la circulación, y más puede aumentar la hipertensión arterial esencial; lo cual a su vez, puede aumentar la tendencia de las arterias a hacerse más estrechas. Consecuentemente, una persona con un riñón sano y sin hipertensión arterial esencial puede tolerar un margen muy amplio de ingesta de sal sin efectos sobre la hipertensión arterial esencial.

El exceso de peso es un predictor para el desarrollo de la hipertensión arterial esencial, Rodríguez (2003) menciona que diversos estudios epidemiológicos han demostrado la prevalencia de obesidad en el paciente con hipertensión, determinándose que la obesidad por sí misma ocasiona una elevación promedio de 4.5 mm Hg en la presión por cada 5 Kg. de sobrepeso.

Otros factores que influyen sobre la hipertensión arterial son el sistema nervioso, y una serie de hormonas como la adrenalina y noradrenalina, y de sustancias como la renina – angiotensina. No es el objeto en el presente apartado profundizar sobre elementos neurofisiológicos que están implicados en la hipertensión arterial esencial, pero sí es importante resaltar que el sistema nervioso está estrechamente relacionado con la presencia de la hipertensión arterial esencial y, a su vez, en conjunto con la combinación de problemas arriba mencionados genera una buena cantidad de síntomas físicos. De tal manera que los estresores ambientales son un factor relevante que causan un efecto en el sistema nervioso y, con ello, puede alterar el nivel de presión sanguínea.

En efecto, se ha demostrado que tanto para el ser humano como para algunos modelos animales en experimentación, el estrés ambiental y psicosocial tiene un claro impacto en los niveles de presión arterial a corto plazo, llegando a

ser determinante en el inicio y progresión de la hipertensión. El incremento de la actividad simpática del sistema nervioso autónomo es el mediador de los efectos del estrés en la presión arterial. Algunas características personales o patrones de comportamiento se asocian con un mayor riesgo de hipertensión y enfermedad cardiovascular. Este tema desde una perspectiva psicosocial se abordará, con detalle, en el siguiente apartado.

1.6 Monitoreo de tensión arterial y tratamiento médico

Una parte necesaria del tratamiento es monitorizar la tensión arterial (TA) denominada generalmente presión arterial, lo que se puede hacer por medio de aparatos llamados esfigmomanómetros. Estos aparatos miden las pulsaciones de las arterias. Actualmente existen esfigmomanómetros electrónicos más fáciles de usar ya que no llevan estetoscopio, por lo cual habitualmente se utilizan en los hogares. Un chip electrónico hace la tarea de detectar el pulso, y un lector digital lee la tensión arterial. Para tomarse la tensión, la persona debe estar sentada tranquilamente durante 5 minutos, sin haber fumado, ni tomado café y con la vejiga vacía.

La etapa en que se encuentra el paciente refleja la gravedad de la hipertensión que está teniendo. Como se describió anteriormente en la primera fase podría ser sintomática (140-159/90-99 mm de Hg). En la segunda (160-179/100-109 mm de Hg) y tercera fase (>180 />110 mm de Hg) aparecerán síntomas cada vez más severos que reflejan las complicaciones causadas por la hipertensión arterial esencial.

La hipertensión arterial esencial puede ser tratada eficazmente disminuyendo la tensión arterial a niveles manejables o normales y evitando todas las consecuencias graves, con lo que se mantendría una esperanza de vida normal. Cada vez existen más datos de que con medidas no

farmacológicas se puede controlar la hipertensión arterial leve y moderada con los siguientes puntos:

- 1- Baja de peso
- 2- Disminución de la ingesta de sal
- 3- Ingestión nula o moderada de alcohol
- 4- Evitar grasas saturadas
- 5- Eliminar el Tabaquismo
- 6- Realizar ejercicio
- 7- Evitar y manejar el estrés

Para Fernández y Arriaga (1995), estas medidas son ampliamente recomendadas en la práctica médica; sin embargo, se considera que es excepcional conseguir que los pacientes sigan estas medidas, por lo que generalmente los médicos optan por la administración de fármacos.

Desde el enfoque médico y, de acuerdo a las indicaciones de la guía para la prevención y control de la hipertensión arterial esencial (Secretaría de Salud, 2000a), el tratamiento se basa en:

El manejo y control de la dieta. La obesidad está asociada a la hipertensión arterial en gran medida. En algunas personas basta disminuir su peso para controlar la hipertensión arterial esencial. Una comida baja en grasas y una reducción de la ingesta de sal hasta una cantidad menor de una cucharadita al día.

Actividad Física. La vida sedentaria es uno de los factores que ocasionan la hipertensión arterial esencial. Un programa de ejercicio aeróbico ayuda a fortalecer el corazón, a bajar peso y a controlar la hipertensión arterial esencial. Se debe realizar un ejercicio adecuado a cada edad y a cada persona,

por ello la realización de media hora de carrera suave 2 ó 3 días por semana es suficiente para la mayor parte de las personas.

Tabaquismo y consumo inmoderado de alcohol. Adicionalmente, se recomienda eliminar o reducir el hábito de fumar y el consumo de alcohol. El uso de tabaco puede acelerar el proceso de arteriosclerosis en gente con HTA. Asimismo, el abuso habitual de alcohol puede contribuir al desarrollo y mantenimiento de HTA, aunque dependerá del tipo, cantidad y frecuencia, ya que es reconocido que con algunas circunstancias el consumo moderado de alcohol puede ser un factor protector; por ejemplo, una copa de vino tinto al día, ayuda a la reducción del colesterol y contribuye a tener una mejor presión arterial (Rodríguez, 2003).

Manejo Farmacológico. En la hipertensión arterial etapas 1 y 2, el manejo inicial del paciente será de carácter no farmacológico (Secretaría de Salud, 2000a) durante los primeros doce y seis meses respectivamente. Si el cambio de estilo de vida y hábitos no fue suficiente para bajar la HTA o la presencia de otros factores orgánicos o enfermedades lo requiere, es necesario tratar la HTA con medicamentos, en muchos casos, dichos medicamentos tendrán que tomarse de forma continua durante el resto de la vida. Existen diferentes tipos de medicamentos conocidos como antihipertensivos; algunos eliminan el exceso de líquido o sodio y otros disminuyen la constricción de los vasos. El tratamiento debe ser individualizado, puede modificarse con el tiempo de acuerdo a la respuesta del paciente.

De acuerdo a la Norma Mexicana para la Prevención y Control de la Hipertensión (Secretaría de Salud, 2000a) existen una gran cantidad de medicamentos para controlar y tratar la HTA, los más recomendables, son diuréticos tiazídicos, bloqueadores, vasodilatadores directos, los antagonistas alfa adrenérgicos, calcio-antagonistas, inhibidores de la enzima convertidora de

la angiotensina (ECA), y antagonistas de receptores de angiotensina II. En personas con niveles altos de colesterol el uso de medicamentos de la familia de las estatinas. En ningún caso hay que dejar la medicación cuando la presión sanguínea se normalice, salvo por indicaciones del médico.

Adicionalmente al enfoque biomédico se reconoce el efecto de factores psicosociales en la presencia de la hipertensión arterial, principalmente, la aparición del estrés. Para ello, con frecuencia, los médicos sugieren el uso de técnicas que permitan la relajación del paciente como la meditación, o distracciones emocionales, aunque por lo regular se le da poca importancia al factor Psicosocial, mucho menos de lo que realmente representa, como se verá en el siguiente apartado.

Capítulo 2

2.1 Aspectos psicosociales de la hipertensión arterial

Una vez que se ha descrito brevemente desde el punto de vista biomédico y epidemiológico la hipertensión arterial, a continuación, tomando como eje teórico a la Psicología de la Salud, se realizarán algunas aportaciones críticas como punto de partida para abordar el objeto de estudio del presente trabajo: la hipertensión desde un punto de vista psicológico.

El modelo biomédico reconoce que el 90% de los casos de hipertensión arterial no tienen una causa biológica atribuible; sin embargo, esto pareciera, desde la óptica médica, no tener tanta importancia y estar en un segundo término. Se reconoce la existencia de factores psicosociales en la hipertensión pero aún así se orienta primordialmente a su tratamiento farmacológico sin tomar, en cuenta estos factores. En la práctica médica, con frecuencia se le resta importancia o se omite el trabajo sobre modificación de conductas y hábitos, antes de usar medicamentos y se va directamente a la administración de fármacos, debido a que la perspectiva del médico es intervenir los factores físicos. Si bien dentro de la consulta el médico da instrucciones al paciente para que cambie su dieta o realice ejercicio, no monitorea qué tanto se llevan a cabo estas medidas. Por lo regular el médico supone que el informar al paciente es suficiente para que éste efectúe el cambio de conductas. El manejo psicológico en este modelo pasa a un segundo término.

La Norma Oficial Mexicana (SSA, 2000) refiere, en su apartado de prevención primaria, el manejo de factores de riesgo modificables, e incluso menciona la participación de diferentes trabajadores de la salud como nutricionistas, enfermeras, trabajadores sociales, y psicólogos, los cuales “son

de gran importancia para auxiliar a los individuos en alto riesgo” (p. 12); sin embargo, no detalla específicamente su participación y la importancia del manejo de variables psicológicas, es así que predomina el modelo donde la Psicología está subordinada a la Medicina.

De acuerdo al comportamiento epidemiológico de la hipertensión, el incremento de los casos de hipertensión tiene que ver con el estilo de vida que se lleva a cabo en las grandes ciudades, donde los avances tecnológicos, que proveen ciertas comodidades provocan sedentarismo, el ritmo agitado de las ciudades impiden el consumo adecuado de alimentos, lo que provoca obesidad y niveles altos de colesterol. R. Lazarus y B. Lazarus (1994) incluyen, además como factor importante, al continuo sometimiento de presiones por el trabajo, en la familia y la economía que en conjunto provocan que las personas estén expuestas a un permanente estrés, en donde las respuestas personales típicas hacen la diferencia para generar o no enfermedades, incluyendo la hipertensión. Esto puede explicar, en gran medida, porque una gran cantidad de personas con hipertensión no tienen sobrepeso, o no tienen colesterol elevado, o no llevan una vida sedentaria, y aún así desarrollan la enfermedad.

Precisamente, el abordar la hipertensión arterial esencial, desde una perspectiva bio-psico-social, contribuye en gran medida, a explicar con mejor precisión la enfermedad y poder aplicar los avances de estos conocimientos en la intervención con pacientes o en la prevención de la hipertensión arterial, sin dejar de tomar en cuenta los factores físicos que puedan intervenir en el proceso. A continuación se presentará la revisión de variables psicológicas que intervienen en la hipertensión arterial esencial, incluyendo las enfermedades cardiovasculares, que están estrechamente relacionadas.

2.2 La investigación psicológica sobre la hipertensión arterial

El estudio de variables psicosociales relacionadas con las enfermedades del corazón, tiene amplios antecedentes que se remontan desde las primeras décadas del siglo pasado. Su estudio primordialmente se ha centrado en la relación con las enfermedades cardiovasculares como angina de pecho, infarto al miocardio y, recientemente, con la hipertensión arterial en específico.

Desde finales del siglo XIX algunos clínicos como Osler (1892 en Houston y Snyder, 1988) sugerían que algunas manifestaciones de conducta estaban relacionadas con la aparición de las enfermedades cardiovasculares, además de, los fenómenos de índole biológica que han sido identificados como factor de riesgo para generar alguna enfermedad cardiovascular como la edad, el consumo de cigarro, la obesidad, niveles altos de colesterol, bajos niveles de actividad física, etc.

En efecto, como afirman García-Vera y Sanz (2000), la hipertensión es un importante factor de riesgo para generar alguna enfermedad coronaria, ya sea como producto de factores físicos relacionadas como la hipercolesterolemia, la obesidad, falta de actividad física, el abuso de alcohol y el consumo excesivo de sal o a través de los efectos relacionados con el estrés sobre el sistema cardiovascular. En opinión de Reynoso, Álvarez, Tron, De la Torre y Seligson (2002), en esta última causa radica su importancia dentro de la Psicología, ya que, se tiene una enfermedad o conjunto de enfermedades que está directamente relacionada con un patrón conductual.

El papel de factores psicosociales en la hipertensión de acuerdo a Steptoe (2000) está investigándose con tres estrategias de la investigación: estudios epidemiológicos de la presión de sangre, características psicológicas y experiencia de vida; estudios experimentales de respuestas cardiovascular y

neuroendocrinas a los estímulos de la conducta, y estudios naturalistas de covariación entre la presión de sangre, el estado psicológico y eventos de vida cotidianos.

Los estudios epidemiológicos realizados sobre la hipertensión arterial y su relación con variables psicológicas, son cohortes o de tipo casos y controles que han llevado a cabo con muestras grandes de sujetos seguidos prospectivamente con medidas estandarizadas de presión de sangre y variables psicosociales, para Steptoe (2000) este tipo de estudios han aportado la más convincente evidencia de la influencia de factores psicosociales en el desarrollo de la hipertensión, pero poco pueden aportar con respecto a los mecanismos involucrados. Estos mecanismos pueden ser investigados con más detalle en estudios experimentales de respuestas cardiovasculares y neuroendócrinas. Las diferencias en la magnitud de patrones de reacción hacia estímulos conductuales pueden relacionarse con el riesgo de desarrollar hipertensión en el futuro. Estudios experimentales de esta clase, permiten examinar el impacto de estímulos psicológicos en detalle bajo condiciones cuidadosamente controladas, aunque existen importantes limitaciones sobre si estas respuestas son típicas y si los estímulos usados pueden tener un impacto real en la experiencia común y cotidiana de la gente.

La investigación con animales es extremadamente útil en mostrar cómo las experiencias altamente inusuales que incrementan el nivel de estrés pueden inducir hipertensión en organismos previamente saludables, sin embargo estos estudios no permiten establecer un vínculo directo entre factores psicosociales e hipertensión en humanos.

Hay una cantidad de métodos empleados para abordar la influencia de factores psicosociales en humanos, el mas antiguo, es el uso de entrevistas o cuestionarios para estudiar las características psicosociales, una gran cantidad

de resultados obtenidos por estos métodos han sido inconclusos, y con muchas inconsistencias en sus hallazgos (Steptoe, 2000). Uno de los problemas con este tipo de métodos es que las evaluaciones se realizaron cuando los individuos conocen que son hipertensos.

Una buena parte de los sujetos hipertensos no conocen su condición de enfermos, situación que puede provocar menos estrés, por lo que algunos autores como Steptoe (2000) consideran que las muestras clínicas pueden no ser representativas de las personas con hipertensión en general.

Una variante de esta tercera estrategia o método empleado consiste en medir la actividad cardiovascular bajo condiciones naturales, el desarrollo de medidores de presión ambulatorios ha permitido la expansión de estudios de la variación de la presión durante el día en situaciones de trabajo, factores psicosociales y experiencias sociales. Una dificultad con este método es que existe un amplio rango de situaciones que pueden provocar una variación como la actividad física, la postura, el comer o beber. Por otra parte requieren modelos estadísticos sofisticados para realizar los análisis respectivos. Adicionalmente el monitoreo por sí mismo puede ser un factor que restrinja las actividades usuales de los sujetos en el estudio.

Existe, en la literatura científica, una gran variedad de estudios sobre hipertensión, donde se ha encontrado que variables psicológicas influyen y afectan su desarrollo (Cea-Ugarte, Brazal-Raposo y González-Pinto, 2000; Fernández-Abascal, 1993; Haerenstam, Theorell y Kaijser, 2000; Smith, Ruiz y Uchino, 2000). En estos estudios, hay un acuerdo generalizado respecto a la multicausalidad de la hipertensión que pueden dividirse en tres grandes grupos: a) comportamientos no adaptativos al medio y respuestas inadecuadas ante estresores, b) variables de personalidad y c) interacción de factores psicológicos y físicos.

A reserva de abordar con detalle cada grupo más adelante, se puede identificar como respuestas inadecuadas ante al estrés, a un estilo de enfrentamiento de forma negativa que implica la imposibilidad de resolver los problemas de los individuos. En estos estilos, resalta un manejo inadecuado de dos emociones en particular: el enojo y la ansiedad. En cuanto a las variables de personalidad se ha empleado el uso de tipologías sobre la personalidad que tienen aquellos sujetos que generan una enfermedad cardiovascular, tratando de distinguir aquellas características que los diferencian de sujetos clínicamente sanos, principalmente un sentido de urgencia, competitividad y hostilidad. Finalmente, la interacción de estas características personales, los factores de riesgo de índole biológico y el medio ambiente; una sociedad industrializada, agitada y estresante que genera un estilo de vida lleno de factores de riesgo. Por lo que es importante abordar estos tres grupos que en conjunto contribuyen al estudio y comprensión integral de la hipertensión.

El estudio de las enfermedades cardiovasculares, incluyendo la hipertensión ha despertado la atención de muchos investigadores. En este sentido, se realizará una revisión del estado de la investigación psicológica al respecto, incluyendo la definición de algunos conceptos que permitirán su mejor comprensión.

2.3 Emociones

Desde la última década del siglo XX, ha resurgido el interés por el estudio de las emociones, incorporando nuevos esquemas teóricos y metodológicos para su estudio. Las emociones conforme a Bisquerra (2000) son un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predisponen a una respuesta organizada. Las emociones se generan habitualmente como respuesta a un acontecimiento externo o interno.

Para R. Lazarus y B. Lazarus (1994), la emoción es una obra personal que tiene relación con el destino de los objetivos de las personas en un episodio particular, con sus creencias sobre si mismos y el mundo en el que viven, donde surge una valoración del significado o alcance personal. Las emociones son reacciones complejas en las que ven mezcladas tanto actividades mentales como corporales. Estas reacciones comprenden un estado mental subjetivo, por ejemplo, enojo, ansiedad o amor; un impulso a actuar como: atacar o huir, y respuestas corporales como la generación de adrenalina y/o incremento, del ritmo cardiaco.

El manejo de las tendencias a la acción generadas por una emoción es importante, porque nos desarrollamos en una sociedad compleja donde se tiene que ser prudente antes que impulsivo. De ahí que se puede tender hacia los extremos; tener problemas para eliminar los impulsos que surgen de las emociones o ser tan controlador que se limita la espontaneidad. Un manejo inadecuado de las emociones puede ocasionar en el transcurso del tiempo perturbaciones psicológicas y/o biológicas que afecten la salud mental y física de las personas.

Para R. Lazarus y B. Lazarus (1994), las emociones negativas están relacionadas con las enfermedades cardiovasculares y en particular con la hipertensión, porque; a) generan el incremento de poderosas hormonas como la adrenalina y la noradrenalina, que liberadas en las sangre, incrementan notablemente la presión sanguínea. b) las emociones provocadas por el estrés incrementan el nivel de colesterol de baja densidad en la sangre, que a la vez provoca obstrucción en las arterias y por ende un incremento de tensión sanguínea, y c) las emociones producto del estrés el propician el uso excesivo de sustancias nocivas como el alcohol, drogas, tabaco, o una ingesta de alimentos.

De tal manera que el estilo de enfrentamiento puede afectar la salud cuando no es adecuadamente canalizado a resolver los problemas que enfrenta el sujeto y por lo tanto:

1. Puede influir en la frecuencia, intensidad, duración y forma de las reacciones neuroquímicas al estrés
2. Puede afectar la salud, aumentando el riesgo de mortalidad y morbilidad cuando incluye el uso excesivo de sustancias nocivas como el alcohol, drogas, tabaco.
3. El enfrentamiento dirigido a la emoción pueden dañar la salud al impedir conductas adaptativas relacionadas con la salud/enfermedad.

De acuerdo a R. Lazarus y B. Lazarus (1994) existen seis componentes psicológicos de la emoción: los objetivos, el yo y el ego, la valoración, los significados personales, la provocación y la tendencia a la acción. A continuación se describirán cada uno de ellos.

1. **Destino de los objetivos personales.** Cuando hay un objetivo en juego surge una emoción para conseguir o evitar algo. Cuando el objetivo ha sido satisfecho la emoción es positiva, cuando el objetivo se ha visto frustrado la emoción es negativa.
2. **El yo o el ego.** El yo es la identificación de uno mismo, lo que se es y siente, el ego es la parte del yo que decide qué hacer y cómo relacionarse con el mundo, de tal manera que permita ser congruente y consistente con esa identificación.

3. **Valoración.** La inteligencia permite comprender el mundo para sobrevivir e interactuar en él, las personas necesitan decidir si los acontecimientos que los rodean son o no importantes para su bienestar, lo que suele ser un juicio complejo, la valoración es muy importante porque sin un significado no existe emoción.

4. **Significados personales.** Una vez valorada la emoción, los sujetos estiman cómo esta decisión afecta su bienestar, esto dependerá de lo que la persona quiere y cree y de la naturaleza de la situación.

5. **Provocación.** No todos los acontecimientos físicos o sociales producen emociones, solo aquellos en donde son considerados significativos por el individuo, por ejemplo, un acontecimiento real que da un perjuicio o beneficio concreto, o un acontecimiento que no ocurre todavía pero que puede ser considerado como una amenaza o incluso cuando no se da el acontecimiento.

6. **Tendencia a la acción.** Es la disposición a realizar algo como respuesta de una emoción, donde la acción puede ser sólo psicológica y no física. Las tendencias a la acción innata, se podrían considerar un análogo biológico de lo que se denomina enfrentamiento. La diferencia es que la tendencia a la acción biológica ocurre sin pensar o planificar; por otro lado, el enfrentamiento es más deliberado y psicológico donde, en la mayoría de las situaciones, se requiere pensar en lo que se podría o debería hacer para tratar el problema.

Finalmente, cabe destacar que el estudio de las emociones se ha visto limitado por diversos factores, entre ellos la realización precisa de una definición adecuada de la emoción que se está estudiando y el procedimiento para obtener una medida eficiente de ésta. Las emociones son reacciones complejas en las

que se ven mezcladas tanto actividades mentales como corporales, dependen de contextos personales, situacionales e incluso socio culturales. Es por ello que se debe trabajar en la revisión de medidas de emoción que puedan ser válidas, socio culturalmente y puedan ser aplicadas en diversos contextos.

Como se puede observar, las emociones configuran la forma en que se piensa y actúa, es la forma en que interpretamos lo que sucede a nuestro alrededor, valorándolo, confrontándolo con nuestros objetivos y definición personal, todo esto implica acciones internas, incluso físicas y acciones externas; es decir, comportamientos.

Dentro del estudio de las emociones en personas con hipertensión, resaltan dos que contribuyen significativamente en la elevación de la tensión arterial, el enojo y la ansiedad, las cuales se describirán con detalle en los siguientes apartados.

2.3.1 Enojo

El enojo es una de las emociones que ha despertado interés en su estudio, precisamente porque un manejo inadecuado de esta emoción puede traer consecuencias negativas en la conducta de los individuos e incluso afectar su salud. Spielberger, Johnson, Russell, Crane, Jacobs y Worden (1985) definen al enojo como un estado emocional caracterizado por sentimientos subjetivos que varían en intensidad, desde una molestia o irritación hasta la furia, rabia o ira intensa. Esta emoción va acompañada generalmente, de tensión muscular y activación del sistema nervioso autónomo. El enojo, a decir de Bisquerra (2000), se genera cuando se tiene la sensación de haber sido perjudicado y es una reacción de irritación desencadenada por la indignación al sentirse vulnerados los derechos propios. Se presenta también, cuando se ve frustrado o impedido un objetivo o en la sensación de haber sido manipulado, engañado o herido.

Rafael Bisquerra, autor de origen español, señala que se presentan problemas al referirse a las emociones con base en documentación en otros idiomas, por la dificultad de la traducción. Por ejemplo, *anger* puede traducirse de diversas formas tales como ira, cólera o enojo. Aún cuando hablamos el mismo idioma, los españoles prefieren el uso de ira o cólera y en México la expresión usual es enojo. Puesto que el presente trabajo se realizó en México se utilizará preferentemente este último término.

Así también, suele existir una confusión entre los términos enojo, hostilidad y agresión. Moscoso (2000) concuerda con esta observación e indica que, a diferencia del enojo, la hostilidad es un aparato complejo de sentimientos y actitudes de enojo que motiva el comportamiento agresivo. Finalmente, la agresión es el término para describir un comportamiento negativo cargado de enojo y hostilidad que, generalmente, es destructivo y punitivo. De tal manera que, García-León y Reyes (2002) establecen que se puede diferenciar al enojo como una emoción; a la hostilidad como una actitud o sentimiento y, a la agresión como un comportamiento.

Para Spielberger, Reheiner, Summer, y Sydeman (1995), el enojo es conceptualizado en tres dimensiones; estado, rasgo y expresión.

El enojo como estado, el enojo es una condición de sentimiento subjetivo que varía en intensidad, desde una ligera irritación o molestia hacia una furia intensa o cólera, que involucra una activación del sistema nervioso autónomo, puede fluctuar sobre el tiempo, es una reacción transitoria que se da en un momento particular entre el individuo y el medio ambiente. Es una función de frustración hacia una afrenta percibida, injusticia o un ataque verbal o físico.

El enojo como rasgo, se refiere a una disposición permanente a reaccionar de forma iracunda ante una amplia gama de situaciones molestas o frustrantes de forma relativamente permanente.

La expresión del enojo, es la dirección como los individuos exteriorizan, contienen o controlan el enojo. Por ello la expresión de enojo se puede subdividir en:

- Enojo hacia fuera (anger out), que se caracteriza por la expresión abierta de esta emoción hacia personas u objetos del entorno como gritar, insultar, dar portazos, golpear objetos o personas, lo que implica muestras de hostilidad e incluso de agresión.
- Enojo hacia adentro (anger in), que implica la tendencia a suprimir o contener los sentimientos de enojo como: guardarse los pensamientos relacionados con la situación que provocó el enojo y sentirse furioso pero no manifestarlo.
- Una tercera dirección sería el control del enojo, el cual es el intento de manejar o dominar la expresión del mismo, e implica poder expresarlo adecuadamente; mostrarse paciente, tolerante y comprensivo. El control de enojo es considerado como la expresión más adecuada de esta emoción (Leibovich, Shmidt y Gol, 2001).

En las sociedades occidentales contemporáneas, incluyendo las de países emergentes, donde la urbanización y las grandes concentraciones de población y la industrialización han florecido, se estimula la competitividad, es decir el realizar más actividades en menos tiempo (Menéndez, 1998). Las dimensiones de hostilidad y enojo están asociadas con una forma nueva de estrés, no experimentados por generaciones anteriores a las industrializadas

(Stephoe, 2000). En este ambiente competitivo, las personas se orientan hacia metas agresivas y ambiciosas incrementando su alerta mental y física; mostrando una tensión muscular y un estilo de vida asociado con un sentido crónico de urgencia del tiempo, impaciencia habitual y aceleración en la mayoría de las actividades, provocando así desajustes emocionales que pueden alterar la salud física y mental.

Friedman y Rosenman (1959), en su estudio sobre conducta tipo A y enfermedades cardiovasculares, establecían que las personas que eran tipificadas como A, se caracterizan por ser más propensos a mostrar hostilidad, y enojo, es clara su tendencia a discutir o competir siempre con otras personas. Estas características están directamente relacionadas con la enfermedad coronaria, donde el mecanismo intermedio entre la hostilidad y una posible enfermedad cardiovascular es la hiper-reactividad sanguínea (incremento de la presión arterial como respuesta a la percepción negativa del medio ambiente). Estudios recientes han fortalecido la relación entre emociones y enfermedades físicas: Moscoso y Spielberger (1999) sostienen que el enojo y la hostilidad contribuyen en buena medida al desarrollo de varios desórdenes médicos, entre ellos, las enfermedades cardiovasculares, Anarte, López, Ramírez y Esteve (2000) han relacionado el enojo con personas que padecen alguna enfermedad crónica; en su estudio, las personas con enfermedad cardiovascular suprimen o contienen con mayor frecuencia su enojo. Para R. Lazarus y B. Lazarus (1994), la supresión del enojo como forma persistente acabaría por originar una elevación crónica de la presión.

En efecto, el enojo es uno de los factores psicosociales más frecuentemente relacionados con la presencia de la hipertensión. En la década de los 40s, Alexander fue el primero en sugerir que la activación autónoma y la elevada presión de la sangre en individuos con hipertensión arterial es resultado de la hostilidad reprimida o enojo hacia adentro. Posteriormente un estudio realizado por Wolf en 1951 apoya esta hipótesis, mostrando que individuos con

hipertensión arterial reportaron más agresión contenida y más tensión interna que individuos hospitalizados sin hipertensión arterial (Friedman, Schwartz, Schnall, Landsbergis, Pieper, Gerin, y Pickering, 2001).

Johnston (1982) al realizar una revisión sobre estudios experimentales de la personalidad como factor de riesgo de la hipertensión esencial concluye que la personalidad por sí misma, no ha resultado ser consistente y específicamente relacionada con la hipertensión, pero sí el conjunto o patrón de ciertas conductas emergentes como la ansiedad y el enojo. Un posible modelo sobre el enojo y la hipertensión es el sugerido por Cottingham, Matthews, Talbott y Kuller (1986) quienes sostienen que el enojo suprimido está asociado con la presencia de hipertensión en hombres que trabajan por hora y que reportan estrés en el trabajo; por ejemplo, ambigüedad sobre el futuro o la insatisfacción con los compañeros y promociones).

Otros estudios (Knox, Svensson, Waller y Theorell, 1988) han mostrado que, personas con hipertensión y aquellos con presión normal pero con antecedentes familiares de hipertensión, parecen expresar menos sus emociones; tienen una actitud de no quejarse y una falta de habilidad para diferenciar sentimientos. Por otra parte, Theorell (1990) agrega que, estas características de personalidad pueden ser producto de un ambiente de trabajo psicosocialmente estresante que fuerza a una actitud de no queja e impide el desarrollo de un enfrentamiento activo emocional. Estos autores coinciden en señalar que la importancia que se le da al trabajo, y la forma de percibir las relaciones que se dan en él, son factores que contribuyen al desarrollo de la hipertensión.

El enojo puede influir en la hipertensión como una variable situacional. En un estudio realizado por Schneider, Egan, Jonson, Drobny y Julius (1986) donde se examinó la expresión o supresión del enojo, los participantes con hipertensión tuvieron niveles elevados de presión sanguínea en un ambiente

hospitalario, pero sólo algunos de ellos tuvieron una presión elevada de sangre cuando se midieron su propia presión en casa. Las personas del grupo con elevada presión en ambos escenarios tuvieron puntajes más altos de enojo suprimido que el grupo que tuvo rangos normales de presión en casa.

Una buena parte de investigación sobre enojo e hipertensión se ha realizado en poblaciones sajonas. Sin embargo dado el incremento de casos de hipertensión en México (Velázquez, et. al, 2002) es importante realizar investigación en población mexicana, tomando en cuenta sus características psicosociales y culturales con instrumentos adaptados a estas especificidades que corroboren o destaquen las características y relaciones particulares. Para el estudio de las características psicológicas que presentan las personas con hipertensión y que las distinguen de aquellas con niveles de presión sanguínea normal, es necesario contar con una medida de enojo que permita realizar esta discriminación, por ejemplo, en México se utiliza predominantemente el término enojo en vez de cólera, esta última, sirve para denotar un enojo más intenso. Así también la literatura revisada indica que existen diferencias en la expresión de enojo que presentan las personas con hipertensión y las personas normotensas, principalmente los hipertensos presentan puntuaciones más altas en el rasgo de enojo y en la supresión del enojo.

Para medir el enojo en personas con hipertensión arterial se ha utilizado principalmente la estructura teórica y el inventario de expresión de enojo estado-rasgo (STAXI), diseñado por Spielberger, Johnson, et al., (1985), (p.e. Cottington, Matthews y Talbott, 1986; Fernández-Abascal y Martín Díaz, 1994 Friedman, Schwartz, et al., 2001). De este inventario existen varias adaptaciones a población de habla hispana, una de ellas es la realizada por Moscoso y Spielberger (1999) y Moscoso (2000) denominado Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión de la cólera y la hostilidad (ML-STAXI).

El inventario agrupa tres áreas; cólera estado, cólera rasgo, y expresión de cólera, que en conjunto contienen siete factores. El autor presenta dos estructuras factoriales, una para hombres y otra para mujeres, consta de 44 ítems, las opciones de respuesta para el área de estado, se refieren a la intensidad (no en lo absoluto, mucho), para el resto de los factores las opciones responden a frecuencia (casi nunca, casi siempre). Las estructuras factoriales se pueden observar en el cuadro 2.

Cuadro 2
Estructura factorial del Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión de la enojo (ML-STAXI)

Áreas	Factores	
	Mujeres	Hombres
1 Estado	1. Sintiendo cólera 2. Sintiendo como si expresara cólera físicamente	1. Sintiendo como si expresara cólera físicamente 2. Sintiendo cólera
2. Rasgo	3. Rasgo	3. Temperamento 4. Reacción
3. Expresión de enojo	4. Control de enojo manifiesto 5. Control de enojo contenido 6. Cólera Manifiesta 7. Cólera contenida	5. Cólera Contenida 6. Cólera Manifiesta 7. Control de cólera

En estas dos estructuras factoriales, se presentan diferencias interesantes. En los hombres existen dos factores de rasgo, similar a la estructura del inventario de Spielberger; mientras que en el caso de la estructura factorial para mujeres el control de cólera se divide en dos factores: uno para el enojo manifiesto y otro para el enojo contenido, las estructuras difieren a pesar de poseer los mismos ítems. Esto representa un problema de medición pues si bien dan cuenta que el enojo es expresado de forma diferente según el sexo, el uso de dos estructuras factoriales no permite realizar comparaciones entre sexos, además de tener más énfasis en ciertos atributos para hombres y en otros para mujeres, lo que puede representar un sesgo de medición.

Uno de los objetivos de contar con una medida de enojo, es que permita discriminar entre poblaciones con y sin hipertensión. Por otra parte, como anteriormente se observó, en México se utiliza predominantemente el término enojo en vez de cólera, esta última, sirve para denotar un enojo más intenso, por lo que se requiere tomar en cuenta esta diferencia. En este sentido el presente trabajo desarrolló una medida propia de enojo, partiendo del instrumento de Moscoso, que se detallará en el apartado de resultados.

2.3.2 Ansiedad

La ansiedad es otra de las emociones negativas que están asociadas a las enfermedades cardiovasculares. Bisquera (2000) la define como una preocupación hacia un peligro futuro indefinible e imprevisible, cuyos desencadenantes son imprecisos. La carencia de un estímulo desencadenante concreto es lo que caracteriza a la ansiedad, por eso se le ha definido como un miedo sin objeto.

La ansiedad es dividida por Spielberger (1991) en dos componentes; ansiedad estado como una condición o estado emocional transitorio que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos que pueden variar a través del tiempo: y como rasgo que se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión de la ansiedad, la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad.

En otro sentido, por medio de estudios prospectivos se ha podido evidenciar una asociación entre estas dos variables. Markovitz, Matthews, Wing, Kuller y Meilahn (1991) y Markovitz, Matthews, Kannel, Cobb, y D'Agostino (1993) en un estudio prospectivo con un periodo de seguimiento de tres años, encontraron que la ansiedad predijo el desarrollo de la hipertensión en mujeres.

El instrumento usado para medir la tensión en ese estudio fue la escala de tensión de Framingham, muchos de los síntomas evaluados por la escala, como nerviosismo, agitación y tensión son experimentados durante la excitación del sistema nervioso simpático o durante la infusión de epinefrina, estas respuestas biológicas se presentan cuanto existe un incremento considerado de la presión sanguínea. Tomando en cuenta esta consideración los resultados de Markovitz y Matthews, Kannel, et al, (1993) no permiten aclarar si las manifestaciones despiertas del sistema simpático por sí mismas son sintomáticas de la ansiedad o alternativamente, la ansiedad induce a la activación simpática, lo que si puede evidenciar es que existe una relación entre la ansiedad y la hipertensión arterial, donde a mayor presencia de ansiedad hay un incremento de presión sanguínea.

En Estados Unidos de Norteamérica, en el seguimiento realizado por Jonas, Franks e Ingram (1997) de la encuesta nacional realizada sobre salud y nutrición, se encontró que personas de raza negra entre 25 a 64 años y blancos de 45 a 64 años, que tuvieron altos niveles de ansiedad mostraron más riesgo de tener hipertensión que otro grupos con niveles bajos o intermedios de ansiedad. En uno de los reportes del amplio estudio Framingham (iniciado en 1949 y que ha generado más de 200 trabajos publicados), el subgrupo de 350 hombres que iniciaron el estudio en el rango de edad entre 45 a 59 años se mostró que un alto nivel de tensión o ansiedad fue la base para predecir una futura hipertensión. La ansiedad no fue un predictor de hipertensión en hombres y mujeres mayores a 60 años.

En uno de los pocos estudios publicados y realizados con población mexicana, Cuencas y Toledo (1985) estudiaron pacientes hospitalizados por algún padecimiento cardiovascular, y pacientes accidentados, encontrando que los primeros mostraban mayor ansiedad habitual y compromiso al trabajo que los segundos.

Para entender la regulación de las emociones una vez generadas, así como las situaciones a veces conflictivas que las provocan, se deben tomar en cuenta las situaciones externas que motivan las emociones, es decir el estrés y la forma en que los sujetos abordan al estrés para reducirlo o el enfrentamiento. Conceptos que se revisaran a continuación.

2.4 Estrés

Es común encontrar referencias cotidianas al término estrés. De hecho, en la actualidad, se utiliza indistintamente para determinar los problemas que tenemos, las situaciones agitadas de la vida cotidiana, los estados emocionales disonantes que presentamos; en una buena parte, el estrés es concebido como causa y en otro como consecuencia de nuestro estado. También, el término estrés se refiere a situaciones biológicas y materiales; se puede hablar de órganos y funciones corporales estresados que, incluso, requieren de atención médica, o algunos materiales pueden ser objeto de estrés, como llevar a su máximo de elasticidad algún material, o agitar exageradamente algún líquido.

En común, tanto las referencias psicológicas, biológicas y físicas del estrés indican un estado de inestabilidad y desequilibrio del objeto o persona en referencia. Este desequilibrio puede ser natural, nocivo o inofensivo pero, en cualquier forma, requiere de un ajuste, el cuál es el tema central del presente apartado. Debido a la diversidad de criterios es difícil encontrar una definición de estrés que cumpla con explicar adecuadamente todos los fenómenos a los que se refiere, por lo que es importante realizar algunas precisiones al respecto.

Si bien el término estrés se utilizó originalmente desde disciplinas como la física, su interés en la Psicología puede encontrarse cuando se usó para explicar, desde el punto de vista biológico, las perturbaciones de la homeostasis en los organismos, a mediados del siglo XIX. En su desarrollo médico, el estrés

fue definido como una reacción del organismo acosado por las demandas del entorno y los agentes nocivos (López, 1999). Cabe resaltar que en esta definición el estrés es conceptualizado como la respuesta ante factores externos.

En un segundo momento, el término estrés es apropiado para explicar ciertos procesos psicológicos de inestabilidad del individuo. Diferentes corrientes psicológicas, como las teorías psicodinámicas utilizaban el término para definir estados emocionales alterados como la ansiedad, o las teorías cognoscitivas que utilizan al estrés como parte de un proceso de reorganización cognitiva, como la empleada en la teoría de la disonancia cognoscitiva (Gross, 1998). Como parte de estos procesos, el estrés puede ser definido como estímulo o como respuesta, situación que puede ocasionar alguna confusión. Al respecto, Lazarus y Folkman (1986) clarifican este punto al precisar que, el estrés psicológico es un concepto general que abarca la emoción, motivación y cognición organizadas en torno a los significados que da el individuo a las interacciones que exceden sus recursos.

De hecho, la importancia de la delimitación que presentan estos autores, es que ubican al estrés dependiendo del significado personal que le otorga cada individuo, de tal forma que un evento puede ser estresante para un individuo, mientras que para otro puede ser evaluado como no estresante.

Lazarus y Folkman (1986) definen al estrés psicológico como “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que ponen en peligro su bienestar” (p.43). Conforme a esta concepción no son los estímulos nocivos los que pueden causar daño, sino la percepción y evaluación que se hace de ese estímulo. Es así que no todos los eventos en la vida son estresantes, sólo aquéllos que son valorados como tal.

De acuerdo a estos autores existen tres tipos de acontecimientos inductores de estrés, los cuales son descritos, de forma simplificada, por Caballo y Anguiano (2002):

1. Sucesos o cambios vitales. Acontecimientos relativamente usuales que pueden considerarse como cambios normativos en la vida del individuo que pueden ser traumáticos (muerte de un ser querido, accidentes, violencia física, divorcio, etc.) o no traumáticos (cambios laborales, matrimonio, nacimiento de un hijo, cambio de radicación, etc.). Estos sucesos aunque de poca frecuencia son de alta intensidad.
2. Contratiempos cotidianos. Eventos que ocurren de manera relativamente frecuente pero se caracterizan por ser irritantes, frustrantes y menores, además de que implican cierto grado de transacción diaria con el ambiente. Estos pueden ser de baja intensidad y alta frecuencia.
3. Estresores crónicos. Serían contratiempos cotidianos que, además, tienen la característica de tener alta frecuencia y alta intensidad. Por ejemplo, presión constante en el ambiente laboral, enfermedades o incapacidades de largo plazo, etc.

Cabe destacar que, la consideración de si un evento es estresante y qué intensidad presenta depende de la valoración que hace el individuo que la está percibiendo. De tal manera que, el estrés psicológico es una evaluación cognitiva de las tensiones presentadas por el medio ambiente. Ante esta evaluación, le sucede alguna respuesta para eliminar o minimizar el evento estresor ya sea de forma externa o de forma interna. Este proceso ha despertado un gran interés por su estudio desde la década de los sesenta y se denomina enfrentamiento.

2.5 Enfrentamiento

Conforme a la definición de Lazarus y Folkman (1986), el enfrentamiento se refiere a aquellos esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar demandas específicas externas y/o internas evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo, cualquier intento para dominar una situación nueva que puede ser potencialmente amenazante, frustrante, cambiante o desafiante.

El enfrentamiento es un proceso que pone en marcha el individuo para hacer frente a situaciones estresantes. Aunque la puesta en marcha de este proceso no garantiza el éxito del mismo. Si el individuo, tras ponerlo en marcha, tiene éxito para solucionar el problema, repetirá el mismo procedimiento cuando se presente ante situaciones similares. Si no tiene éxito utilizará otra estrategia. El proceso de enfrentamiento tiene tres aspectos principales (R. Lazarus y B. Lazarus 1994): lo que generalmente hace un individuo ante un problema, el análisis del mismo dentro de un contexto específico, y el cambio en los pensamientos y actos conforme la interacción con el problema se desarrolla, esto hace que el enfrentamiento sea un proceso cambiante en el individuo.

Estamos, por tanto, ante una situación de aprendizaje por ensayo y error. Para Fernández-Abascal (1997), algunos estados psicológicos como la ansiedad y la depresión pueden aparecer cuando no se encuentra la estrategia adecuada en el momento preciso y la situación siga siendo estresante.

El modelo más relevante y aceptado por la literatura científica para explicar el proceso de enfrentamiento, es el modelo transaccional del estrés elaborado por Lazarus y Folkman (1984). En este modelo, el enfrentamiento es considerado como un proceso mediado por factores personales, contextuales y

ambientales interrelacionados entre sí, donde es importante la valoración que el sujeto hace de los mismos.

Este proceso se divide en dos fases, una evaluación cognitiva, donde se determina por qué y hasta qué punto una relación determinada o una serie de relaciones entre el individuo y el entorno es estresante, y como segunda fase el enfrentamiento mismo, donde el individuo maneja las demandas de la relación individuo ambiente que evalúa como estresantes y las emociones que ello genera.

La evaluación cognitiva, a su vez, está dividida en dos: una evaluación primaria que se refiere a cómo el individuo percibe o interpreta la situación que se le presenta en forma irrelevante, benigna-positiva; en este caso, las consecuencias se valoran como positivas si logran un bienestar o permiten alcanzarlo. En caso contrario, cuando la evaluación primaria determina que la situación es estresante, se pasa a la evaluación secundaria, en ésta, el sujeto determina qué es lo que puede hacerse ante la situación estresante, así como evaluar los resultados dependiendo de lo que se haga y lo que está en riesgo. Una vez realizada la evaluación cognitiva, se pasa a la fase del enfrentamiento, la cuál se define en función de lo que el sujeto hace o piensa. Es decir, los esfuerzos necesarios para manejar las demandas estresantes, independientemente del resultado. El modelo resalta su carácter transaccional, porque la relación con el estrés no es estática, está en constante cambio, producto de la interacción entre el individuo y su ambiente.

Góngora (2000), en su revisión sobre enfrentamiento, afirma que ha habido diversos esfuerzos para clasificar las respuestas de enfrentamiento, las cuales, por lo regular, se presentan en una dualidad básica; hacia el problema – hacia la emoción, en actividad – o en pasividad, hacia la tarea – hacia la persona, de aproximación – o de evitación. No existe un consenso para

establecer cuántos tipos de enfrentamiento existen y, también, cuando el enfrentamiento es un rasgo o estilo de personalidad o es un estado o proceso. De acuerdo a Góngora (2000), la decisión de si determinado enfrentamiento es rasgo o estado depende del nivel de abstracción o especificidad de que se está analizando en alguna situación en particular. Cuando se trata de identificar las diferencias individuales se está hablando de rasgos, cuando las condiciones son fluctuantes dependiendo de un determinado momento, se está hablando de estados.

Por su parte, Fernández-Abascal (1997) distingue entre estrategias de enfrentamiento y estilos de enfrentamiento. Las estrategias de enfrentamiento son procesos concretos que usamos en los diferentes contextos y pueden cambiar en función de los estímulos que actúen en cada momento, es equivalente al concepto de estado. Por su parte, los estilos de enfrentamiento se definen como formas de tipo personal, en relación con las situaciones, así como con la frecuencia de su uso para abordar las situaciones, siendo difícilmente modificables; es el equivalente al concepto de rasgo. Conforme con R. Lazarus y B. Lazarus (1994), hay una insistencia en estudiar los rasgos o estilos de enfrentamiento, entendiendo estos como estructuras internas desarrolladas por el propio sujeto que, una vez creadas, actúan presumiblemente como predisposiciones estables para enfrentar de una u otra forma los acontecimientos. Cabe señalar que estos autores hacen énfasis en que las personas no siempre usarán el mismo estilo para todas las situaciones estresantes que enfrenten, este estilo puede variar dependiendo del contexto y las particularidades de la situación misma, es decir el estado de enfrentamiento que se use o la estrategia a seguir. En ese sentido, el estudio del enfrentamiento se debe abordar tanto desde el rasgo como desde el estado.

Como se puede observar, la función principal del enfrentamiento, es la de reducir la tensión y devolver el equilibrio. Otros enfoques teóricos (Manis y

Mann, 1977, en R. Lazarus y B. Lazarus, 1994), sostienen que la función principal del enfrentamiento, tiene que ver con la toma de decisiones, particularmente la búsqueda y evaluación de información. Se puede considerar que ambas posturas son completamente válidas, si se toma en cuenta que existen estrategias para reducir la tensión en el individuo, y otras para abordar el problema.

Para identificar las estrategias y estilos de enfrentamiento, en el presente trabajo se usará la clasificación de Lazarus y Folkman (1986), que contiene los elementos principales de manera simple. Además de ser la teoría sobre enfrentamiento más influyente en la psicología actual, y que más se ha aplicado al estudio del estrés.

Lazarus y Folkman distinguen básicamente dos tipos de estrategias o estilos de enfrentamiento; el centrado al problema, y el centrado en la emoción. En cada estilo existen algunas variantes bien definidas, que se detallarán a continuación.

Las estrategias centradas en el problema tienen como función manejar la fuente del estrés y predominan cuando la persona considera que puede hacerse algo eficaz, este patrón va dirigido a la articulación de una acción para cambiar la situación conflictiva, acción que implica la resolución de problemas. Existen al menos dos variantes en este estilo: las que hacen referencia al entorno y las que se refieren al sujeto. El primer estilo o estrategia es el enfrentamiento directo, en el cual la persona realiza una conducta orientada a resolver el problema, se detiene poco a reflexionar que emoción está percibiendo, y casi de manera inmediata actúa, accediendo a los recursos propios que considera permitan abordar el problema.

Existe una variante del estilo centrado en el problema, donde interviene una estrategia denominada reevaluación cognitiva dirigida al problema. En esta estrategia el sujeto realiza primero una evaluación interna del problema y el efecto de éste en su persona, considerando los posibles cambios motivacionales o cognitivos necesarios como el desarrollo de nuevas pautas de conducta, aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos que le orienten a la solución del problema.

Por otra parte, las estrategias o estilos centrados en la emoción, tratan de regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia del evento estresante a la situación, predominan cuando el sujeto considera que la situación es perdurable y que puede hacer muy poco o nada para resolverlo.

De acuerdo a R. Lazarus y B. Lazarus (1994) las estrategias de enfrentamiento centradas en la emoción son interiores y privadas, se constituyen para controlar la angustia y la disfunción que podrían generarse cuando no hay nada o muy poco que se pueda hacer. Dentro de las estrategias centradas en la emoción existen tres tipos; el estilo evasivo, el emocional negativo y el estilo revalorativo.

En la evitación, la estrategia de enfrentamiento se centra en no pensar en aquello que preocupa al sujeto o realizar cualquier actividad que evite enfrentarnos con el problema, por ejemplo beber, drogarse, realizar algún deporte o dormir más de lo habitual. Este tipo de acciones hacen que la evitación sea una mala estrategia de enfrentamiento pues, aunque las preocupaciones pueden parecer menos graves durante un tiempo, los problemas no desaparecen.

El segundo tipo de estrategia de enfrentamiento centrado en la emoción, es el emocional negativo. En éste, la persona expresa un sentimiento o una emoción que no lleva directamente a la solución del problema, es decir, se

enoja, se angustia, se entristece, pero ninguna de estas expresiones lo orienta a resolver el problema y éste persiste. Al igual que la evitación, el estilo emocional negativo, es una estrategia poco efectiva para resolver el problema, y por ende la situación estresante continuará afectando tanto emocional como físicamente al individuo.

El tercer estilo centrado en la emoción es el revalorativo, en él, la persona le da un sentido positivo al problema, trata de aprender de la situación o de alguna manera mejora su percepción, se realiza un proceso interno de reevaluación del significado del problema que implica cambiar el significado personal de lo ocurrido volviéndolo a evaluar de una manera más serena y menos amenazadora. Esta revaloración debe ser creíble y congruente, de lo contrario (inventar cualquier cosa) sería una negación y no una revaloración. Para R. Lazarus y B. Lazarus (1994) reevaluar una amenaza y las respuestas emocionales que produce como la ansiedad, la culpa, la vergüenza o la depresión, puede ser altamente efectiva, siempre y cuando se logren eliminar las opiniones negativas o inadecuadas.

Como se puede observar, la reevaluación está contemplada tanto en las estrategias centradas en el problema como en las centradas en la emoción, la diferencia estriba en que en la reevaluación dirigida al problema, se da el proceso de revaloración y junto a él se define la acción a seguir para resolver el problema, por lo que es un estilo directo revalorativo (Reyes Lagunes, 1999^a). Por el contrario en la revaloración centrada en la emoción, se realizan los ajustes emocionales y cognitivos necesarios para conseguir el equilibrio en el individuo, independientemente de la solución al problema.

Al realizar esta clasificación de las diversas formas de enfrentamiento, se han utilizado casi de manera indistinta los términos estrategias o estilos, por ello cabe aclarar, nuevamente, que cuando la forma de enfrentamiento se da en un contexto específico y ante una situación particular es una estrategia, por otra

parte cuando la forma de enfrentamiento es característica, y usual en una persona, para enfrentar los problemas entonces se habla de un estilo. Asimismo en el primer caso, la estrategia está ligada a un estado, y el estilo al rasgo (Fernández-Abascal, 1997).

Es pertinente aclarar, que el concepto de enfrentamiento está ligado más a un proceso cognitivo conductual que a un esquema psicodinámico que implique un mecanismo de defensa. Díaz-Guerrero (1970), con mucha anterioridad, ya había establecido esta diferencia substancial, en donde el enfrentamiento se basa en una concepción del ser humano que enfrenta y maneja sus problemas de forma constructiva donde involucra, principalmente, la actividad cognoscitiva es decir, hay una elaboración racional o al menos pseudo formal a diferencia de las teorías psicodinámicas de economía de los impulsos (entendidos como inconscientes o no racionales), donde los mecanismos de defensa son propios de dinámicas entre instancias ello-yo o super yo. De tal manera que, cuando R. Lazarus y B. Lazarus (1994) se refieren al yo o al ego, se están refiriendo a la parte racional cognitiva del ser humano, sin dejar a un lado el manejo de las emociones.

Una vez definido el concepto es importante señalar que el término original en idioma inglés es 'Coping', el cual no tiene una traducción directa al español por lo que, se han utilizado expresiones como afrontamiento, enfrentamiento o confrontación. Siguiendo el análisis que al respecto han realizado principalmente, Reyes Lagunes (1999b) y, también, Góngora (2000) y López (1999). Estos términos tienen raíces y significados similares, salvo las implicaciones y convenciones psicológicas y sociales que suelen emplearse para su uso.

El término confrontar indica carearse, el término afrontar indica poner una cosa frente a otra o encarar, y el término enfrentar es usado como hacer frente a alguien o a algo. En las estrategias de enfrentamiento existen algunas de

evitación, es decir, de no dar la cara, por lo que el término que consideraron estos autores como el más adecuado es enfrentamiento pues hace referencia a la situación de hacer frente a los problemas, aunque no sea de forma física o frontal.

2.5.1 Enfrentamiento e hipertensión arterial

Cea-Ugarte, Brazal-Raposo y González-Pinto (2000), sostienen que a lo largo del tiempo se han desarrollado investigaciones donde se ha visto que algunas estrategias de enfrentamiento están asociadas con presión arterial elevada, aunque no hay una relación causal directa, se ha podido probar la asociación entre estas dos variables.

Para R. Lazarus y B. Lazarus (1994) las presiones ocasionadas por el estrés, que persisten a largo plazo y que no logran ser minimizadas por estrategias de enfrentamiento adecuados, producen respuestas conductuales de mala adaptación perjudiciales para el corazón, como fumar, beber, o comer en exceso; además de incrementar respuestas emocionales negativas que, producen un malestar psicológico e, incluso, una respuesta fisiológica como el incremento continuo o sobresaltos en la presión sanguínea por medio de la activación del sistema nervioso simpático. En la configuración de la hipertensión arterial esencial parece existir una mediación entre ésta y el estrés a través de la intervención del sistema nervioso simpático que dependerá de la forma en que enfrentemos cada situación de estrés.

Existen dos posturas sobre un posible detonante de la hipertensión. Lazarus (1990) sostiene que la exposición crónica a estresores diarios de poca incidencia es potencialmente más estresante para la etiología de enfermedades cardiovasculares. Otra postura, la de Nyklicek, Vingerhoests, Van Heck, y Van

Limpt (1998) han relacionado la hipertensión con la cantidad de cambios vitales (cambio de empleo, trabajo estresante, pérdida de seres queridos, etc.).

Es difícil establecer cuál de las dos posturas representa más peso en la generación de la hipertensión, debido al carácter multifactorial de ésta. Su evolución como enfermedad casi de manera oculta y poco percibida hacen poco posible que un evento por sí sólo altere definitivamente los niveles de presión sanguínea, a lo sumo, este evento sea el detonante de una situación que se venía desarrollando. Cea-Ugarte, Brazal-Raposo y González-Pinto (2000) afirman que, con frecuencia los individuos al ser diagnosticados como hipertensos asocian más a cierto cambio vital con su incremento en la presión sanguínea.

Es posible que la combinación de ambas sea la fuente principal de una elevación en la presión sanguínea, si se toma en cuenta la intensidad y la frecuencia de estos estresores y sobretodo la valoración y el significado personal que le da cada individuo.

Diversos estudios han relacionado los diferentes estilos o estrategias de enfrentamiento con la reactividad cardiovascular en la presión arterial. Clark (1997, en Cea-Ugarte, Brazal-Raposo y González-Pinto, 2000) realizó, en un ambiente experimental, un estudio sobre el tipo de enfrentamiento que utilizaban los sujetos, monitoreando su presión sanguínea, al ser sometidos a situaciones donde se desarrollaban pláticas estresantes. Clark especifica que, los sujetos que presentaban un enfrentamiento centrado en la emoción tenían un mayor incremento de tensión arterial que aquellos sujetos que utilizaban un estilo de enfrentamiento centrado en el problema. Hahn, Brooks y Hartsough (1993) investigaron la repercusión del estilo de enfrentamiento en sujetos normotensos e hipertensos encontrando que los hipertensos usan más las estrategias de enfrentamiento centrado en la emoción.

Clark especifica que, los sujetos que presentaban un enfrentamiento centrado en la emoción tenían un mayor incremento de tensión arterial que aquellos sujetos que utilizaban un estilo de enfrentamiento centrado en problema.

Adicionalmente, Guerin, Pieper y Pickerin (1994) han encontrado que la percepción de autoeficacia incrementa la presión arterial, pudiendo ser un componente integral del proceso de enfrentamiento activo. En una investigación experimental encontraron que la condición de autoeficacia tuvo mayores incrementos en la presión arterial que los sujetos en la condición de baja autoeficacia, concluyendo que, una baja autoeficacia para una tarea puede ser una parte integral del proceso de enfrentamiento activo, incrementando indirectamente a la presión arterial.

Smith, Ruiz y Urchino (2000) han encontrado valores altos de presión sistólica durante el uso del enfrentamiento activo, en estudios experimentales de ejecución de tareas. Esta reactividad cardiovascular parece incrementarse en estados vigilantes y en contextos sociales particularmente en los sujetos que muestran un enfrentamiento activo de forma tenaz. Se mostró que había diferencias en el efecto del enfrentamiento activo sobre la presión sanguínea entre hombres y mujeres, incrementándose la presión y el riesgo de sufrir hipertensión en los hombres y disminuyendo en las mujeres (Dressler, Bindon y Neggers, 1998).

En un estudio experimental realizado por Abdul-Karim (1999. en Cea-Ugarte, Brazal-Raposo y González-Pinto, 2000) al poner a los sujetos a hablar ante un auditorio encontraron que, el estilo de enfrentamiento defensivo estaba asociado con la elevación del ritmo cardiaco, presentándose menor expresión de afectos negativos e incrementos de ansiedad. De acuerdo a estos autores, estos hallazgos avalan el modelo biopsicosocial de la hipertensión debido a que,

los patrones individuales cardiovasculares y de comunicación interactúan. Las personas clasificadas como represivas-defensivas muestran gran respuesta secretora de hormona adrenocorticotropa (ACTH), así como altos niveles de presión sistólica mientras se mantiene la duración de la tarea de hablar en público.

Otro estilo de enfrentamiento que está relacionado con la actividad cardiovascular con incrementos de la presión sistólica es el estilo evasivo. En una investigación de Kolhmann, Weidner y Messina (1996), los sujetos que puntuaron alto en evitación mostraron una mayor puntuación en la presión sistólica. El estudio de Lipp y Andersen (1999) confirma que el estrés social eleva profundamente la presión sanguínea cuando hay tendencias a evitar situaciones estresantes.

Una estrategia de enfrentamiento importante es la búsqueda de apoyo social. Según Kornegay (1999 en Cea-Ugarte, Brazal-Raposo y González-Pinto, 2000) el apoyo social puede ser beneficioso en determinadas circunstancias. Generalmente, el alto apoyo social se consideraba beneficioso para la presión sanguínea solamente ante bajos niveles de hostilidad, pero no era efectivo ante altos niveles de hostilidad. Este autor sugiere que, la dosificación en la expresión del enojo puede ser más benéfica que el incremento del apoyo social. Los datos de esta investigación plantean que el estilo de expresión habitual del enojo, tanto hacia uno mismo como hacia el exterior, puede tener un efecto adverso en la presión sanguínea. Los individuos cuyas respuestas de enojo son moderadas suelen tener bajos niveles de presión sanguínea.

Cea-Ugarte, Brazal-Raposo y González-Pinto (2000) identifican que el sujeto hipertenso busca menos el apoyo emocional en los demás (búsqueda de apoyo social emocional), se centra más en comportamientos de tipo cognitivo y conductual que la población general, busca información para la solución de su

problema (focalización en la respuesta) pero de modo cognoscitivo e ineficaz ya que no hay transformación en conductas que solucionen su problema, quedándose la solución a nivel cognitivo evitando cualquier tipo de respuesta o solución al problema (desconexión comportamental).

En resumen, se puede observar que las investigaciones realizadas han encontrado que las personas con hipertensión tienen un enfrentamiento centrado en la emoción, principalmente de estilo evasivo, con un manejo inadecuado de emociones, busca información para la solución de los problemas pero de modo ineficaz, ya que, no hay transformación en conductas que solucionen su problema, quedándose la posible solución sólo a nivel cognoscitivo.

2.5.2 Medición del Enfrentamiento

Existen diversos procedimientos para evaluar el enfrentamiento, que principalmente se realizan en autoreportes, dentro de estas variadas formas de medir el enfrentamiento, se pondrán como ejemplo tres: la primera es la desarrollada por Lazarus y Folkman (1986), que crearon el instrumento Ways of Coping (WOC) o modos de enfrentamiento, en donde se distinguen ocho estrategias de enfrentamiento: distanciamiento, autocontrol, búsqueda y apoyo social, responsabilidad de aceptación, escape evitación, planeación de solución de problemas y reevaluación positiva. Un segundo ejemplo es el diseñado para población mexicana por González-Forteza (1992) que distingue tres estrategias, orientado a: resolver el problema, a las emociones y a la adaptación. Dentro de éstos, se encuentran las categorías apatía, ánimo depresivo, agresión manifiesta y agresión no manifiesta.

Un tercer ejemplo es el instrumento diseñado por Reyes Lagunes (1999a) nombrado como Escala Multidimensional Multisituacional de los Estilos de Enfrentamiento (EMMEE) con las siguientes categorías y definiciones de enfrentamiento:

1. *Directo-Revalorativo*: Cuando se hace algo para resolver el problema, tratando de aprender o ver lo positivo del problema.
2. *Directo*. Cuando se hace algo para resolver el problema.
3. *Revalorativo*. Cuando se le da un sentido positivo al problema, trata de aprender de la situación o de alguna manera mejora su percepción
4. *Emocional negativo*. Cuando se expresa un sentimiento o una emoción, que no lleva directamente a la solución del problema.
5. *Evasivo*. Cuando se evita, escapa o minimiza el problema y su solución

Cada categoría se aplica de acuerdo a los siguientes estímulos: salud, familia, pareja, amigos, trabajo, situaciones consideradas como estado y el estímulo vida en general considerada como rasgo. Como se puede observar este instrumento posee la ventaja de retomar el modelo propuesto por Lazarus y Folkman, apegarse a las principales situaciones en donde se enfrentan los problemas, distinguir entre estado y rasgo, además de ser un instrumento construido y validado para población mexicana, motivos por lo que fue elegido para utilizarse en la presente investigación.

A partir de la línea de investigación sobre los estilos y estrategias de enfrentamiento en población mexicana que ha realizado Reyes-Lagunes (2000), se han obtenido resultados en los trabajos generados por Góngora (2000) y Navarro (2001). Estos trabajos han encontrado que el mexicano presenta principalmente un estilo *directo revalorativo*, haciendo algo para resolver el problema, tratando de aprender o ver lo positivo de él. En un segundo orden de frecuencia, se presenta un estilo *emocional negativo* donde se expresa una emoción o sentimiento que no lleva directamente a la solución del problema. En tercer lugar aparece el *estilo evasivo*, en donde se evita, escapa o minimiza el problema, en particular cuando se habla específicamente de problemas con la salud, donde se utiliza como estrategia. El último lugar de frecuencia que se presenta es un *estilo directo* donde se hace algo para resolver el problema.

Es decir, en la cultura mexicana, predomina como rasgo un estilo directo revalorativo, mientras que sólo una proporción muy baja de la población presenta un rasgo de enfrentamiento directo. En el caso particular cuando se tiene problemas con la salud, los mexicanos emplean con mayor frecuencia una estrategia (o estado) evasiva de enfrentar este tipo de problemas.

Conjuntado, estos hallazgos en población mexicana, con los estudios sobre hipertensos de otras nacionalidades se puede deducir que, muy probablemente, el hipertenso mexicano presenta un estilo emocional negativo y/o evasivo, situación hipotética que no se ha probado y que es objetivo de la presente investigación. Asimismo es de suponer que el estilo directo revalorativo característico de población mexicana represente un factor protector para el desarrollo de la hipertensión arterial esencial.

2.6 Patrón de conducta tipo A

De acuerdo con Houston y Snyder (1988), el patrón de conducta tipo A o personalidad tipo A, es probablemente la más cercana y estrecha variable psicológica que se ha asociado con las enfermedades cardiovasculares. La investigación, teoría y atención clínica sobre esta relación se ha desarrollado desde hace cincuenta años. Aunque el concepto, como se verá mas adelante, presenta grandes problemas teóricos y metodológicos, se ha vuelto una tradición que incluso es claramente reconocida en el ambiente médico actual, identificando al tipo A como un factor de riesgo. Es por ello que es necesario realizar algunas consideraciones al respecto.

El término patrón de conducta tipo A, se generó por mediados de la década de los 50, en el estudio de pacientes con alguna enfermedad coronaria. De acuerdo al constructo formulado originalmente por Friedman y Rosenman (1959), los sujetos tipo A presentan las siguientes características:

- Una intensa y sostenida forma de conducirse hacia ganar (en cualquier tipo de actividad), pero frecuentemente con resultados pobres.
- Una profunda inclinación o empeño de competitividad
- Un persistente deseo de reconocimiento y promoción
- Un continuo involucramiento en múltiples y diversas funciones, sujetas a restricciones de tiempo.
- Propensión habitual de acelerar el tiempo de ejecución de la mayoría de las funciones físicas y mentales
- Extraordinaria alerta física y mental permanente
- Sentimientos de hostilidad y agresividad

En resumen, el patrón de conducta tipo A puede ser definido como un complejo comportamiento de acción y emoción que involucra: a) Disposiciones conductuales (ambición, agresividad, competitividad e impaciencia), b) Conductas específicas (tensión muscular, alerta, discurso rápido y enfático, y un paso acelerado en muchas actividades), y c) Respuestas emocionales (irritación, hostilidad y enojo)

En contraparte, el patrón de conducta tipo B fue concebido originalmente como la relativa ausencia de tipo A; sin embargo, como lo indican Roseman y Chesney (1982; en Houston y Snyder, 1988) con el tiempo el patrón tipo B varía en significado y actualmente se concibe como un diferente estilo de enfrentamiento caracterizado por la falta de urgencia, impaciencia y respuestas hostiles.

En efecto, la personalidad tipo B es menos impulsiva y está relativamente libre de las presiones que experimentan los sujetos con personalidad tipo A, lo que hace suponer que sea un factor protector para el desarrollo de enfermedades del corazón.

Para finales de la década de los cincuenta, los cardiólogos Meyer Friedman y Ray Rosenman, estudiaron con detalle el papel del patrón de conducta tipo A en la aparición de las enfermedades cardiovasculares. En su estudio de tipo cohorte denominado Western Collaborative Group Study (WCGS) Rosenman, Brand, Jenkins, Friedman, Straus, y Wurm, (1975) dieron seguimiento de ocho años a 3,154 hombres de 39 a 59 años, profesionistas o ejecutivos sanos al inicio del estudio. Los sujetos identificados con personalidad tipo A, tuvieron una probabilidad de dos y media veces mayor de desarrollar un trastorno cardiaco coronario que los sujetos con personalidad tipo B.

En otro estudio similar, denominado Framingham Heart, Massachusetts (Haynes, Levine, Scotch, Feinleib, y Kannel, 1980), con duración de 14 años, se estudió a 949 mujeres y 725 hombres entre 45 a 77 años. El estudio predijo enfermedad cardiovascular en hombres y mujeres de 45 a 64 años, determinando que las mujeres tipo A, tienen un riesgo relativo dos veces mayor de desarrollar alguna enfermedad cardiovascular que las mujeres no A. En hombres ejecutivos tipo A, el riesgo es de 2.4 más que en sujetos no A. Se han realizado réplicas de este estudio en otros países como el French Belgian Cooperative Heart (1982; Houston y Zinder, 1988) con una muestra de hombres; 836 en Bruselas, 791 en Marsella y 1574 de París, con edad promedio de 48 años, reportando, que el patrón tipo A predice eventos fuertes en enfermedad cardiovascular (infartos) en un análisis multivariado.

Durante los años setenta, debido al interés despertado se diseñan diferentes investigaciones además de cohortes. De ellos, un estudio retrospectivo como el realizado por Jenkins (1971; Houston y Zinder, 1988), con 20 casos con enfermedad cardiovascular y 524 controles, encontró que los casos mostraban puntajes más altos de tipo A que los controles. Aún así, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al realizar comparaciones en cada una de las diferentes enfermedades, lo que indica que el patrón tipo A está relacionado con todas las enfermedades de este tipo y no con alguna en particular.

Estas investigaciones han mostrado evidencia empírica de la asociación entre el patrón de conducta tipo A y su relación con las enfermedades coronarias. Aún así, los resultados no siempre han mostrado una asociación clara entre estas variables. A finales de los 70 y durante los ochenta, se encontraron algunas discrepancias en estudios que ponían en duda la relación entre la conducta tipo A y las enfermedades cardiovasculares, principalmente, al cuestionarse la forma de obtención de datos, y de definir qué era conducta tipo

A y cuál era su contribución a la enfermedad. De estos estudios resalta el realizado por Cohen (1985; Houston y Zinder, 1988) en Hawái, con hombres de ascendencia japonesa donde se encontró una baja prevalencia de sujetos tipo A; 18.7 % contra 50% de población estadounidense estudiada en el Western Collaborative Group Study. Además se reportó una baja incidencia de enfermedad cardiovascular comparada con hombres blancos (4% contra 13%) del estudio Framingham, estos hallazgos de acuerdo con Haynes y Matthews (1988) son explicados debido a que el estadounidense por lo regular se caracteriza por ser competitivo e individualista, mientras que en la cultura japonesa, los individuos se conducen en forma principalmente colectivista. Esta situación, es de importancia para tomarla en cuenta porque indica que el factor sociocultural va a desempeñar un papel importante en la asociación del tipo A y las enfermedades cardiovasculares.

La conducta tipo A, inicialmente se centró en el estudio con hombres y llegó a ser considerada como característica exclusiva de éstos. Para los ochenta y los noventa, surgen estudios (Dressler, Bindon, y Neggers, 1998 y, Matthews, Matthews, Wing, et al, 1991) en donde se da cuenta cómo la conducta tipo A aparece en mujeres con mayor frecuencia que en décadas pasadas, e incide en la aparición de enfermedades cardiovasculares y la hipertensión en mujeres. Como se vio en el apartado epidemiológico, en México, hasta los años cincuenta, las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión se daban casi exclusivamente en hombres. Actualmente Velázquez, et al. (2002) reportan un incremento notable en la presencia de hipertensión en la mujer, que incluso, al llegar a edad posterior a los 50 años es mayor que en hombres.

2.6.1 Otras tipologías de conducta

Siguiendo esta línea de identificación de tipologías relacionada con los procesos de salud enfermedad, se han determinado otros tipos de personalidad, por ejemplo Eyssenk (Del Pino,2000) define a la personalidad tipo C, como aquélla que se presenta en sujetos que tienen dificultad para expresar emoción y tienden a suprimirla o inhibirla, en particular si es negativa como el enojo. En general, es un estilo de comportamiento que se caracteriza por una supresión de emociones ante situaciones estresantes. De acuerdo con la exposición que hace Del Pino (2000) Morris y Geer plantearon, por primera vez en 1980, la existencia de la personalidad tipo C, que caracteriza a los individuos por responder ante las situaciones estresantes con estoicismo, contención emocional y depresión. Conciben el tipo C como cooperativo, apacible, no asertivo, paciente, inexpresivo en cuanto a emociones negativas, de poco apoyo familiar y sumiso ante la autoridad. A pesar de que esta línea de investigación no ha podido establecer contundentemente a la personalidad tipo C como precursor de los trastornos oncológicos, si se ha observado que los pacientes que ya manifiestan la enfermedad, no tienen un buen pronóstico para el manejo del estrés que la dolencia genera.

Por otra parte, Denollet (2000) designa una personalidad Tipo D, o personalidad ansiosa; la cual presenta afectividad negativa e inhibición social, una tendencia a experimentar emociones negativas e inhibir su expresión en la interacción social. Por su descripción, este tipo de personalidad se aproxima mas como una variante de la personalidad tipo C, y conforme a los anteriormente desarrollados, sería casi opuesta a la personalidad tipo A; sin embargo, Denollet sostiene que la evidencia encontrada en varios estudios realizados en Europa muestran que los hipertensos presentan predominantemente una personalidad ansiosa o tipo D. Aunque esta propuesta va orientada en sentido opuesto al establecido tipo A, hace énfasis en la

ansiedad como un elemento importante, el cual es tomado en cuenta en ambas tipologías; en lo que difiere, sería en la forma cómo los sujetos la enfrentan. En el caso del tipo A sería de forma extrovertida, y en el caso del tipo D, sería por el contrario, hacia la inhibición.

2.6.2 Medición del patrón tipo A

Como el patrón o personalidad tipo A es un constructo sumamente complejo, la forma de medirlo ha resultado igualmente una situación compleja. De hecho, una de las situaciones por la cual se ha encontrado inconsistencia empírica sobre la asociación del tipo A y las enfermedades cardiovasculares, es precisamente la aplicación del instrumento que mide este constructo.

Se han diseñado diferentes instrumentos para medir personalidad tipo A, el primero fue el creado específicamente para el WCSG. La versión final es la diseñada por Haynes y Matthews (1988), que consiste en una entrevista estructurada con 20 segmentos, con preguntas abiertas que permiten al entrevistador provocar situaciones para evaluar al entrevistado respecto al contenido semántico, el estilo verbal y la conducta motora. Este instrumento tiene cierta complejidad y requiere de una técnica especial para su desarrollo; debe ser audio grabada y posteriormente analizada varias veces para puntuar 14 indicadores.

Con esta técnica se evalúan disposiciones conductuales como ambición, agresividad, competitividad, e impaciencia; y conductas específicas como tensión muscular, alerta, estilo de habla rápido y enfático y un ritmo de actividad acelerado. Algunas de las preguntas que tiene la entrevista estructurada son: ¿su trabajo le demanda responsabilidades fuertes?, ¿siente que el tiempo pasa demasiado rápido cada día, a pesar de lo que haga?, ¿Se irrita si usted está manejando detrás de un automóvil lento y no lo puede rebasar?, ¿Se impacienta

cuando está viendo a un trabajador lento? A estas preguntas, conforme a la clasificación establecida por Haynes y Matthews (1988), se les asigna un puntaje, entre ellos latencia de respuesta y velocidad de discurso. Con estas puntuaciones los sujetos son evaluados como tipo A cuando obtienen puntuaciones altas y por el contrario son tipo B los que obtienen puntuaciones bajas.

Diversos autores (Del Pino, 2001; Haynes y Matthews, 1988) coinciden al afirmar que la entrevista estructurada es la técnica de evaluación de patrón tipo A que ha mostrado tener más resultados positivos y su validez predictiva ha sido clara desde el WCGS. Específicamente en este estudio Chesney, Hecker y Black (1988) señalan que la hostilidad fue la variable más fuerte y consistente para predecir la incidencia de enfermedades del corazón, principalmente la aterosclerosis y la hiper-reactividad en la sangre. Sin embargo, su evaluación resulta compleja y costosa en tiempo. Además de no tener una medida clara del enojo, Chesney, Hecker, y Black (1988) consideran que en el futuro de las investigaciones sobre personalidad tipo A, se deben examinar principalmente los componentes de hostilidad y competitividad.

Una opción de prueba a lápiz y papel para evaluar la conducta tipo A es el inventario de actividad de Jenkins (JAS), construido como una alternativa más simple de la entrevista estructurada. Este inventario se fue desarrollando desde 1964, (Del Pino, 2001). El inventario tiene tres escalas; velocidad e impaciencia (21 items), implicación laboral (24 items), comportamiento directivo y competitivo (20 items). El porcentaje de sujetos clasificados de forma coincidente por el JAS y la entrevista estructurada es de 73% (Jenkins, 1979).

Existen otros instrumentos de autoinforme como la escala tipo A de Framingham y la escala de evaluación de Bortner (1969), que fueron desarrollados para estos estudios respectivamente. Al igual que los anteriores,

tienen ventajas y desventajas y entre si correlacionan entre el 0.30 y 0.60 (Del Pino, 2000). Lo que hace suponer que distintos instrumentos no evalúan el constructo idénticamente. Esto permitirá explicar las diferencias entre los diversos estudios. Para Haynes y Matthews (1988), la entrevista estructurada define a las personas tipo A como aquellas personas cuyas características conductuales predominantes suelen ser la reactividad general a acontecimientos psicológicos que son frustrantes, dificultosos y moderadamente competitivos. Por otra parte, el JAS las define como luchadores esforzados para la consecución de metas y que pueden ser agresivos y competitivos, y la escala de Framingham como personas insatisfechas e incómodas con la orientación competitiva y las presiones laborales que su vida les impone. Adicionalmente, la escala de Borner se caracteriza por referirse a actitudes más que a conductas y contempla fundamentalmente la rapidez, la impulsividad y la energía.

En nuestro país, Reynoso, Álvarez, Tron, De la Torre y Seligson, (2002) diseñaron un cuestionario de autorreporte para población adulta. Es de forma similar al JAS al que denominaron Cuestionario sobre conducta tipo A, el cual consta de 20 ítems con cuatro opciones de respuesta. En su aplicación presentó un alfa de Cronbach de 0.79, puntajes altos en la prueba indican la presencia del tipo A.

2.7 Sociedad contemporánea, Conducta tipo A ó Estilo de enfrentamiento.

El desarrollo y caracterización de determinado tipo de personalidad, o de cierto estilo de enfrentamiento, en buena parte es ocasionado por los estilos de vida y demandas sociales a las que está expuesto el sujeto, y a su vez, es producto de la respuesta hacia éstas. El incremento de las enfermedades del corazón en el siglo XX en las sociedades industrializadas, puede ser resultado en parte a que una buena cantidad de personas desarrollan el patrón de

conducta tipo A, porque socialmente obtienen recompensas aquéllos que se desenvuelven más rápido, agresiva y competitivamente.

Diversos autores (Menéndez, 1998, Reynoso, Álvarez, Tron, de la Torre y Seligson 2002, Sepúlveda, 2000 y Steptoe, 2000) coinciden en afirmar que la urbanización y las grandes concentraciones de población y la industrialización están relacionadas con un incremento de personas tipo A, principalmente por el ambiente o tipo de trabajo que se desempeñe. En las sociedades occidentales contemporáneas, incluyendo las de países en vías de desarrollo, se estimula la competitividad y el realizar más actividades en menos tiempo. Las dimensiones de hostilidad y enojo están asociadas con una forma nueva de estrés, no experimentados por generaciones anteriores a las industrializadas. En este ambiente competitivo, las personas tipo A se orientan hacia metas agresivas y ambiciosas, incrementando su alerta mental y física, mostrando una tensión muscular y un estilo de discurso rápido, asociado con un sentido crónico de urgencia del tiempo, impaciencia habitual y aceleración en la mayoría de las actividades.

Estas cualidades en conjunto impulsan a las personas tipo A, a incrementar su ansiedad y enojo. En este ambiente de gran urbanización, las personas también pueden tener otras formas de respuesta hacia las presiones a que son sometidas por su ambiente y optar por un estilo donde se inhiben las emociones para minimizar en parte un estado de ansiedad permanente. En este caso, estamos hablando de personas con personalidad tipo D o ansiosa. Esto podría ser una afirmación que explique en parte el incremento de más personas con hipertensión en las grandes ciudades, ya que ambos tipos de personalidad (A y D) pueden estar orientando su incremento.

Desde los primeros estudios de cohorte como el Framingan y el Western Collaborative Group Study, se analizó la hipertensión arterial como componente importante de la enfermedad coronaria, encontrándose la misma relación con el patrón de conducta tipo A, principalmente en sujetos de 35 a 59 años. La presencia del patrón tipo A fue un predictor de la hipertensión arterial esencial. Lyness (1993) en una revisión sobre la investigación al respecto encontró que los sujetos tipo A presentan mayor reactividad cardiovascular que los tipo B, principalmente en la presión sistólica

Ante la complejidad de constructo tipo A, desde los setenta se ha optado por estudiar cada uno de sus componentes o la combinación de varios a la vez, de tal manera que se pueda definir cuáles son los rasgos de personalidad que caracterizan a las personas que generan hipertensión y en qué medida estos rasgos generan la aparición de esta enfermedad. Johnston (1982) al realizar una revisión sobre estudios experimentales de la personalidad como factor de riesgo de la hipertensión esencial concluye que la personalidad por sí misma, no ha resultado ser consistente y específicamente relacionada con la hipertensión, pero sí el conjunto o patrón de ciertas conductas emergentes como la ansiedad y el enojo.

Varios investigadores han seguido la línea teórica de las tipologías, tratando de identificar una específica que caracterice a las personas que presentan hipertensión arterial esencial. La personalidad hipertensiva es un constructo estudiado con cierta frecuencia en la medicina conductual, que de acuerdo con Friedman, Schwartz, Schnall, Landsbergis, Pieper, Gerin, y Pickering (2001) implica la hipótesis sobre la existencia de una importante relación entre variables psicológicas y el desarrollo de la hipertensión.

Aunque no exista un consenso sobre el tipo de personalidad específico que poseen las personas con hipertensión arterial esencial, lo que no cabe duda

es que existe una relación entre personalidad e hipertensión. Cea-Ugarte, Brazal-Raposo, y González-Pinto (2000) tratan de definir el *perfil* del sujeto hipertenso, llegando a la conclusión de que es una persona con elevada ansiedad, que se siente amenazada, que mantiene las emociones contenidas y que está preparada para la lucha, pero nunca acaba de descargar la gran tensión que tiene. En esta concepción de personalidad, destacan el estilo de enfrentamiento y el manejo del enojo que determina, en buena medida, el tipo de comportamiento de los sujetos que pueden generar hipertensión arterial. De tal forma, que poder ubicar las características de personalidad que prevalecen en las personas con hipertensión arterial, permitiría definir con mayor claridad la relación e intervención existente de variables psicosociales en el desarrollo de la hipertensión arterial.

Para Friedman, Schwartz, Schnall et al. (2001), una comprensión más precisa de la relación entre personalidad y presión de la sangre elevada ha sido impedida por diversos factores, uno concierne a la teoría psicológica; la teoría sobre la personalidad hipertensiva no es generalmente aceptada. Hay una falta de consenso sobre cuál personalidad o rasgos de personalidad son relacionados con la presión sanguínea. La mayoría de los estudios se han centrado en el enojo, la ansiedad y más recientemente en la depresión.

Para Del Pino (2001), la conceptualización psicológica del patrón de conducta tipo A, está dividida en dos posiciones: aquéllos que lo consideran como una personalidad típica y aquéllos que lo consideran como un estilo de enfrentamiento que se muestra en determinadas situaciones.

Glass (1977, en Del Pino, 2001) considera que la conducta tipo A es esencialmente una respuesta de enfrentamiento emitida para dominar las amenazas actuales o potenciales de pérdida de control. Otra hipótesis plantea que las personas tipo A se caracterizan por involucrarse más en las situaciones

cotidianas que otras personas, es decir, presentan un enfrentamiento activo. En una tercera postura, Haynes y Matthews (1988) han intentado explicar el origen y desarrollo del patrón A desde la infancia, considerando como un intento de adaptación a objetivos ambiciosos y ambiguos impuestos por los adultos. Finalmente Price (1982, en Del Pino, 2001) considera que las personas tipo A creen que deben probarse a sí mismas constantemente, sobresaltando la competitividad con otros y consigo mismos. Como anteriormente se mencionó, la competitividad está siendo continuamente reforzada en la sociedad actual que exige cada vez a las personas esta característica. En conjunto, estas teorías tratan de explicar el patrón tipo A, como un de estilo de enfrentamiento peculiar de los sujetos, principalmente con mayor ambición, hostilidad, competitividad e impaciencia.

Adicionalmente, algunos autores destacan los problemas teóricos que se presentan al usar las tipologías. Para Reyes Lagunes (2000), el hecho de construir una tipología de personalidad, asume un conjunto de características particulares que debe poseer el sujeto para considerarlo como parte de ese conjunto; es decir, la tipología es una membresía excluyente donde se pertenece o no. Esto implica dos cosas; los sujetos tienen todas las características requeridas y estas características son permanentes e independientes de las situaciones a que esté expuesto el sujeto. Partiendo de esta definición se, puede deducir las limitaciones al estudiar la hipertensión esencial desde una perspectiva de tipología, ya que como se ha expuesto anteriormente, las situaciones de estrés son definidas y evaluadas circunstancialmente por el sujeto y en base a ello se da una respuesta. Si por el contrario se toma al patrón tipo A como un estilo de enfrentamiento, la perspectiva se convierte en más extensa y dinámica, con ello su capacidad explicativa puede incrementarse.

Ante lo complejo de determinar una personalidad hipertensiva, sería prudente primero analizar de forma individual cada uno de los componentes psicológicos y posteriormente en forma conjunta para incorporarlos en un modelo donde se pueda ponderar la contribución de cada uno de ellos en orden de importancia.

Esta revisión teórica, permite establecer la necesidad de estudiar el estilo de enfrentamiento que tienen las personas con hipertensión arterial, además de analizar dos emociones que están relacionadas: el enojo y la ansiedad, y como forma de contrastar una medida de conducta tipo A.

2.7.1 Problemas metodológicos en el estudio de la hipertensión arterial

Friedman, Schwartz, Schnall et al. (2001) sostienen que un aspecto que impide el progreso hacia la resolución del debate de la personalidad hipertensiva es que no existe una estrategia de medida generalmente aceptada. Varios de los estudios reportados en la literatura no usaron pruebas psicológicas estandarizadas, algunos estudios midieron solo un aspecto, por otra parte la variabilidad de las estrategias de evaluación hacen casi imposible una comparación entre estudios.

La mayoría de los estudios no han investigado si las diferencias obtenidas en variables psicológicas, son específicamente de la dicotomía normotenso–hipertenso o más genéricamente relacionadas con el bienestar-malestar de las personas estudiadas. Muchos estudios que examinan la relación potencial entre características psicológicas e hipertensión, no han sido cuidadosos en excluir participantes con otros desordenes cardiovasculares.

Un problema que afecta la validez de los estudios sobre hipertensión es la disparidad de métodos para medir la presión sanguínea, cuyos resultados son substancialmente inconsistentes. La clasificación de participantes en grupos de hipertensos y normotensos es un aspecto crucial en muchos estudios que examinan la relación entre variables psicológicas y presión de la sangre, pocos estudios han medido sistemáticamente esta relación y una variedad de estudios miden la presión de sangre bajo diferentes estrategias y escenarios. Solo en los últimos años se han homogeneizado los parámetros y formas para medir la tensión sanguínea por la Organización Mundial de la Salud y recientemente aceptadas formalmente en la Norma Mexicana para la prevención y control de la hipertensión (2000) y que se debe de tomar en cuenta para la realización de investigaciones al respecto.

Ciertos factores situacionales y psicológicos están involucrados en la determinación de la presión sanguínea en la clínica. Los individuos son clasificados como hipertensos con base en una medida clínica (medición de la presión sanguínea por medio de un baumanómetro), obtenida casualmente, la mayoría de las veces cuando se acude al consultorio médico. Pero muchas de las personas diagnosticadas de esa manera, pueden no ser hipertensos, y la medida de la presión alta puede ser una elevación espuria. Pickering, James, Broddie, Harshfield, Blank y Laragh (1988) han estimado que cerca de 20% de todos los diagnósticos de hipertensión pueden ser producto de fenómeno de la “bata blanca”; es decir, la elevación de la presión sanguínea se debe en algunos pacientes a su estancia en un ámbito clínico como un consultorio o un hospital y ante la presencia de personal médico. De cualquier forma, las medidas de presión de la sangre obtenidas bajo cuidadosas situaciones clínicas controladas pueden ser diferentes de la presión de sangre obtenida, usando un monitor ambulatorio en un ambiente natural de la persona como se mostró en el estudio de Friedman, Schwartz, Schnall et al. (2001).

Esta observación puede estimar que la presión de sangre tomada en ambiente clínico podría ser relacionada fuertemente con la ansiedad estado que presente en ese momento el sujeto, por lo que es necesario realizar al menos tres mediciones en reposo en tres días diferentes para asumir un diagnóstico de hipertensión.

Variables situacionales son extremadamente importantes para definir la hipertensión. En un estudio realizado por Schneider et al. (1986) donde examinó la intensidad o supresión del enojo en dos grupos de participantes con hipertensión al límite, ambos grupos de participantes con hipertensión tuvieron elevada presión de sangre en la clínica, pero sólo uno de ellos tuvo una elevada tensión de sangre cuando los participantes midieron su propia presión de sangre en casa. El grupo con elevada presión en ambos escenarios tuvieron puntajes más altos de enojo que el grupo que tuvo rangos normales de presión en casa.

Sí la definición de hipertensión se basó en valores clínicos, entonces los del grupo de niveles altos de presión y bajos niveles de enojo podrían ser combinados antes y comparados con un grupo de personas con presión normal. Si por otra parte, los niveles de presión tomados en casa definen hipertensión, sólo los pacientes con altos niveles de enojo podrían ser comparados con un grupo control de presión normal. En el primer caso, el apoyar la personalidad hipertensiva podría ser más débil que en el segundo caso. Este estudio así como otros, demuestran la necesidad de examinar la relación entre presión sanguínea y factores psicológicos con sensibilidad relacionando las mediciones obtenidas.

Otro aspecto importante concierne a una confusión potencial de etiquetar el fenómeno, en algunos de los estudios que reportan la asociación entre características psicológicas e hipertensión. Los niveles altos de ansiedad y enojo, observados ocasionalmente en individuos con hipertensión pueden no

estar asociados etiológicamente, y más bien ser una consecuencia del diagnóstico. Por ejemplo, un estudio realizado por Irvine, Garner, Olmsted y Logan (1989) encontró que los participantes enterados de su hipertensión, obtenían puntajes más altos en neuroticismo, ansiedad estado y rasgo, y en el autorreporte de conducta tipo A, que los participantes con presión sanguínea normal y participantes con hipertensión que desconocían su estado. Como es evidente, el hecho de saberse poseedor de una enfermedad provoca por sí mismo un estado de ansiedad y depresión.

Mc Grady y Higgins (1990) examinaron la relación entre la ansiedad e hipertensión, realizando mediciones repetidas de presión sanguínea, y encontrando que los sujetos que al inicio del estudio presentaban niveles altos de ansiedad, fueron reduciendo su ansiedad a medida que se reducía el nivel de presión sanguínea. Es obvio que existe una relación entre estas variables, el problema es que no se ha podido separar el orden cronológico de su interacción. Por ejemplo, Steptoe (2000) sostiene que un gran problema al estudiar variables psicológicas en la hipertensión es que muchos de los sujetos analizados desconocían al inicio del estudio que tenían hipertensión y son mezclados con pacientes con mayor tiempo de diagnóstico, por lo que no se puede establecer si la ansiedad, depresión o neuroticismo que presentan en las evaluaciones se debe a la enfermedad, es independiente o es producto de saberse enfermos.

En un estudio, Friedman, Schwartz, Schnall, et al. (2001), utilizaron una extensa batería de pruebas psicológicas que han sido ampliamente probadas y validadas en investigaciones sobre hipertensión. En una muestra de 283 hombres entre 30 y 60 años, excluyendo participantes con otros desórdenes cardiovasculares, sujetos que recibían medicamento, y además monitoreó la tensión arterial en ambientes naturales de los sujetos (aunque solamente tomó como referencia la presión diastólica, incluso para definir el caso). Su hipótesis,

partiendo de la literatura científica sobre el tema era probar que los pacientes que presentan más enojo, mayor ansiedad, depresión y más conducta tipo A, podrían tener presión alta promedio en medidas casuales y ambulatorias.

Sin embargo, a pesar de tener un excelente control de variables, no encontraron evidencia significativa contundente entre variables psicológicas y presión sanguínea. Al realizar los análisis estadísticos, dependiendo de la toma de presión en situación casual (en la entrevista inicial del estudio), o con el promedio de medidas de presión de forma ambulatoria en actividad rutinaria (tomados por un dispositivo que monitoreaba la presión arterial), los resultados cambiaban. Por ejemplo, tomando como referencia a la presión casual se encontró que la proporción de hipertensos era significativamente más alta cuando los sujetos experimentan mayor presión en el trabajo, diferencia que no fue consistente al tomar como referencia la presión ambulatoria. En este estudio no hubo diferencia significativa entre variables psicológicas entre normotensos e hipertensos, salvo algunas tendencias en ansiedad, enojo y apego al trabajo que se muestran mayores en sujetos hipertensos.

En este análisis sobre el estado de la investigación, una cantidad importante de estudios encuentran una relación significativa entre las variables mencionadas y la hipertensión; por otra parte, otra proporción de estudios no encontraron una relación entre estas, uno de los problemas principales en esas discrepancias es el tratar de encontrar una relación directa entre los niveles de presión sanguínea y algún componente psicológico. Si bien estos estudios aportan con claridad la existencia de esta relación, habría que tomar en cuenta que no es un fenómeno aislado, en donde intervienen una cantidad indeterminada de variables de diversa índole, tanto física como psicológica.

Otro problema que se presenta en el estudio de la hipertensión, es la diversidad de enfoques para abordar el problema, donde el método empleado difiere constantemente, y en una gran mayoría de los casos puede ser el causante de tales diferencias. Se encontró que existen discrepancias en:

- **La selección de los sujetos.** Es un problema importante debido a la forma en que incluyen los sujetos a participar en los estudios, los cuales van a marcar diferencias radicales en las variables de estudio. Por ejemplo, seleccionar pacientes hipertensos con o sin tratamiento farmacológico, recién diagnosticados o con un tiempo prolongado de tener hipertensión o, incluso el procedimiento médico de toma de tensión arterial. En la práctica es casi imposible obtener una muestra *ideal* de sujetos, debido a que no se puede alterar su historia natural.
- **La selección de los instrumentos.** Se han empleado una gran variedad de instrumentos para medir cada una de las variables psicológicas analizadas en el estudio de la hipertensión, y esto puede provocar diferencias substanciales en los resultados encontrados, ya que algunas escalas son más sensibles y confiables que otras.
- **Las variables psicológicas a medir.** Inicialmente se ha estudiado una o dos variables psicológicas con la hipertensión. En los estudios más antiguos se analizó la personalidad tipo A, o la ansiedad; sin embargo, actualmente la investigación se ha dirigido a tomar un set de variables psicológicas y estudiarlas en conjunto, sobre todo por estar muy relacionadas entre sí, por ejemplo el estilo de enfrentamiento con la ansiedad y el enojo.
- **El tipo de estudio.** Puede ser una fuente importante de variación en los resultados en los estudios sobre hipertensión. Entre ellos destacan los estudios epidemiológicos de la presión de sangre y características

psicológicas, sobre todo en estudios prospectivos, los cuales han aportado una buena parte de la evidencia científica, pero son extremadamente costosos en tiempo y recursos. Los estudios experimentales de respuestas cardiovasculares y neuroendocrinas a los estímulos de la conducta han aportado una gran cantidad de evidencia pero suelen ser poco naturales e incluso tan exclusivos a situaciones específicas. Por último tenemos los estudios naturalistas de covariación entre la presión de sangre, el estado psicológico y eventos de vida cotidianos, los cuales aportan información de primera mano de la forma más próxima a la vida de los hipertensos, pero donde se tiene que tomar el mayor número de variables extrañas a controlar o al menos tomar en cuenta.

2.7.2 Intervenciones psicológicas en personas con hipertensión arterial esencial

Un punto a resaltar en la investigación psicológica sobre la hipertensión, es la búsqueda de variables psicológicas relacionadas con ella, para que potencialmente se puedan manipular de forma positiva, a efecto de reducir el riesgo o la enfermedad en su caso. La importancia de la investigación en el campo, es contar con un conocimiento general que permita su aplicación en intervenciones específicas. Como resultado de la investigación en Psicología de la Salud y Medicina Conductual, en décadas recientes es cada vez más reconocida la importancia de las intervenciones psicológicas en personas que sufren alguna enfermedad crónica. Reynoso y Seligson (2002) indican que, junto con otros trabajadores de la salud, los psicólogos se plantean trabajar en alternativas de intervención orientadas a la prevención de problemas de salud mediante educación y el fomento de prácticas saludables, o interviniendo para cambiar estilos de vida, particularmente en aquellas condiciones que generen estrés, tanto en procesos iniciales de la enfermedad como en aquellos estados más avanzados.

Con respecto a la hipertensión arterial esencial, en específico, con hipertensión leve o moderada, etapas I ó II, el uso de tratamientos exclusivamente farmacológicos ha sido severamente cuestionado. En un estudio realizado en Inglaterra en 1990 (García-Vera y Sanz, 2000), donde se asignó aleatoriamente, medicamento antihipertensivo o placebo a 18,000 hipertensos, se encontró que el medicamento no mostró ningún efecto positivo sobre la incidencia de cardiopatías y únicamente una ligera reducción del riesgo de infarto cerebral. El costo del tratamiento resultó ser demasiado elevado, además de que algunos pacientes sufrieron efectos secundarios al fármaco como impotencia, vértigo y letargo.

Existen investigaciones que reportan intervenciones psicológicas en pacientes con hipertensión arterial esencial, donde se trabaja la modificación de comportamientos asociados a ciertos factores de riesgo físicos, creencias y cogniciones. Estas intervenciones, de acuerdo con García-Vera y Sanz (2000), han mostrado resultados positivos y mejora clínica en pacientes con hipertensión. Sostienen que las terapias cognitivo conductuales abordan la modificación de aspectos personales, motores, afectivos y cognitivos implicados en el dolor o el malestar. Parten del supuesto que las respuestas emocionales y conductuales que un individuo emite ante síntomas físicos de dolor o malestar están influenciadas por las cogniciones y creencias personales sobre estos procesos, así como por su repertorio de habilidades de enfrentamiento.

Una de las intervenciones cognitivo conductual más básica consiste en la orientación de los pacientes sobre las características particulares de su enfermedad y la repercusión de sus patrones de comportamiento en ésta, así como la identificación de signos y síntomas físicos de la enfermedad. En el caso de la hipertensión, Barrón-Rivera, Torreblanca-Roldan, Sánchez-Casanova, y Martínez-Beltrán (1998) demostraron la efectividad de una intervención educativa que consistió en seis sesiones individuales mensuales, en donde se

enseñaba al paciente acerca de su padecimiento y la repercusión de su estilo de vida en el control de la enfermedad.

Sharpe (2002) a través de manuales de tratamiento, trabajó los siguientes componentes: 1) educación sobre la enfermedad, 2) entrenamiento en relajación, 3) estrategias de solución de problemas enfocadas a problemas particulares identificados por los pacientes, 4) reestructuración cognitiva de creencias inadecuadas, 5) comunicación y asertividad para ayudar a los pacientes a comunicarse efectivamente con sus familiares acerca de su enfermedad y 6) estrategias de prevención de recaídas y mantenimiento de ganancias.

García-Vera y Sanz (2000), presentan una comparación de diversos programas de intervención realizados en las últimas dos décadas, en donde se puede resumir que la terapia cognitivo conductual ha sido la más eficiente para intervenir en la hipertensión, sobre todo cuando se realiza alguna combinación de técnicas de las arriba expuestas, control de estrés, información, biofeedback o relajación progresiva. El impacto en la reducción de niveles de tensión sanguínea no ha sido grande, alrededor de 5 a 20 mm Hg; sin embargo, es un decremento clínicamente considerable, tomando en cuenta su beneficio a largo plazo. Por otra parte la ventaja en mejoría clínica es mucho mayor, ya que los pacientes intervienen en su propia enfermedad de forma más autónoma, alcanzando mayores niveles de bienestar general.

2.7.3. Consideraciones finales

La hipertensión arterial es un grave problema de salud pública que va en aumento desde las últimas décadas, a nivel mundial, donde México no es excepción. Su importancia radica en que es uno de los generadores de muertes causadas por problemas del corazón. Donde destaca:

- La prevalencia de hipertensión arterial es de 30.05%.
- Existen alrededor de 10 millones de personas con hipertensión en nuestro país.
- A partir de los 55 años de edad cerca de la mitad de la población presenta hipertensión arterial.
- Está asociada en forma estrecha con la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón (primera causa de muerte general) y con la enfermedad cerebro vascular (quinta causa de muerte general)
- El 90% de los casos de hipertensión arterial no tienen una causa biológica atribuible
- Es evidente que el incremento de los casos de hipertensión tiene que ver con el estilo de vida
- Su tratamiento se orienta principalmente a un manejo farmacológico sin tomar en cuenta los factores psicosociales que intervienen
- Dentro de estas causas están las características de personalidad, principalmente el manejo del estrés, es decir el estilo de enfrentamiento, el control del enojo y la ansiedad, los cuales son atributos importantes que pueden contribuir al estudio y comprensión integral de la hipertensión desde la perspectiva psicosocial.

La literatura científica apoya en buena medida la existencia de variables psicológicas que están relacionadas con la hipertensión. Desde los primeros estudios donde se habla de personalidad o patrón de conducta tipo A, hasta

estudios mas recientes donde se analizan la intervención del estilo de enfrentamiento, la ansiedad, o el manejo del enojo, en la hipertensión; a tal grado, que la situación actual de la investigación sobre esta enfermedad desde la Psicología se orienta al estudio de todas estas variables en conjunto, analizar su interacción, su participación como factores desencadenantes o consecuentes en la hipertensión y sobretodo el poder diferenciar el por qué tener o no una característica permite en unos sujetos no desarrollar hipertensión y en otros desarrollarla.

La personalidad es unos de los objetos de estudio más importantes dentro de la psicología. En general, ésta se estudia a través de las conductas que presentan los individuos o de la apreciación que tienen ellos mismos sobre su forma de ser. De acuerdo con Reyes Lagunes (1999a) existen varias maneras de describir la personalidad: por medio de tipologías, por rasgos o por factores. En el primer caso se encuentran los conceptos de patrón de conducta o personalidad tipo A, en el segundo los atributos tales como enfrentamiento, enojo y ansiedad. En esta lógica un buen número de estudios pretende explicar sí existen rasgos personales comunes en personas que tienen un atributo específico, y cómo estos rasgos comunes afectan a la adaptación y a la salud física y mental.

El estudio de variables psicosociales en las enfermedades coronarias se ha vuelto una práctica importante dentro de la Psicología de la Salud, tanto por su aportación teórica y técnica como su contribución al mejoramiento y mantenimiento de la salud. Desde una perspectiva biopsicosocial, la Psicología de la Salud esta siendo más activa en la formación de conocimiento integral de los procesos de salud y enfermedad, situaciones que continuamente están sufriendo cambios. Es por eso que a pesar de la existencia de una gran cantidad de estudios sobre la interacción de procesos psicosociales y las enfermedades cardiovasculares, sigue siendo de suma importancia continuar con estos

esfuerzos. En México relativamente la investigación al respecto es poca y ésta no se ha mantenido de forma constante. Por lo que antes de aplicar intervenciones psicológicas en el problema de la hipertensión arterial, es necesario caracterizar a las personas con hipertensión arterial, en el contexto mexicano, a efecto de contar con elementos específicos que integren un modelo teórico para el diseño de intervenciones psicológicas con más posibilidad de éxito para mejorar la salud y calidad de vida de este tipo de pacientes.

El presente trabajo esta orientado a analizar y describir las características de personalidad que tiene los sujetos con hipertensión arterial, partiendo del supuesto conforme a la revisión teórica que: las personas con hipertensión arterial esencial presentan un estilo de enfrentamiento emocional negativo y evasivo, mientras que las personas con niveles normales de presión sanguínea (normotensos), son de estilo directo y/o directo revalorativo. Los hipertensos presentan enojo como rasgo de personalidad, expresan su enojo de forma contenida, mientras que los normotensos tienen un mayor control del enojo y expresan su enojo de forma manifiesta. La ansiedad como rasgo de personalidad y la conducta tipo A es característica de los hipertensos.

Método

3.1 Planteamiento del problema

La hipertensión arterial esencial es un problema de salud que, cada vez más, está afectando a la población mexicana. La hipertensión arterial esencial se presenta a partir de los 35 años, pero su presencia puede pasar inadvertida durante un prolongado periodo, por lo que paulatinamente va deteriorando la salud. En la actualidad, de la gente que llega a los 60 años, una de cada dos personas habrá desarrollado hipertensión arterial, lo que deteriora su calidad de vida y compromete su estado de salud, que puede derivar en alguna complicación cardiaca mayor.

El 90% de los casos no tiene una causa biológica directamente atribuible. La investigación al respecto permite establecer que el incremento de los casos de hipertensión tiene que ver con el estilo de vida, principalmente al estrés y el manejo que se hace de éste. Esto implica que buena parte de los casos son ocasionados por factores psicosociales, en donde la conducta y las exigencias de la vida en las grandes ciudades complican y comprometen la salud de los individuos

El presente estudio se abocó a analizar atributos psicológicos que están relacionados con la hipertensión esencial para con ello contribuir al conocimiento sobre esta enfermedad y proponer elementos que sean tomados para futuros estudios y programas de intervención o prevención.

De las variables psicológicas que han mostrado tener una relación significativa con la hipertensión arterial esencial se encuentran, el estilo de enfrentamiento, el enojo y la ansiedad, además de la conducta tipo A. Estas variables se han estudiado por separado, principalmente, sin tomar en cuenta su

interrelación, por lo que el presente proyecto se planteó las siguientes interrogantes:

3.1.2 Preguntas de investigación

1. ¿Qué estilo de enfrentamiento, manejo del enojo, ansiedad y conducta tipo A, presentan las personas con hipertensión arterial esencial y personas con niveles normales de presión sanguínea (normotensos)?
2. ¿Habrá diferencias en el estilo de enfrentamiento, manejo del enojo, ansiedad y conducta tipo A, entre personas con hipertensión y en personas con niveles normales de sanguínea (normotensos)?
3. ¿Existirán diferencias por sexo y edad en el estilo de enfrentamiento, manejo del enojo, ansiedad y conducta tipo A, en personas con hipertensión arterial esencial y en personas con niveles normales de sanguínea normales (normotensos)?
4. ¿Existirá una jerarquía en cuanto a valor predictivo de la hipertensión en las variables anteriormente mencionadas?
5. ¿Cómo realizar una medida de enojo, para población mexicana, que permita discriminar entre poblaciones con y sin hipertensión?

Para responder a estas interrogantes se formularon un objetivo general, y cuatro objetivos específicos que permitirán cumplir con el objetivo general.

3.1.3 Objetivo General

1. Identificar el estilo de enfrentamiento, el manejo del enojo, el nivel de ansiedad, y la conducta tipo A, que presentan personas con hipertensión arterial esencial y personas con niveles normales de presión sanguínea (normotensos).

Objetivos específicos

2. Identificar diferencias en el estilo de enfrentamiento, manejo del enojo, ansiedad y conducta tipo A, entre personas con hipertensión y en personas con niveles normales de presión sanguínea (normotensos).
3. Identificar diferencias por sexo y edad, en el estilo de enfrentamiento, el manejo del enojo y el nivel de ansiedad y la conducta tipo A. en personas con hipertensión arterial esencial y personas con niveles normales de presión sanguínea (normotensos).
4. Establecer una jerarquía en cuanto a valor predictivo de la hipertensión con las dimensiones de estilo de enfrentamiento hacia los problemas, el manejo del enojo, el nivel de ansiedad, y la conducta tipo A.
5. Adaptar y validar psicométricamente una medida de enojo, para población mexicana, que permita discriminar entre poblaciones con y sin hipertensión.

3.1. 4 Supuestos teóricos

Con base a la revisión teórica que sustenta el presente trabajo y para responder a las interrogantes anteriormente planteadas se formularon los siguientes supuestos que orientan la presente investigación:

1. Las personas con hipertensión arterial esencial, presentan un estilo de enfrentamiento emocional negativo y evasivo, presentan enojo como rasgo de personalidad, además de expresar el enojo de forma contenida, muestran niveles altos de ansiedad tanto estado como rasgo y conducta tipo A (objetivo 1).
2. Las personas normotensas presentan un estilo de enfrentamiento directo o directo revalorativo, tienen un mayor control del enojo y expresan su enojo de forma manifiesta (objetivo 1).

3. Las personas con hipertensión arterial esencial tienen un estilo de enfrentamiento emocional negativo y evasivo, mientras que las personas con niveles normales de presión sanguínea (normotensos), son de estilo directo y/o directo revalorativo. Los hipertensos presentan enojo como rasgo de personalidad, expresan su enojo de forma contenida, mientras que los normotensos tienen un mayor control del enojo y expresan su enojo de forma manifiesta. La ansiedad como rasgo de personalidad y la conducta tipo A es característica de los hipertensos (objetivo 2).
4. Los hombres hipertensos presentan un estilo de enfrentamiento evasivo, enojo como rasgo de personalidad, y expresan su enojo de forma contenida (objetivo 3).
5. Las mujeres hipertensas presentan un estilo de enfrentamiento emocional negativo, y ansiedad como rasgo de personalidad (objetivo 3).
6. En el rango de edad de 35 a 45 años se presentan niveles elevados de enfrentamiento emocional negativo, evasivo, enojo y ansiedad como rasgo de personalidad (objetivo 3).
7. Son factores de riesgo para generar hipertensión arterial, en cuanto a orden de predicción el estilo de enfrentamiento emocional negativo y evasivo, el rasgo de ansiedad, el rasgo de enojo y la expresión de enojo contenido (objetivo 4).

Una relación más esquemática entre preguntas, objetivos y supuestos se puede observar en el anexo 1.

Para cubrir los objetivos arriba mencionados, primero se seleccionaron los instrumentos para la medición de las variables de estudio en población mexicana, tomando en cuenta la revisión de investigaciones reportadas en el marco teórico de este trabajo. Se decidió realizar una adaptar y validar psicométricamente una medida de enojo, para población mexicana, que

permitiera discriminar entre poblaciones con y sin hipertensión adaptación, partiendo de un instrumento existente.

En este sentido, en la sesión de resultados primero se presentan la adaptación y validación de una medida de enojo y, posteriormente, se muestra el estudio transversal realizado con la medición de las variables de estudio a la muestra de hipertensos y normotensos, para hacer las comparaciones entre grupos, y la aplicación de los modelos de regresión múltiple y regresión logística.

3.2 Diseño y tipo de investigación

El estudio es un diseño transversal, utilizando dos muestras contrastadas: hipertensos y normotensos, realizando con ellos una medición de las variables de estudio. Para ello el tipo de estudio es de campo, de tipo descriptivo correlacional.

3.3 Participantes

La forma de selección de los participantes, así como sus características físicas se describen a continuación:

Participaron en el estudio 350 personas, 150 de ellos con diagnóstico de hipertensión arterial y 200 personas con niveles normales de presión sanguínea, que se denominarán normotensos. Los participantes fueron seleccionados bajo los siguientes criterios de inclusión.

3.3.1 Criterios de inclusión y selección de participantes con hipertensión arterial

Para coleccionar la muestra de pacientes hipertensos, se tomó en cuenta los siguientes criterios de inclusión: que contaran con el diagnóstico médico previo de hipertensión esencial etapa 1 (140-159/90-99 mm de Hg), etapa 2 (160-179/100-109 mm de Hg), y etapa 3 (>180 />110 mm de Hg), y se encontraran bajo tratamiento farmacológico.

Adicionalmente se cuidó que los pacientes hipertensos que se incluyeron en el estudio, estuvieran en un rango de edad de entre 35 a 65 años, que no

hubieran tenido al momento de este estudio, algún problema cardiovascular mayor (paro cardíaco, trombosis, embolia, etc.) o problemas renales. Algunos de los participantes además de ser hipertensos tienen diabetes

Se proporcionó una solicitud de consentimiento informado, al inicio de la entrevista, el cual consistió en indicarles el objetivo, límites y alcances del estudio, que consistía en responder un cuestionario, una toma de presión sanguínea por medio de un monitor portátil de muñeca y acudieran a una entrevista posterior de devolución de sus resultados.

De la muestra que conforma el grupo de hipertensos, 100 pacientes fueron entrevistados en el servicio de endocrinología de la unidad de rehabilitación cardíaca del hospital de Cardiología del Centro Médico Siglo XXI, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Este servicio los atiende para el manejo, control y monitoreo de la hipertensión. Los 50 pacientes restantes fueron contactados mediante una búsqueda intencional, en dos consultorios de medicina general y medicina interna particulares. Los pacientes en estos consultorios fueron incorporados al estudio, cuando cumplieron los mismos criterios de inclusión previamente mencionados. Cabe señalar que todas las entrevistas y la aplicación de los instrumentos de medición fueron realizadas por el titular de la presente investigación.

3.3.2 Criterios de inclusión y selección de participantes de personas con presión sanguínea normal (normotensos)

Las personas que conformaron la muestra de normotensos fueron seleccionados cuando cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: vivir en la ciudad de México, referir no tener problemas cardiovasculares, incluyendo hipertensión, no tener problemas renales y no tener diabetes, considerarse sanos físicamente y estar dentro del rango de 35 a 65 años de edad.

De igual forma, se proporcionó un consentimiento informado, al inicio de la entrevista, el cual consistió en indicarles, que el estudio sólo consistía en responder un cuestionario y la toma de presión sanguínea por medio de un monitor portátil de muñeca. Este último procedimiento fue para verificar que no se tuvieran niveles mayores de presión a 120/80 mm de Hg. al momento de la entrevista. En este grupo de participantes no se ofreció una entrevista de devolución y sólo se les entregó un folleto informativo sobre factores de riesgo de enfermedades del corazón, elaborado por Erazo y Seligson (2001).

El procedimiento empleado para contactar a los sujetos normotensos, fue por medio de la colaboración de 50 estudiantes de Psicología, cada uno contactó a cuatro personas sin hipertensión, para que respondieran el cuestionario de manera individual, tomándoles la presión sanguínea al final de la entrevista. Con este procedimiento se pudo obtener una muestra de personas de diferentes zonas de la ciudad de México, con una diversidad de ocupaciones, edades, nivel socioeconómico. Es importante reiterar que la muestra fue no probabilística.

3.3.4 Sociodemográficos

A continuación se presentan la información sobre variables atributivas que tienen los participantes en el estudio.

De las personas entrevistadas con hipertensión esencial, existe un porcentaje ligeramente superior de mujeres, en el caso de los normotensos entrevistados, la muestra se divide en proporciones casi iguales entre hombres y mujeres. En cuanto a edad en la muestra de hipertensos, ésta se distribuye proporcionalmente en los tres rangos de edad que abarcan de 35 a 65 años (ver tabla 3). Por el contrario en la muestra de normotensos, aunque se cuidó tener la

misma proporción de hombres y mujeres, se tiene una menor cantidad de sujetos en el rango de edad de 56 a 65 años. Esto coincide con las estadísticas epidemiológicas presentadas en el marco teórico de la presente investigación, donde se señala que para este rango de edad, la mitad o más de la población ya presenta hipertensión.

Tabla 3
Sexo y Rango de Edad de los participantes

Sexo	Hipertensos		Normotensos		Total
	N	%	N	%	
Mujeres	90	60	100	50	190
Hombres	60	40	100	50	160
Rango de edad					
35 a 45	50	33.3	84	42	134
46 a 55	50	33.3	66	33	116
56 a 65	50	33.3	50	25	100
Total	150	100	200	100	350

En cuanto al estado civil, el 52% de las personas con hipertensión se encuentran casadas, el 7.3% en unión libre, el 15.3% separada o divorciada, el 14.7% soltera y el 10.7% son viudas. Por ocupación: 54.8% trabaja, 19.2% se dedica al hogar y 21% está jubilado. Sobre el nivel de escolaridad: el 20% tiene primaria, el 17.3% secundaria, el 25.3% bachillerato, y el 37.3% cuenta con estudios profesionales. En materia de nivel socioeconómico: el 90% de los hipertensos entrevistados se considera de clase media, y sólo el 10% se consideró de clase media alta.

Con respecto a las personas normotensas, el 59.5% se encuentran casadas, el 9.5% en unión libre, el 6.5% separada o divorciada, el 23.5% soltera y sólo dos son viudas. En cuanto a ocupación: 81% trabaja, 9.5% se dedica al hogar, y un 7% es estudiante, cinco personas están desempleadas. Respecto a la escolaridad: el 6.5% tiene primaria, el 13.5% secundaria, el 25.5% bachillerato, y el 54.5% cuenta con estudios profesionales. En materia de nivel

socioeconómico: el 89% de los normotensos entrevistados se considera de clase media, y sólo el 11% se consideró de clase media alta.

3.4 Instrumentos

Para medir las variables del presente estudio se utilizaron los siguientes instrumentos, que fueron seleccionados porque han sido desarrollados y validados en población mexicana en fecha reciente y se ajustan tanto teórica como metodológicamente a la presente investigación:

Estilo de enfrentamiento. Para este tópico se utilizó la Escala Multidimensional Multisituacional de los Estilos de Enfrentamiento (EMMEE) diseñada por Reyes Lagunes (1999a) que ha mostrado ser un instrumento válido y confiable para población mexicana, reportando una consistencia interna del instrumento de $\alpha = 0.85$.

Este inventario indaga cómo se enfrenta a los problemas en diferentes situaciones: salud, trabajo, amigos, pareja, familia y vida. Esta última, se le considera como rasgo de enfrentamiento y las anteriores como estado. Está estructurado en seis áreas; en cada una de ellas se establece si el estilo de la persona que responde es directo, directo revalorativo, emocional negativo o evasivo, ante cada situación problemática.

En el área que evalúa los problemas hacia la vida en general, se tienen tres factores el directo revalorativo con 8 reactivos y un $\alpha =$ de 0.856, el emocional negativo con 4 reactivos y un $\alpha =$ de 0.863 y el factor evasivo con 4 reactivos y un $\alpha =$ de 0.742. El área que evalúa los problemas hacia el trabajo está compuesta por los factores: directo con 7 reactivos y un $\alpha =$ de 0.796, el emocional negativo con 4 reactivos y un $\alpha =$ de 0.787 y el evasivo con 4 reactivos y un $\alpha =$ de 0.615. El área que evalúa los problemas hacia la salud está

compuesta por los factores: evasivo con 5 reactivos y un α de 0.717, el revalorativo con 4 reactivos y un α de 0.674, el directo con 5 reactivos y un α de 0.713.

El área que evalúa los problemas hacia los amigos está compuesta por los factores: directo con 4 reactivos y un α de 0.800, el revalorativo con 4 reactivos y un α de 0.748, el evasivo con 4 reactivos y un α de 0.732, y el emocional negativo con 4 reactivos y un α de 0.716. El área que evalúa los problemas hacia la familia está compuesta por los factores: directo revalorativo con 8 reactivos y un α de 0.850, el emocional negativo con 4 reactivos y un α de 0.752 y el evasivo con 4 reactivos y un α de 0.633. Finalmente el área que evalúa los problemas hacia la pareja está compuesta por los factores: directo revalorativo con 8 reactivos y un α de 0.860 y el emocional negativo con 4 reactivos y un α de 0.758 y el evasivo con 4 reactivos y un α de 0.654.

Ansiedad. Para este constructo se aplicó el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE) diseñado por Spielberger y Díaz-Guerrero (1991), el cual ha sido utilizado con frecuencia en estudios con hipertensos. Este instrumento cuenta con dos escalas una de ansiedad estado y otra de ansiedad rasgo. Puntajes naturales arriba de 37 en ambas escalas indican presencia de ansiedad. El instrumento presenta una consistencia interna de $\alpha = 0.86$ en la escala de rasgo y un $\alpha = 0.86$ en la escala de estado.

Manejo del enojo. Para medir este constructo se aplicó el Inventario de Expresión de Enojo que se diseñó específicamente para el presente estudio a partir de una validación psicométrica del Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión del Enojo (ML-STAXI), de Moscoso (2000). El objetivo de realizar esta versión es contar con una medida de enojo específica para personas con hipertensión arterial en población mexicana. La versión validada para este estudio tiene ocho factores en tres escalas. La escala de estado está

compuesta por los factores: “Sentimiento de expresar enojo” y el de “sintiendo enojo”. La escala de rasgo quedó compuesta por el factor “enojo rasgo temperamento” y “enojo rasgo reacción”. Finalmente, la escala de expresión de enojo tiene cuatro factores: “control de enojo contenido”, “control de enojo manifiesto”, “enojo manifiesto”, y “enojo contenido”: La prueba completa tiene 39 reactivos, con un alfa de Cronbach α de 0.8231. El alfa de cada factor oscila entre 0.73 y 0.92.

Tipo o patrón de personalidad tipo A. Cuestionario sobre conducta tipo A para población adulta diseñado por Reynoso y Seligson (2002), el cual consta de 20 reactivos que presentan situaciones que implican disposiciones conductuales como competitividad e impaciencia y un paso acelerado en muchas actividades, con 4 opciones de respuesta diferente según el atributo que este evaluando.

3.4.1 Forma de evaluación de los instrumentos

Los instrumentos que evalúan enfrentamiento, enojo y ansiedad, se presentaron en un solo formato, utilizando la escala tipo Likert pictórica propuesta por Reyes Lagunes (1996). En esta propuesta se utiliza una serie de cuadros de mayor a menor tamaño para que al responder el cuestionario, se ubique el cuadro que conforme el tamaño indique mejor la respuesta del participante. Con esta técnica se minimizan los sesgos de respuestas al evitar presentar números, dando una dimensión equivalente entre opciones de respuestas tomando en cuenta el tamaño del cuadro, se recurre a las habilidades perceptivas y no a las de cálculo numérico, lo que implica no depender de un nivel de escolaridad mas alto.

Este formato asume que las puntuaciones otorgadas son proporcionales al tamaño del cuadro que están representando, de esta forma el cuadro de mayor tamaño corresponde al número más grande del intervalo, el siguiente cuadro al número menor contiguo, y así sucesivamente. Se suman los puntajes de los reactivos correspondientes a cada factor y con ello se construye una escala donde los puntajes más altos implican mayor cantidad del atributo evaluado, en una escala continua.

La escala de enfrentamiento presenta siete opciones de respuesta, mientras que la de enojo y la de ansiedad tienen cuatro opciones de respuesta, como se puede observar en los ejemplos que se presentan en el anexo 2.

En el caso de la escala de evalúa la conducta tipo A, cada pregunta tiene cuatro opciones de respuesta, en esta escala las opciones son diferentes; las opciones pueden ser nunca, ocasionalmente, frecuentemente o siempre, ó Soy tranquilo, tengo ambiciones, deseo hacer lo que me propongo, cada actividad es un reto. Como se puede observar se mantiene una estructura de incremento de 1 a 4 puntos de menor a mayor frecuencia o intensidad de la conducta en cada opción. De tal manera que al sumar los puntajes de la escala, puntuaciones iguales a 50 indican que el sujeto sea probable tipo A, más de 50 es tipo A. conforme a lo establecido por los autores de la prueba.

Adicionalmente a los instrumentos anteriormente señalados se incluyó en el inventario que debió responder cada participante preguntas específicas sobre el estado de salud, hábitos que pueden presentar riesgo, y la medición de la presión sanguínea. Que a continuación se detallan:

3.4.2 Indicadores de factores de riesgo y atributivos al sujeto.

Para este apartado se utilizaron algunos reactivos del Inventario de salud, estilos de vida y comportamiento (SEViC) realizado por Sánchez Sosa y Hernández-Guzmán (1993). En este apartado se hizo énfasis en preguntas relativas a conductas o situaciones que presenten situaciones de riesgo, como fumar o ingesta de bebidas alcohólicas, sedentarismo, mareos, dolores de cabeza, antecedentes familiares de hipertensión, tiempo de haber sido diagnosticado como hipertenso, peso y estatura para determinar su índice de masa corporal, presencia de otras enfermedades crónicas degenerativas, principalmente diabetes y hipercolesterolemia.

3.4.3 Medición de la presión sanguínea

Adicionalmente a la aplicación de estos instrumentos se tomó la presión sanguínea por medio de un monitor portátil de presión arterial de muñeca, a efecto de tener una medida biológica tanto a hipertensos como a normotensos. En el caso de las personas con hipertensión la medición se realizó al final de la entrevista de devolución, y en el caso de la población general antes de aplicarles el cuestionario, pues éste sería un criterio de exclusión en caso de que la medida resultara alta.

Este monitor fue comparado con un Baumanómetro de mercurio del servicio médico, a efecto de tener una calibración de este instrumento. Por medio de la comparación de 10 mediciones realizadas a diferentes personas con ambos instrumentos, dejando un lapso de 10 minutos entre cada medición, se pudo estimar que el monitor de muñeca podría arrojar valores promedio 5 mm de Hg. por debajo de la medición realizada por el Baumanómetro de mercurio.

1.5 Procedimiento

El estudio se realizó, principalmente, en la unidad de rehabilitación cardiaca del hospital de Cardiología del Centro Médico Siglo XXI, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Aunque la población que atiende esta unidad es principalmente pacientes que han tenido un evento cardiaco, anteriormente contaba con una clínica del paciente hipertenso, servicio que desapareció; sin embargo, continúa atendiendo una población de personas con hipertensión. Estas últimas es con las que se trabajó.

El procedimiento para obtener la información de estos pacientes fue el siguiente: después de contar con la aprobación de las autoridades del hospital, se acordó con ellos entrevistar a personas con las características requeridas para el presente estudio. Para ello, el diagnóstico y selección estuvo a cargo del personal médico de la unidad.

Por petición de las autoridades médicas y, a manera de devolución, se proporcionó a cada paciente una entrevista posterior a la aplicación del cuestionario (el cuestionario lo contestaban cuando acudían a su consulta regular y posteriormente eran citados para la entrevista de devolución). En esta entrevista se aprovechaba para completar el cuestionario, si es que existían omisiones, aclarar porqué no se contestaban algunos apartados: por ejemplo, algunos no contestaban la sección de problemas hacia el trabajo porque eran amas de casa o jubilados, o no contestan la sección de problemas con la pareja porque están separados o no tenían pareja.

En la entrevista, se les aclaraba otra vez los propósitos del estudio, y se comentaba con ellos los resultados obtenidos con sus respuestas, haciendo énfasis en su caso, de aquellos factores en donde habían salido con niveles altos de ansiedad, enojo o enfrentamiento inadecuado. Producto de estas entrevistas se pudo coleccionar información cualitativa que puede ser de interés y

utilidad para el estudio y que previo análisis se reportará en la presentación final de resultados.

Con el objeto de completar la cuota de personas con hipertensión, se acudió a dos consultorios médicos particulares, en donde se realizó de igual manera el procedimiento arriba mencionado. Estas actividades se realizaron en dos sesiones por paciente, en la primera, la aplicación del cuestionario, mientras asistían a su consulta regular y en la segunda la devolución, previa programación. Cada persona tardó entre 15 a 40 minutos para responder los instrumentos dependiendo del nivel de lectura.

Con esta información en el apartado de resultados se reporta la adaptación y validez para este estudio, de la escala para medir enojo, originalmente diseñada por Moscoso (2000), y denominada “Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión del Enojo (ML-STAXI)”. Esta validación psicométrica se efectuó partiendo de los datos obtenidos en la aplicación a los participantes de este estudio del instrumento con algunas adaptaciones, principalmente de tipo semántico.

Posteriormente se presentan los resultados obtenidos de la medición de enfrentamiento, ansiedad, enojo y conducta tipo A, a la muestra de 150 personas con hipertensión arterial esencial y 200 personas normotensas. Se reportan a detalle los análisis estadísticos, que incluyen comparaciones entre grupos, correlaciones, análisis de regresión múltiple y estimación de riesgos por medio de la regresión logística a efecto de cumplir con los cuatro primeros objetivos.

Finalmente se realizaron algunas consideraciones a nivel cualitativo sobre información obtenida en las entrevistas de devolución que se hicieron a pacientes con hipertensión arterial.

3.5.1 Consideraciones éticas

Tanto a los participantes del grupo de hipertensos como a los participantes del grupo de normotensos se les pidió autorización para ser incluidos en el estudio, antes de aplicar los instrumentos, se les informaba en forma verbal que el estudio consistía en la aplicación individual de forma autoadministrada de un cuestionario de opción múltiple con una duración aproximada de 20 a 30 minutos dependiendo del nivel de lectura del participante. Asimismo se les informó y solicitó su autorización para que al final de la entrevista se le tomara la presión sanguínea por medio por medio de un monitor portátil de muñeca, haciendo la aclaración que estas actividades no alteran ni afectan su condición actual de salud.

A efecto de retribuir en parte a los pacientes con hipertensión que contestaron el cuestionario, a cada uno de ellos se les realizó una sesión de entre 30 a 45 minutos (entrevista de devolución), en donde se les ofreció información sobre los indicadores evaluados, y su posible impacto en la hipertensión, así también se les proporcionó información básica sobre control de presión sanguínea, en cuando a conductas de riesgo y protectoras. A la muestra de normotensos se le proporcionó información impresa sobre hipertensión arterial, y otras enfermedades del corazón.

3.5.2 Tratamiento estadístico de los datos

Se determinó la necesidad de adaptar y validar psicométricamente una medida de enojo, para población mexicana, que permita discriminar entre poblaciones con y sin hipertensión. Para esta validación se realizó una discriminación de reactivos, con los puntajes totales de la prueba se conformó dos grupos, uno con de los puntajes bajos iguales o menores al primer cuartil, y otro con los puntajes altos iguales o mayores al tercer cuartil, con estos grupos

se realiza una comparación por cada uno de los reactivos, eliminando aquellos que no sean estadísticamente significativos con una $p < .05$. Este procedimiento permite retener los reactivos que son sensibles para evaluar el atributo de interés.

Después se establece la validez de constructo por medio de un análisis factorial, con el propósito de identificar las dimensiones o factores que conforma el instrumento. Finalmente se establece la confiabilidad o consistencia interna del instrumento a través del alfa de Cronbach.

Con la versión final de todos los instrumentos, una vez aplicados se realizaron los análisis estadísticos respectivos, los cuales incluyen:

1. Análisis de medidas de tendencia central y dispersión
2. Análisis de diferencias Inter e intra grupos
3. Análisis de correlaciones entre factores
4. Aplicación con los factores significativas de modelos de regresión lineal y regresión logística para establecer su valor predictivo

4. Resultados

Para la presentación de resultados, se dividirán estos, en tres apartados, en el primero se presentarán los resultados de la validación de una medida de enojo específica para población mexicana con hipertensión arterial, posteriormente se presentarán los análisis estadísticos de las medidas obtenidas con la muestra de 150 personas con hipertensión arterial esencial y 200 personas normotensas, que incluyen comparaciones entre grupos, correlaciones y estimación de riesgos por medio de la regresión logística. Finalmente se realizaron algunas consideraciones a nivel cualitativo sobre información obtenida en las entrevistas de devolución que se hicieron a pacientes con hipertensión arterial sobre los aspectos evaluados.

4.1 Adaptación y validación de una medida de enojo para personas con hipertensión arterial esencial

De acuerdo a la argumentación presentada en el marco teórico se consideró necesario adaptar y validar psicométricamente una medida de enojo, para población mexicana, que permita discriminar entre personas con hipertensión y personas con niveles de tensión normal, esta medida debe contemplar aspectos socioculturales propios, principalmente el uso del término enojo como particularmente se emplea en México. De esta forma el presente apartado cumple el objetivo número cinco que se propuso en el apartado del método de la presente investigación y sirve de antecedente para la medición y análisis de las variables estudiadas incluyendo la medida de enojo.

Para validar esta medida, se partió del instrumento realizado por Moscoso y Spielberger (1999) y Moscoso (2000) denominado Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión de la Cólera y la Hostilidad (ML-STAXI), este inventario es una validación al español para población latinoamericana del

Inventario de Expresión de Enojo Estado-Rasgo (STAXI) de Spielberger. El inventario agrupa tres escalas; cólera estado, cólera rasgo, y expresión de cólera.

La escala de cólera estado, está compuesta por dos factores; “sintiendo cólera”, y “expresión de cólera físicamente”. En la escala cólera rasgo, presenta dos factores; “rasgo temperamento” y “rasgo reacción”. La tercera escala denominada expresión de cólera se compone por cuatro factores denominados: “cólera manifiesta”, “cólera contenida”, “control de cólera manifiesta” y “control de cólera contenida”, el inventario de Moscoso y Spielberger consta de 44 ítems.

Las opciones de respuesta para el caso de la escala de cólera estado, se refieren a la intensidad (*no en lo absoluto, mucho*), para el resto de los factores las opciones responden a frecuencia (*casi nunca, casi siempre*). Existen tres instrucciones: para los reactivos que conforman el estado, se pregunta ¿cómo se siente en este momento?, para el rasgo se pregunta ¿cómo se siente generalmente? y para la expresión de enojo ¿qué tan frecuentemente reacciona?

Antes de la aplicación, se realizaron algunas modificaciones semánticas en el instrumento original, principalmente para denotar la diferencia entre enojo y cólera. Se cambio los reactivos que tenían la expresión cólera por alguno equivalente en el contexto mexicano, por ejemplo; “estoy colérico” por “estoy iracundo”, “tengo un humor colérico” por “soy enojon”, “controlo mi humor colérico” por “controlo mi humor furico”, y “expreso mi cólera” por “expreso mi enojo”.

La versión final se presentó en una escala tipo Likert pictórica propuesta por Reyes Lagunes (1996), en ella se utiliza una serie de cuadros de mayor a menor tamaño para que al responder el cuestionario se ubique el cuadro que

conforme el tamaño indique mejor su respuesta. Con ésta técnica, se minimizan los sesgos de respuestas al evitar presentar números, dando una dimensión equivalente entre opciones de respuestas tomando en cuenta el tamaño del cuadro.

Una vez aplicados los instrumentos, se procedió a realizar la validación psicométrica. En primer lugar, se analizó cada reactivo para conocer si la distribución de las respuestas se distribuyó en todas las opciones. Para determinar el poder discriminativo de los reactivos, se comparó la muestra dividiéndola en dos grupos: puntajes bajos contra puntajes altos, utilizando el primer y cuarto cuartil respectivamente de la serie. Con este agrupamiento se aplicó la t de Student a cada reactivo. Cabe señalar que aquellos reactivos que no muestran diferencias estadísticamente significativas son susceptibles de ser descartados de la prueba a validar.

En base en el análisis de reactivos, se descartaron los reactivos “Pierdo los estribos” y “Me aparto de la gente”, que no presentaban una distribución en todas las opciones de respuesta y no arrojaban diferencias estadísticamente significativas al realizar las comparaciones de grupos de puntajes altos contra puntajes bajos. Al realizar el análisis factorial se excluyeron tres reactivos; “Me enfado cuando hago algo bien y no se me reconoce”, “Contengo mi enojo por muchas horas” y “Guardo rencores que no le comento a nadie”.

Se realizó por separado dos análisis factoriales con rotación oblicua: uno para obtener la estructura factorial de la escala de estado, incluyendo los reactivos respectivos, y otro para la escala de rasgo y expresión de enojo. Se conjunto en cada análisis los reactivos con opciones de respuesta similares. Cabe mencionar que la prueba esta formada para contestar en dos partes; en la primera se hace énfasis en “Cómo se siente en este momento”, es decir el estado, y las opciones de respuesta son en cuatro intervalos; “Mucho”,

“Bastante”, “Un poco”, y “No en lo absoluto”. En la segunda parte se le pide al sujeto que se evalué “Cómo se siente generalmente” y “Cómo reacciona generalmente cuando se enoja”, para evaluar el rasgo y la expresión de enojo respectivamente. En esta parte del instrumento las opciones de respuesta son “Casi Siempre”, “Frecuentemente”, “Algunas Veces” y “Casi Nunca”. El presente análisis factorial difiere de la validación, realizada por Moscoso y Spielberger (1999), ellos analizaron por separado una estructura factorial para hombres y otra para mujeres, ambas coinciden en tener siete factores y sólo presentan algunas diferencias en cuanto al orden de presentación de factores. Como el interés del presente estudio es realizar una medida única de enojo, y después emplearla en la comparación con pacientes hipertensos, no se realizó el análisis factorial separando sexos, aunque si se utilizará la comparación correspondiente en el análisis de resultados.

El primer análisis se realizó factorial con los reactivos correspondientes a la escala de enojo estado, el análisis fue de componentes principales con rotación oblicua, cuya rotación realizó 5 iteraciones, obteniéndose dos factores que explican el 77.33% de la varianza, tomando en cuenta valores Eigen mayores a uno, incorporando sólo los ítems que tenían pesos factoriales mayores de 0.40. El mismo procedimiento se realizó con los reactivos de las escalas rasgo y expresión de enojo, donde en 34 iteraciones se obtuvieron seis factores que explican el 58.65% de la varianza. Conforme a la naturaleza de los reactivos agrupados y la congruencia teórica, los factores obtenidos se nombraron de forma similar que las versiones de Spielberger y Diaz-Guerrero (1991) y Moscoso (2000), ya que poseen características similares de ambos, sin embargo la estructura y el orden de los factores presentan algunos cambios.

La escala de estado final está compuesta por los factores: *Sentimiento de expresar enojo* y el factor *sintiendo enojo*, cada uno con 5 reactivos. La estructura del segundo factorial quedó compuesta por el factor *enojo rasgo en su*

versión temperamento, con 5 reactivos, el factor *control de enojo contenido* con 6 reactivos, el factor *control de enojo manifiesto* con 6 reactivos; le siguen los factores; *enojo manifiesto* con 5 reactivos, *enojo contenido* con 3 reactivos, y finalmente el factor *enojo rasgo en su versión reacción* con 4 reactivos. Cabe mencionar que este segundo factorial excluyó tres reactivos, por lo que la prueba completa contempla un total de 39 reactivos, con un alfa de Cronbach de 0.8231. El alfa de cada factor oscila entre 0.73 y 0.92, por lo se puede afirmar que el instrumento posee una alta consistencia interna (ver tabla 4).

Tabla 4
Análisis factorial del Inventario de Expresión de Enojo

Escala	Factor	Peso factorial	
Enojo Estado	Sentimiento de expresar enojo $\alpha=.9262$		
	Me dan ganas de golpear a alguien	.971	
	Me dan ganas de pegar a alguien	.920	
	Tengo ganas de destrozar algo	.882	
	Me dan ganas de romper cosas	.827	
	Me dan ganas de insultar a alguien	.810	
	Sintiendo Enojo $\alpha=.9091$		
	Me siento irritado (a)	.916	
	Estoy iracundo (a)	.893	
	Me siento enojado	.876	
	Estoy furioso (a)	.822	
	Me siento enfadado	.631	
	Rasgo y Expresión de Enojo	Enojo Rasgo Temperamento $\alpha=.8838$	
		Soy muy temperamental	.505
Tengo un carácter irritable		.762	
Soy una persona exaltada		.729	
Me enojo muy fácilmente		.630	
Tengo un humor colérico		.527	
Control de enojo contenido $\alpha=.8765$			
Hago algo reconfortante para calmarme		.687	
Trato de relajarme		.828	
Hago algo relajante para tranquilizarme		.875	
Reduzco mi rabia lo más pronto posible		.679	
Trato de calmarme lo más pronto posible		.707	
Respiro profundo para relajarme		.817	
Control enojo manifiesto $\alpha=.7985$			
Controlo mi forma de actuar		-.756	
Controlo mi humor colérico		-.542	
Mantengo la calma		-.519	
Puedo controlarme antes de ponerme de malhumor		-.662	
Controlo mis sentimientos de enojo		-.603	
Mantengo el control		-.488	
Enojo Manifiesto $\alpha=.7314$			
Expreso mi enojo		.496	
Muestro mi enojo a los demás		.520	
Discuto con los demás		.589	
Si alguien me molesta le digo como me siento		.808	
Expreso mis sentimientos de furia		.568	
Enojo contenido $\alpha=.7846$			
Secretamente soy muy crítico de los demás		-.695	
Estoy más enfadado (a) de lo que generalmente admito		-.593	
Me irrita mucho más de lo que la gente se da cuenta		-.568	
Enojo Rasgo Reacción $\alpha=.7983$			
Me pone furioso (a) que me critiquen		-.424	
Me pone furioso (a) cuando cometo errores estúpidos		-.630	
Me pone furioso (a) cuando hago un buen trabajo y se me valora poco	-.767		
Me enfado cuando alguien arruina mis planes	-.544		

La estructura factorial en esta versión tiene algunos cambios importantes. En primer lugar, la estructura es similar a la propuesta original de Spielberger con ocho factores: dos de la escala de estado, dos de la escala de rasgo, y cuatro de expresión de enojo. Resulta interesante el orden en que se resuelve el factorial de rasgo y expresión de enojo. Cabe destacar que primero es el rasgo temperamento, posterior el control, le sigue la expresión y control del enojo y hasta el final el rasgo reacción (ver cuadro 3) este orden indica la estructura representada por la población específicamente evaluada. Por otra parte, se eliminaron cinco reactivos, haciendo la prueba más corta con un total de 39 reactivos. Al analizar por separado los reactivos correspondientes al estado y por otra parte al rasgo y la expresión del enojo, se pudo obtener mayor claridad en las estructuras factores.

Cuadro 3
Comparación de factores entre inventarios de la expresión de enojo

	Escala		
	Estado	Rasgo	Expresión
Spielberger (1991)	Sintiendo enojo Sentimiento de expresión de enojo	Temperamento Reacción	Enojo contenido AX/in Enojo Manifiesto AX/out Control de enojo AX/con
Moscoso (2000) Mujeres	Sintiendo cólera Sintiendo como si expresara cólera físicamente	Rasgo	Control de enojo manifiesto Control de enojo contenido Cólera Manifiesto Cólera contenido
Moscoso (2000) Hombres	Sintiendo como si expresara cólera físicamente Sintiendo cólera	Temperamento Reacción	Cólera Contendida Cólera Manifiesta Control de cólera
El presente estudio (2006)	Sentimiento de expresar enojo Sintiendo enojo	Temperamento Reacción	Control de enojo contenido Control de enojo manifiesto Enojo Manifiesto Enojo Contenido

Tomando en cuenta los valores descriptivos de cada factor se puede observar que en la tabla 5 el primer factor Sentimiento de expresar enojo, presenta un sesgo y curtosis muy elevado, lo que indica que las puntuaciones de este factor no se distribuyen conforme la curva normal. Esto obedece a que este

factor denota el enojo estado, que habitualmente obtiene puntuaciones muy bajas al momento de contestar la escala, en un ambiente neutro y relajado. El resto de los factores presenta valores descriptivos que indican una distribución cercana a la curva normal.

Tabla 5
Valores mínimos máximos, media y desviación estándar de factores del Inventario de Expresión de Enojo

Factor	Mínimo	Máximo	Media	Desv. estándar	Sesgo	Curtosis
Sentimiento de expresar enojo	5	20	5.66	2.06	4.513	23.214
Sintiendo Enojo	5	20	6.78	2.94	2.014	4.039
Enojo Rasgo Temperamento	5	20	9.53	3.77	0.787	-0.132
Control de Enojo Contenido	6	24	17.64	4.61	-0.497	-0.334
Control de Enojo manifiesto	8	24	16.44	3.27	-0.128	-0.699
Enojo Manifiesto	5	20	10.41	3.12	0.563	0.042
Enojo Contenido	3	12	6.09	2.43	0.698	-0.230
Enojo Rasgo Reacción	4	16	8.45	2.97	0.845	0.165

Al realizar la estimación de la distribución de los puntajes en rangos percentiles, separando las muestras de hipertensos y normotensos, se puede observar que éstos varían ligeramente, siendo más altos los rangos obtenidos en la muestra de hipertensos, salvo en los factores de control de enojo manifiesto y contenido, donde el rango es más bajo en la muestra de hipertensos que la muestra de los normotensos (ver tabla 6).

Tabla 6
Rangos percentiles de cada factor del Inventario de Expresión de Enojo, por muestra de personas con y sin hipertensión

Rango percentil	25		50		75	
	Hiper	Normo	Hiper	Normo	Hiper	Normo
Sentimiento de expresar enojo	5	5	5	5	5	5
Sintiendo Enojo	5	5	5	5	8	8
Enojo Rasgo Temperamento	7	6	10	8	13	11
Control de Enojo Contenido	14	15	18	18	21	22
Control de Enojo manifiesto	14	14	16	17	18.5	19
Enojo Manifiesto	8	8	10	10	13	12
Enojo Contenido	4.5	4	6	5	8	7
Enojo Rasgo Reacción	7	6	8	8	11	9

Los factores presentan entre sí correlaciones que van de moderadas a bajas, (ver tabla 7) lo que indica ausencia de redundancia conceptual, cada factor mide un constructo diferente aunque, en algunos casos los factores están relacionados moderadamente, por ejemplo rasgo reacción y rasgo temperamento.

Al establecer correlaciones entre factores por muestra, las correlaciones que se obtienen en la muestra de hipertensos, son ligeramente mas altas que en la población normotensa. En la muestra de hipertensos, se presentan correlaciones medias entre el factor rasgo temperamento con los factores de enojo contenido y de enojo manifiesto. Los factores de control de enojo contenido y control de enojo manifiesto presentan correlaciones negativas con los demás factores, lo que muestra una congruencia teórica conforme el modelo con que fue diseñada la escala.

La correlación entre los factores de rasgo (temperamento y reacción) es de 0.60, en ambas muestras. En cambio las correlaciones entre el factor enojo manifiesto y enojo contenido son diferentes; en la muestra de hipertensos es de 0.43, mientras que en la de normotensos es de 0.18, lo que marca una diferencia substancial en cuanto a la expresión de enojo en ambas muestras. No existe correlación entre el factor sintiendo enojo y los factores enojo contenido y manifiesto en la muestra de personas normotensos.

Tabla 7
Correlaciones entre factores del Inventario de Expresión de Enojo

Factor	Sintiendo Enojo	Rasgo Temperamento	Control de Enojo Contenido	Control de Enojo manifiesto	Enojo Manifiesto	Enojo Contenido	Rasgo Reacción
Normotensos							
Sentimiento de expresar Enojo	0.512**	0.176*	-0.111	-0.143*	0.144*	0.174*	0.052
Sintiendo Enojo		0.305**	-0.086	-0.230**	0.128	0.059	0.158*
Rasgo Temperamento			-0.325**	-0.466**	0.435**	0.380**	0.600**
Control de Enojo Contenido				0.526**	-0.220**	-0.278**	-0.223**
Control de Enojo manifiesto					-0.334**	-0.185**	-0.349**
Enojo Manifiesto						0.186**	0.326**
Enojo Contenido							0.458**
Hipertensos							
Sentimiento de expresar Enojo	0.414**	0.363**	0.017	-0.193*	0.304**	0.334**	0.368**
Sintiendo Enojo		0.351**	-0.188*	-0.293**	0.246**	0.217**	0.317**
Rasgo Temperamento			-0.339**	-0.504**	0.534**	0.549**	0.606**
Control de Enojo Contenido				0.420**	-0.095	-0.114	-0.248**
Control de Enojo manifiesto					-0.337**	-0.174*	-0.333**
Enojo Manifiesto						0.434**	0.592**
Enojo Contenido							0.531**

** Significativo al 0.01

* Significativo al 0.05

4.2 Estilo de enfrentamiento, ansiedad, manejo del enojo y conducta tipo A, en hipertensos y normotensos

Es este apartado, se presentan los resultados obtenidos de la medición de las variables de estudio a los 350 participantes, para cumplir los objetivos de estudio propuestos No. 1, 2, 3, y 4 que se refieren a Identificar el estilo de enfrentamiento, el manejo del enojo, el nivel de ansiedad, y la conducta tipo A, que presentan personas con hipertensión arterial esencial y personas con niveles normales de presión sanguínea (normotensos), establecer diferencias entre hipertensos y normotensos, por sexo, y por rango de edad. Finalmente establecer una jerarquía de las dimensiones evaluadas en cuanto a valor predictivo de la hipertensión.

4.2.1. Características biológicas y físicas de los participantes

Antes empezar la presentación de las mediciones de las variables psicológicas, es importante identificar las características biológicas (presión sanguínea, enfermedades asociadas, así como algunos síntomas reportados) y físicas (peso, estatura, índice de masa corporal) que presentan los participantes del estudio, principalmente la muestra constituida por personas con hipertensión arterial. Lo que permitirá establecer la identificación y asociación con las variables psicológicas evaluadas.

Conforme las respuestas realizadas por las personas con hipertensión, una parte de ellos tienen, además, diabetes (31 sujetos) lo que representa un 22.2% en mujeres y 18.3% en hombres. Todos han tenido o tienen niveles altos de colesterol o triglicéridos.

La presión arterial de los hipertensos presenta un nivel ligeramente arriba de lo normal, hay que tomar en cuenta que estos pacientes están bajo tratamiento médico, por lo que relativamente están controlados. En el caso de los normotensos se presentan valores de presión sanguínea adecuados, debido a que tener una presión dentro de lo normal era un criterio de inclusión para el estudio. La presión promedio en los hipertensos es de 140/80, con una dispersión muy grande. En promedio tienen ocho años de haber sido diagnosticados como hipertensos; este diagnóstico se dio en promedio cuando tenían 44 años.

Comparando la edad y la estatura de ambas muestras, el promedio en ambas es similar. Donde hay una diferencia substantiva es en el peso, el promedio es mucho mayor en los hipertensos. Esto contribuye a que el índice de masa muscular IMC sea mayor en los hipertensos (ver tabla 8).

Tabla 8
Características físicas de las personas entrevistadas

	N	Mínimo	Máximo	Promedio	Desv. Estándar
Normotenso					
Edad	200	35	65	48.08	8.2
Estatura	170	1.45	1.86	1.63	.089
Peso	170	42.00	104.00	66.97	12.35
Índice de masa corporal IMC	170	17.6	37.3	25.09	3.27
Hipertenso					
Edad	150	35	65	50.88	9.2
Estatura	135	1.40	1.83	1.61	.094
Peso	136	45.00	112.00	73.80	12.82
Índice de masa corporal IMC	135	18.9	43.0	28.38	4.147
Presión sistólica	110	102	198	140.08	18.38
Presión diastólica	110	58	210	88.11	18.23
Años de diagnosticado	92	0	20	8.18	5.88
Edad de diagnóstico	92	25	64	44.55	7.50

El índice de masa muscular, se construye con respecto al peso y estatura, donde un índice de 25 indica un peso normal, cuando el índice está entre 26 y 28 presentan sobrepeso, y mayor a 28 es obesidad. Tomando como base estos criterios, se puede observar que las personas con hipertensión presentan un índice de masa corporal mayor que las normotensas, en los hombres hipertensos la obesidad es proporcionalmente mayor a la de mujeres hipertensas y mucho mayor con respecto a los normotensos (ver tabla 9).

Tabla 9
Índice de masa corporal en personas con y sin hipertensión

	IMC	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Hipertenso	Peso normal	23	29.9	18	31.6	41	30.6
	Sobrepeso	32	41.6	19	33.3	51	38.1
	Obesidad	22	28.6	20	35.1	42	31.3
	Total	77	100.0	57	100.0	134	100.0
Normotenso	Peso normal	63	68.5	46	59.0	109	64.1
	Sobrepeso	25	27.2	25	32.1	50	29.4
	Obesidad	4	4.3	7	9.0	11	6.5
	Total	92	100.0	78	100.0	170	100.0

Se preguntó a los pacientes, ¿cuánto tiempo tiene de haber sido diagnosticado con hipertensión?, 91 pacientes pudieron recordar este dato. De ellos, el 45% de mujeres tiene el diagnóstico de entre 7 a 10 años, y en el caso de los hombres el 60% tienen un diagnóstico de entre 1 a 6 años (ver tabla 10).

Tabla 10
Años de diagnóstico en personas con hipertensión

Rango de Diagnóstico	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
1 a 6 años	14	25.0	21	60.0	35	38.5
7 a 10 años	25	44.6	6	17.1	31	34.1
11 a 20 años	17	30.4	8	22.9	25	27.5
Total	56	100.0	35	100.0	91	100.0

Se clasificó a los pacientes conforme la presión arterial que presentaban al final de la entrevista de la devolución del estudio: un 34% presenta niveles normales de presión arterial, un 52% están en etapa 1 ó etapa 2, y sólo un 13% se encuentra en etapa 3, la distribución porcentual es similar, tanto en hombres como en mujeres (ver tabla 11).

Tabla 11
Nivel de presión arterial de personas con hipertensión

Etapa de Hipertensión	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Normal	24	35.3	14	33.3	38	34.5
Etapa 1	30	44.1	17	40.5	47	42.7
Etapa 2	8	11.8	3	7.1	11	10.0
Etapa 3	6	8.8	8	19.0	14	12.7
Total	68	100.0	42	100.0	110	100.0

4.3.1 Medición del Estilo de Enfrentamiento

Para medir el estilo de enfrentamiento hacia los problemas que tienen los participantes entrevistados se utilizó la Escala Multidimensional Multisituacional de los Estilos de Enfrentamiento (EMMEE) diseñada por Reyes Lagunes (2000), la cual aborda por separado problemas hacia el trabajo, los amigos, familia, salud, pareja, los cuales son considerados como estado y problemas hacia la vida que es considerado como rasgo. Cada uno de estos aspectos está dividido en

diferentes factores o estilos denominados directo, revalorativo, directo revalorativo, evasivo, y emocional negativo. Los puntajes en cada factor han sido estandarizados en un rango de 1 a 7, para su mejor interpretación, donde puntajes mayores indican más del atributo que se está midiendo.

En la tabla 12 se muestran los valores promedio y desviación estándar obtenida por ambas muestras, a efecto de tener los parámetros de cada población en la escala de enfrentamiento. En ella se puede observar que los estilos de enfrentamiento directo revalorativo y directo, tienen los puntajes promedio más altos, tomando en cuenta que la media teórica es de 3.5; por el contrario el estilo emocional negativo y el estilo evasivo, presentan puntajes promedio menores.

Tabla 12
Puntuaciones promedio de los estilos de enfrentamiento en personas con y sin hipertensión

		Hipertensos		Normotensos	
	Factor	Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar
Familia	Directo Revalorativo	5.94	1.02	5.83	0.91
	Emocional	4.93	1.54	4.05	1.44
	Evasivo	3.65	1.38	2.93	1.30
Pareja	Directo Revalorativo	5.57	1.19	5.65	0.96
	Emocional	4.60	1.58	3.81	1.38
	Evasivo	3.54	1.45	3.04	1.27
Amigos	Directo	5.41	1.51	5.61	1.25
	Revalorativo	5.44	1.22	5.19	1.30
	Emocional	3.86	1.55	3.04	1.32
	Evasivo	3.74	1.54	2.85	1.37
Trabajo	Directo	5.80	1.00	5.62	0.92
	Emocional	4.65	1.64	3.86	1.46
	Evasivo	3.83	1.39	3.27	1.32
Salud	Directo	5.54	1.10	4.65	1.21
	Revalorativo	4.94	1.34	4.35	1.30
	Evasivo	4.16	1.39	3.41	1.35
Vida	Revalorativo	5.81	1.05	5.91	0.95
	Emocional	5.17	1.64	4.16	1.54
	Evasivo	4.03	1.51	3.32	1.43

4.3.2 Comparaciones en el enfrentamiento entre hipertensos y normotensos

Se presentan a continuación comparaciones entre las muestras de hipertensos y normotensos en el estilo de enfrentamiento. Primero se realizó la comparación de promedios de los puntajes obtenidos por los entrevistados hipertensos y los normotensos, incluyendo al total de entrevistados, empleando para ello el estadístico t de Student. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el enfrentamiento hacia los problemas en la salud, pareja, familia, amigos trabajo y vida en los estilos evasivo y emocional, donde los hipertensos presentan puntajes mayores que los normotensos (ver tabla 13); es decir, los hipertensos son característicamente más evasivos y emocionales que los normotensos.

Por el contrario, los estilos directo, revalorativo y directo revalorativo, no muestran una tendencia específica con respecto a alguno de los grupos estudiados. En la mayoría de los casos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, salvo en el enfrentamiento a los problemas de salud, donde se presenta un situación interesante; los hipertensos son más directos y revalorativos que los normotensos, situación, que pareciera una contradicción, pues es clara su tendencia a ser evasivos y emocionales. Esta situación peculiar se puede explicar porque los entrevistados hipertensos, se reconocen con una enfermedad, se encuentran bajo tratamiento, una buena parte de estos entrevistados acudía al médico para controlar una crisis hipertensiva, por lo que al momento de la entrevista, resultaba obvio su interés por mejorar su condición de salud.

Tabla 13
Comparación del estilo de enfrentamiento en personas con y sin hipertensión

	Factor	Hipertensos		Normotensos		t de student	Grados de libertad	Prob.
		Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar			
Directo	Salud	5.54	1.10	4.65	1.21	7.10	348	0.00
	Amigos	5.41	1.51	5.61	1.25	-1.31	264	0.19
	Trabajo	5.80	1.00	5.62	0.92	1.60	315	0.11
Revalorativo	Salud	4.94	1.34	4.35	1.30	4.16	348	0.00
	Amigos	5.44	1.22	5.19	1.30	1.79	338	0.07
Directo revalorativo	Pareja	5.57	1.19	5.65	0.96	-0.66	238	0.51
	Familia	5.94	1.02	5.83	0.91	1.05	344	0.30
	Vida	5.81	1.05	5.91	0.95	-0.85	348	0.39
Evasivo	Salud	4.16	1.39	3.41	1.35	5.05	348	0.00
	Pareja	3.54	1.45	3.04	1.27	3.34	324	0.00
	Familia	3.65	1.38	2.93	1.30	4.93	344	0.00
	Amigos	3.74	1.54	2.85	1.37	5.62	338	0.00
	Trabajo	3.83	1.39	3.27	1.32	3.60	315	0.00
	Vida	4.03	1.51	3.32	1.43	4.52	348	0.00
Emocional	Pareja	4.60	1.58	3.81	1.38	4.82	324	0.00
	Familia	4.93	1.54	4.05	1.44	5.47	344	0.00
	Amigos	3.86	1.55	3.04	1.32	5.14	271	0.00
	Trabajo	4.65	1.64	3.86	1.46	4.49	315	0.00
	Vida	5.17	1.64	4.16	1.54	5.86	347	0.00

4.3.3 Comparaciones por sexo

Uno de los objetivos del presente trabajo es identificar si existen diferencias por sexo en las personas con hipertensión y sin hipertensión, para cumplir este objetivo, a continuación se presentan las comparaciones por sexo.

En primer lugar se procedió a comparar los factores del inventario de enfrentamiento entre mujeres y hombres, por grupo de normotensos o hipertensos. En el caso de las personas normotensas, se puede observar que los promedios en los factores directo y directo revalorativo son más altos en los hombres, por el contrario los promedios de los factores evasivo y emocional negativo son mas altos en las mujeres (ver tabla 14). Cabe señalar que se

presentaron diferencias estadísticamente significativas en los factores de estilo directo revalorativo y en los de emocional negativo.

Tabla 14
Comparación del estilo de enfrentamiento entre hombres y mujeres normotensos

	Factor	Mujeres		Hombres		t de student	Grados de libertad	Prob.
		Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar			
Directo	Salud	4.53	1.26	4.76	1.16	-1.37	198	0.17
	Amigos	5.52	1.39	5.70	1.09	-1.06	197	0.29
	Trabajo	5.49	0.99	5.75	0.83	-1.99	193	0.05
Revalorativo	Salud	4.33	1.22	4.37	1.38	-0.24	198	0.81
	Amigos	5.07	1.33	5.32	1.26	-1.38	197	0.17
Directo revalorativo	Pareja	5.47	1.03	5.82	0.85	-2.59	193	0.01
	Familia	5.71	1.02	5.96	0.78	-1.95	198	0.05
	Vida	5.76	1.10	6.05	0.75	-2.20	198	0.03
Evasivo	Salud	3.62	1.39	3.20	1.28	2.22	198	0.03
	Pareja	3.14	1.24	2.94	1.31	1.07	193	0.28
	Familia	3.07	1.20	2.79	1.39	1.55	198	0.12
	Amigos	2.90	1.42	2.80	1.32	0.50	197	0.62
	Trabajo	3.30	1.31	3.24	1.35	0.32	193	0.75
	Vida	3.44	1.45	3.20	1.41	1.23	198	0.22
Emocional	Pareja	4.16	1.32	3.46	1.35	3.70	193	0.00
	Familia	4.54	1.33	3.56	1.39	5.09	198	0.00
	Amigos	3.13	1.32	2.95	1.32	0.96	197	0.34
	Trabajo	4.09	1.40	3.63	1.49	2.22	193	0.03
	Vida	4.48	1.49	3.84	1.53	2.98	197	0.00

En el caso de la muestra de personas con hipertensión, las mujeres presentan promedios superiores que los hombres en los factores directo y director revalorativo ante los problemas de la salud y con la familia, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas. En el estilo emocional negativo, los puntajes de las mujeres son más altos y estadísticamente significativos que los puntajes de los hombres (ver tabla 15). Resulta interesante señalar que los puntajes de los hombres y mujeres con hipertensión en el estilo evasivo y el estilo emocional negativo están por arriba de los cinco puntos mayores que los promedios de los normotensos.

Tabla 15
Comparación del estilo de enfrentamiento entre hombres y mujeres con hipertensión

	Factor	Mujeres		Hombres		t de student	Grados de libertad	Prob.
		Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar			
Directo	Salud	5.63	1.12	5.41	1.07	1.19	148	0.23
	Amigos	5.32	1.52	5.53	1.50	-0.80	139	0.42
	Trabajo	5.78	1.03	5.81	0.97	-0.14	120	0.89
Revalorativo	Salud	5.09	1.32	4.73	1.35	1.60	148	0.11
	Amigos	5.34	1.29	5.59	1.12	-1.17	139	0.24
Directo revalorativo	Pareja	5.55	1.23	5.59	1.14	-0.23	129	0.82
	Familia	5.99	1.05	5.86	0.98	0.72	144	0.47
	Vida	5.77	1.07	5.88	1.01	-0.64	148	0.52
Evasivo	Salud	4.30	1.41	3.94	1.32	1.60	148	0.11
	Pareja	3.64	1.51	3.43	1.37	0.80	129	0.43
	Familia	3.77	1.42	3.46	1.31	1.33	144	0.19
	Amigos	3.63	1.56	3.90	1.49	-1.04	139	0.30
	Trabajo	3.87	1.43	3.78	1.34	0.35	120	0.73
	Vida	4.01	1.55	4.07	1.47	-0.22	148	0.83
Emocional	Pareja	5.05	1.53	4.06	1.48	3.73	129	0.00
	Familia	5.36	1.30	4.27	1.65	4.46	144	0.00
	Amigos	4.08	1.44	3.55	1.66	2.02	139	0.05
	Trabajo	4.76	1.70	4.51	1.56	0.84	120	0.40
	Vida	5.41	1.53	4.80	1.75	2.22	148	0.03

Al comparar mujeres con y sin hipertensión, se observa la misma la tendencia de la muestra total, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los estilos emocional negativo y evasivo, en el enfrentamiento a los problemas hacia la salud, la pareja, la familia, amigos, trabajo, y hacia la vida, donde las mujeres con hipertensión presentan puntajes promedio mas elevados que su contraparte normotensa (ver tabla 16).

Tabla 16
Comparación del estilo de enfrentamiento entre mujeres con y sin hipertensión

	Factor	Hipertensos		Normotensos		t de Student	Grados de libertad	Prob.
		Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar			
Directo	Salud	5.63	1.12	4.53	1.26	6.38	188	0.00
	Amigos	5.32	1.52	5.52	1.39	-0.91	181	0.37
	Trabajo	5.78	1.03	5.49	0.99	1.86	161	0.06
Revalorativo	Salud	5.09	1.32	4.33	1.22	4.10	188	0.00
	Amigos	5.34	1.29	5.07	1.33	1.42	181	0.16
Directo revalorativo	Pareja	5.55	1.23	5.47	1.03	0.42	166	0.67
	Familia	5.99	1.05	5.71	1.02	1.88	186	0.06
	Vida	5.77	1.07	5.76	1.10	0.07	188	0.95
Evasivo	Salud	4.30	1.41	3.62	1.39	3.35	188	0.00
	Pareja	3.64	1.51	3.14	1.24	2.35	166	0.02
	Familia	3.77	1.42	3.07	1.20	3.65	186	0.00
	Amigos	3.63	1.56	2.90	1.42	3.30	181	0.00
	Trabajo	3.87	1.43	3.30	1.31	2.63	161	0.01
	Vida	4.01	1.55	3.44	1.45	2.62	188	0.01
Emocional	Pareja	5.05	1.53	4.16	1.32	4.01	166	0.00
	Familia	5.36	1.30	4.54	1.33	4.29	186	0.00
	Amigos	4.08	1.44	3.13	1.32	4.67	181	0.00
	Trabajo	4.76	1.70	4.09	1.40	2.74	161	0.01
	Vida	5.41	1.53	4.48	1.49	4.20	187	0.00

En el estilo de enfrentamiento a los problemas hacia la salud, las mujeres con hipertensión son más de estilo directo y revalorativas que las mujeres normotensas, situación que como se había sostenido, puede ser producto de que las personas con hipertensión, estén más conscientes de los problemas de salud que tienen, aun así predomina el estilo evasivo en la salud, donde el promedio obtenido en esta área es mayor que las mujeres normotensas.

Sobre el estilo de enfrentamiento en los hombres, en todas las dimensiones emocional negativa y evasivo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas, lo que indica que al igual que las mujeres con hipertensión, los hombres hipertensos se caracterizan por ser más emocionales

negativos y evasivos que los normotensos, los cuales tienden a ser más directos (ver tabla 17).

En cuanto a los problemas con la salud, el estilo de los hombres con hipertensión, al igual que las mujeres con hipertensión también es directo, esta situación puede interpretarse porque al estar enfermos están en un tránsito de evasivo a directos en cuanto a la salud.

Cabe destacar, que a pesar de que no existen diferencias estadísticamente significativas, los hombres normotensos son de estilo directo revalorativo hacia la pareja y la vida, en donde sus promedios son superiores al de los hipertensos.

Tabla 17
Comparación del estilo de enfrentamiento entre hombres con y sin hipertensión

	Factor	Hipertensos		Normotensos		t de student	Grados de libertad	Prob.
		Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar			
Directo	Salud	5.41	1.07	4.76	1.16	3.51	158	0.00
	Amigos	5.53	1.50	5.70	1.09	-0.77	92	0.44
	Trabajo	5.81	0.97	5.75	0.83	0.43	152	0.67
Revalorativo	Salud	4.73	1.35	4.37	1.38	1.59	158	0.11
	Amigos	5.59	1.12	5.32	1.26	1.33	155	0.18
Directo revalorativo	Pareja	5.59	1.14	5.82	0.85	-1.34	96	0.18
	Familia	5.86	0.98	5.96	0.78	-0.64	156	0.52
	Vida	5.88	1.01	6.05	0.75	-1.23	158	0.22
Evasivo	Salud	3.94	1.32	3.20	1.28	3.47	158	0.00
	Pareja	3.43	1.37	2.94	1.31	2.25	156	0.03
	Familia	3.46	1.31	2.79	1.39	3.00	156	0.00
	Amigos	3.90	1.49	2.80	1.32	4.81	155	0.00
	Trabajo	3.78	1.34	3.24	1.35	2.38	152	0.02
	Vida	4.07	1.47	3.20	1.41	3.73	158	0.00
Emocional	Pareja	4.06	1.48	3.46	1.35	2.62	156	0.01
	Familia	4.27	1.65	3.56	1.39	2.92	156	0.00
	Amigos	3.55	1.66	2.95	1.32	2.37	99	0.02
	Trabajo	4.51	1.56	3.63	1.49	3.43	152	0.00
	Vida	4.80	1.75	3.84	1.53	3.65	158	0.00

4.3.4 Diferencias por rangos de edad

Al efectuar un análisis estratificado por edad de los diversos componentes estudiados, se puede observar que existen diferencias de acuerdo a cada rango de edad. En el rango de 35 a 45 años, se encontró diferencias significativas en el estilo de enfrentamiento evasivo y emocional, donde el hipertenso en este rango de edad es primordialmente más emocional negativo y evasivo que el normotenso, salvo en los problemas con la pareja y el trabajo, donde no se encontraron diferencias significativas. Con respecto a la salud, los hipertensos son más directos que los normotensos, pero no así en el estilo revalorativo, donde no existieron diferencias entre ambos grupos (ver tabla 18).

Tabla 18
Comparación en el estilo de enfrentamiento por edad entre 35 a 45 años

	Factor	Hipertensos		Normotensos		t de Student	Grados de libertad	Prob.
		Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar			
Directo	Salud	5.38	1.28	4.77	1.11	2.90	132	0.00
	Amigos	5.74	1.31	5.73	1.04	0.01	131	0.99
	Trabajo	5.93	0.99	5.67	0.92	1.51	127	0.13
Revalorativo	Salud	4.70	1.49	4.25	1.27	1.86	132	0.06
	Amigos	5.61	1.20	5.28	1.19	1.54	131	0.13
Directo revalorativo	Pareja	5.86	0.90	5.68	0.99	1.07	130	0.29
	Familia	6.01	1.01	5.88	1.00	0.74	132	0.46
	Vida	5.92	1.07	5.90	0.96	0.11	132	0.91
Evasivo	Salud	3.98	1.21	3.46	1.38	2.21	132	0.03
	Pareja	3.28	1.58	2.97	1.28	1.23	130	0.22
	Familia	3.65	1.42	2.79	1.15	3.59	87	0.00
	Amigos	3.67	1.62	2.61	1.23	4.26	131	0.00
	Trabajo	3.66	1.62	3.13	1.25	1.94	80	0.06
	Vida	3.84	1.64	3.24	1.35	2.31	132	0.02
Emocional	Pareja	4.40	1.63	3.81	1.36	2.21	130	0.03
	Familia	4.91	1.58	4.19	1.58	2.54	132	0.01
	Amigos	3.91	1.68	3.25	1.39	2.43	131	0.02
	Trabajo	4.68	1.59	3.83	1.44	3.11	127	0.00
	Vida	5.27	1.75	4.23	1.47	3.69	131	0.00

En el rango de 46 a 55 años, se muestra una diferencia sustantiva con respecto al estilo evasivo en comparación con la muestra general o la estratificación por sexo. En este rango de edad no se encontraron diferencias significativas en el estilo evasivo hacia la familia, los amigos, el trabajo y la vida, cabe señalar que este último se toma como rasgo, lo que implica que los hipertensos en esta edad no presentan este estilo, sólo en los problemas con la pareja y en la salud (ver tabla 19).

Otra característica diferente en este rango de edad es que no hay diferencias estadísticamente significativas en el estilo de enfrentamiento emocional negativo hacia el trabajo. Si bien la media en los hipertensos es ligeramente mayor que los normotensos, la dispersión de datos que se observa en la desviación estándar de ambas muestras es amplia.

Tabla 19
Comparación en el estilo de enfrentamiento por edad entre 46 a 55 años

	Factor	Hipertensos		Normotensos		t de student	Grados de libertad	Prob.
		Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar			
Directo	Salud	5.52	0.99	4.39	1.31	5.24	114	0.00
	Amigos	5.44	1.55	5.51	1.33	-0.23	109	0.82
	Trabajo	5.69	1.01	5.54	1.01	0.76	106	0.45
Revalorativo	Salud	4.92	1.29	4.21	1.31	2.88	114	0.00
	Amigos	5.36	1.19	5.07	1.29	1.17	109	0.24
Directo revalorativo	Pareja	5.61	1.06	5.55	1.06	0.28	110	0.78
	Familia	5.91	0.99	5.70	0.92	1.17	112	0.24
	Vida	5.79	0.98	5.83	1.01	-0.19	114	0.85
Evasivo	Salud	4.27	1.35	3.44	1.27	3.37	114	0.00
	Pareja	3.63	1.25	3.15	1.19	2.06	110	0.04
	Familia	3.46	1.27	3.03	1.29	1.75	112	0.08
	Amigos	3.53	1.42	3.08	1.47	1.61	109	0.11
	Trabajo	3.76	1.13	3.47	1.33	1.18	106	0.24
	Vida	3.76	1.28	3.56	1.30	0.79	114	0.43
Emocional	Pareja	4.68	1.55	3.81	1.26	3.29	110	0.00
	Familia	4.78	1.56	3.98	1.31	2.93	112	0.00
	Amigos	3.57	1.32	2.80	1.23	3.15	109	0.00
	Trabajo	4.34	1.52	3.94	1.46	1.37	106	0.17
	Vida	4.94	1.68	4.25	1.50	2.32	114	0.02

Finalmente, en el estrato de edad de 56 a 65 años, se encontró diferencias significativas en el estilo de enfrentamiento evasivo y emocional, donde el hipertenso en este rango de edad es primordialmente más emocional negativo y evasivo que el normotenso (ver tabla 20).

Tabla 20
Comparación en el estilo de enfrentamiento por edad entre 55 a 65 años

	Factor	Hipertensos		Normotensos		t de student	Grados de libertad	Prob.
		Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar			
Directo	Salud	5.73	1.00	4.78	1.20	4.30	98	0.00
	Amigos	5.02	1.61	5.55	1.45	-1.68	91	0.10
	Trabajo	5.74	1.01	5.64	0.81	0.45	78	0.65
Revalorativo	Salud	5.22	1.21	4.70	1.32	2.04	98	0.04
	Amigos	5.35	1.30	5.21	1.48	0.50	94	0.62
Directo revalorativo	Pareja	5.07	1.57	5.73	0.75	-2.28	42	0.03
	Familia	5.90	1.08	5.93	0.74	-0.15	83	0.88
	Vida	5.73	1.10	6.01	0.87	-1.44	93	0.15
Evasivo	Salud	4.22	1.58	3.30	1.41	3.10	98	0.00
	Pareja	3.83	1.49	3.00	1.38	2.57	80	0.01
	Familia	3.84	1.44	3.02	1.55	2.70	96	0.01
	Amigos	4.02	1.54	2.95	1.41	3.57	94	0.00
	Trabajo	4.20	1.28	3.24	1.43	3.04	78	0.00
	Vida	4.51	1.51	3.13	1.69	4.29	98	0.00
Emocional	Pareja	4.80	1.56	3.79	1.56	2.88	80	0.01
	Familia	5.10	1.48	3.89	1.38	4.22	96	0.00
	Amigos	4.11	1.59	3.01	1.30	3.73	94	0.00
	Trabajo	5.03	1.83	3.79	1.52	3.30	78	0.00
	Vida	5.29	1.51	3.92	1.73	4.22	98	0.00

4.4 Medición de Ansiedad y Conducta Tipo A

Para medir la ansiedad, se utilizó el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE) diseñado por Spielberger y Díaz-Guerrero (1991), que tiene dos factores denominados ansiedad estado y ansiedad rasgo. Las respuestas están en puntajes de 1 a 4 y previa remodificación de los reactivos que están en

sentido inverso al atributo a medir, se suman todos los reactivos. Los datos que a continuación se presentan son las puntuaciones naturales.

Para medir la conducta tipo A, se utilizó el Cuestionario sobre conducta tipo A, para población adulta, diseñado por Reynoso y Seligson (2002), el cual consta de veinte preguntas. En la tabla 21 se muestran los valores promedio y la desviación estándar obtenida por ambas muestras, a efecto de tener los parámetros de cada población en las escalas de ansiedad y conducta tipo A. En cuanto al nivel de ansiedad, se encontraron diferencias estadísticamente significativas, donde la muestra de hipertensos presenta una media mayor tanto en ansiedad estado como en ansiedad rasgo.

Tabla 21
Comparación en la ansiedad y la conducta tipo A en personas con y sin hipertensión

Factor	Hipertensos		Normotensos		t de student	Grados de libertad	Prob.	
	Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar				
Ansiedad	Estado	40.93	13.13	36.03	10.54	3.75	279	0.00
	Rasgo	45.05	10.62	37.67	8.44	7.02	277	0.00
Conducta tipo A		46.23	6.55	44.41	6.24	2.29	284	0.00

Con respecto a la conducta tipo A, se encontraron diferencias estadísticamente significativas, observándose un promedio mayor en las personas con hipertensión que las personas con niveles normales de presión arterial. Cabe señalar que el instrumento que se empleó sirve para identificar si se tiene o no conducta tipo A; y por otra parte, este instrumento contiene siete preguntas que se refieren a aspectos de evaluación sobre el trabajo, esto representó un problema de medición pues, como se mencionó en la descripción de la muestra de personas con hipertensión, algunos de ellos, son amas de casa, o por su edad están jubilados y no trabajan, por lo que no contestaron estas siete preguntas. De esta forma se computó sólo las 14 preguntas restantes, construyendo así un indicador de tipo A con la suma de las

respuestas. Se tomó como criterio para clasificar a las personas con conducta tipo A, cuando se presentaron puntajes iguales o mayores a una desviación estándar arriba de la media.

De acuerdo a esta medición 45 de 133 hipertensos son clasificados como tipo A, lo que representa un 33.8%, de la muestra de hipertensos, mientras que un porcentaje menor 22.8% de los normotensos (45 de 197), presentan puntajes que indican conducta tipo A. ($\chi^2 = 4.836$, gl. 1, $p = 0.028$).

1.4.1 Diferencias por sexo

Al realizar la comparación de los puntajes obtenidos entre hombres y mujeres separando sí pertenecen al grupo de hipertensos o de normotensos, no se encontró diferencias estadísticamente significativas en ambos casos, se puede observar que las mujeres tiene puntuaciones ligeramente más altas que los hombres (ver tabla 22). En el caso de las personas con hipertensión todos los puntajes se incrementan considerablemente con respecto a los puntajes de las personas normotensas.

Tabla 22

Comparación de ansiedad y conducta tipo A entre mujeres y hombres

Normotensos								
Factor	Mujeres		Hombres		t de student	Grados de libertad	Prob.	
	Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar				
Ansiedad Estado	36.43	10.76	35.63	10.35	0.54	198	0.59	
Ansiedad Rasgo	38.48	7.98	36.85	8.84	1.37	198	0.17	
Conducta tipo A	44.73	5.92	44.09	6.56	0.70	188	0.48	
Hipertensos								
Factor	Mujeres		Hombres		t de student	Grados de libertad	Prob.	
	Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar				
Ansiedad Estado	41.53	14.35	40.02	11.09	0.69	148	0.49	
Ansiedad Rasgo	45.11	11.17	44.97	9.82	0.08	148	0.94	
Conducta tipo A	46.26	7.12	46.20	6.06	0.05	94	0.96	

Al realizar comparación estratificando el sexo, las mujeres con hipertensión, muestran una por medio mayor, tanto en ansiedad estado como en ansiedad rasgo (ver tabla 23). En el manejo del enojo y la conducta tipo A, no hubo diferencias significativas, aunque se puede observar que el puntaje promedio es más alto en las mujeres con hipertensión.

Con respecto a la ansiedad en los hombres, al igual que las mujeres, los hombres hipertensos muestran promedios más altos de ansiedad estado y rasgo que los normotensos. En cuanto a la conducta tipo A, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, aunque persiste la tendencia de mayor puntaje en la muestra de hombres con hipertensión.

Tabla 23
Comparación de ansiedad y conducta tipo A, entre hipertensos y normotensos por sexo

Factor	Hipertensos		Normotensos		t de Student	Grados de libertad	Prob.	
	Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar				
Mujeres								
Ansiedad	Estado	41.53	14.35	36.43	10.76	2.75	164	0.01
	Rasgo	45.11	11.17	38.48	7.98	4.66	159	0.00
Conducta tipo A		46.26	7.12	44.73	5.92	1.34	137	0.18
Hombres								
Ansiedad	Estado	40.02	11.09	35.63	10.35	2.53	158	0.01
	Rasgo	44.97	9.82	36.85	8.84	5.39	158	0.00
Conducta tipo A		46.20	6.06	44.09	6.56	1.89	145	0.06

1.4.2 Diferencias por rangos de edad

Se presentan algunas diferencias al realizar comparaciones por rango de edad, en la ansiedad y conducta tipo A. En el rango de 35 a 45 años es donde se presentan marcadas diferencias; las personas con hipertensión tienen puntajes mayores en ansiedad estado, rasgo y conducta tipo A. Conforme se avanza en el rango de edad, el puntaje promedio del indicador ansiedad estado en las personas con hipertensión, no es tan distante del puntaje de las personas normotensas. En el rango de 46 a 55 años no se encuentran diferencias significativas, y aunque si las hay en el rango de 46 a 65, la significatividad es mínima. Con respecto a la conducta tipo A, sólo en el rango de edad de 35 a 45 años se encontró que los hipertensos difieren significativamente de los normotensos (ver tabla 24).

Resulta interesante notar que el porcentaje de personas clasificadas como tipo A, va disminuyendo conforme el estrato de edad es mayor; 36.7% en hipertensos contra 25.3% de los normotensos, en el rango de 35 a 45 años; 34.85% contra 26.25%, en el rango de 46 a 55 años y 28.9% vs. 14.3%, en el rango de 56 a 65 años.

Tabla 24
Comparación de ansiedad y conducta tipo A, entre hipertensos y normotensos por rangos de edad

Factor	Hipertensos		Normotensos		t de Student	G de libertad	Prob.	
	Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar				
35 a 45 años								
Ansiedad	Estado	41.22	15.23	34.95	10.67	2.56	78	0.01
	Rasgo	44.32	11.06	37.54	8.79	3.92	132	0.00
tipo A		47.57	6.63	45.15	6.62	1.97	124	0.05
46 a 55 años								
Ansiedad	Estado	40.16	11.72	36.80	11.46	1.55	114	0.12
	Rasgo	43.58	10.32	37.61	8.18	3.37	91	0.00
tipo A		45.27	6.10	44.44	5.83	0.66	93	0.51
56a 65 años								
Ansiedad	Estado	41.40	12.40	36.82	8.98	2.12	89	0.04
	Rasgo	47.26	10.31	37.96	8.33	4.96	94	0.00
tipo A		44.47	6.81	43.13	6.03	0.76	63	0.45

4.5 Medición de la Expresión de Enojo

Se presentan a continuación comparaciones entre las muestras de hipertensos y normotensos en los aspectos evaluados. Al realizar la comparación con todos los entrevistados, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el enojo rasgo temperamento, enojo rasgo reacción y en el factor de enojo contenido, donde los hipertensos presentan puntajes promedio mayores que los normotensos (Ver tabla 25).

Tabla 25
Comparación del manejo del enojo en hipertensos y normotensos

		Hipertensos		Normotensos		t de student	Grados de libertad	Prob.
Factor		Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar			
Estado	Sentimiento de expresar enojo	1.15	0.49	1.12	0.34	0.69	348	0.49
	Sintiendo Enojo	1.42	0.68	1.33	0.51	1.31	265	0.19
Rasgo	Temperamento	2.07	0.79	1.76	0.69	3.87	295	0.00
	Reacción	2.26	0.79	1.98	0.68	3.44	295	0.00
Expresión	Control de Enojo Contenido	2.88	0.76	2.92	0.79	-0.47	348	0.64
	Control de Enojo manifiesto	2.69	0.52	2.74	0.56	-0.91	348	0.36
	Enojo Manifiesto	2.13	0.67	2.03	0.56	1.54	289	0.12
	Enojo Contenido	2.17	0.84	1.92	0.77	2.96	348	0.00

4.5.1 Comparaciones por sexo

Al realizar la comparación de los puntajes obtenidos en los factores que componen el inventario de expresión de enojo, (Ver tabla 26) en el caso de la muestra conformada por las personas normotensas, sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas el factor sentimiento de expresar enojo, donde los hombres presentan un promedio ligeramente mayor que las mujeres. El resto de los factores no muestra diferencias, incluso los puntajes son casi similares.

Con respecto a la muestra de hipertensos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala de rasgo en el factor temperamento, donde los hombres presentan un promedio mayor que las mujeres. Cabe resaltar que los puntajes obtenidos por los hombres hipertensos en los factores que componen la escala de rasgo y expresión de enojo son mas altas que las que presentan los hombres normotensos.

Tabla 26
Comparación la expresión de enojo entre mujeres y hombres

		Mujeres		Hombres		t de student	Grados de libertad	Prob.
Factor		Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar			
Normotensos								
Estado	Sentimiento de expresar enojo	1.08	0.21	1.17	0.42	-1.99	198	0.05
	Sintiendo Enojo	1.32	0.53	1.35	0.49	-0.41	198	0.68
Rasgo	Temperamento	1.79	0.70	1.73	0.67	0.60	198	0.55
	Reacción	2.05	0.77	1.91	0.58	1.53	198	0.13
Expresión	Control de Enojo Contenido	2.82	0.74	3.02	0.82	-1.82	198	0.07
	Control de Enojo manifiesto	2.68	0.56	2.80	0.55	-1.58	198	0.11
	Enojo Manifiesto	2.04	0.56	2.02	0.56	0.20	198	0.84
	Enojo Contenido	1.96	0.74	1.88	0.80	0.77	198	0.44
Hipertensos								
Estado	Sentimiento de expresar enojo	1.16	0.48	1.15	0.51	0.07	148	0.95
	Sintiendo Enojo	1.43	0.72	1.41	0.63	0.19	148	0.85
Rasgo	Temperamento	1.97	0.78	2.23	0.78	-2.05	148	0.04
	Reacción	2.21	0.84	2.32	0.69	-0.78	148	0.43
Expresión	Control de Enojo Contenido	2.95	0.80	2.79	0.67	1.25	148	0.21
	Control de Enojo manifiesto	2.68	0.53	2.69	0.50	-0.17	148	0.86
	Enojo Manifiesto	2.12	0.65	2.16	0.69	-0.37	148	0.71
	Enojo Contenido	2.11	0.88	2.26	0.76	-1.05	148	0.30

Al comparar las muestras por sexo se puede observar diferencias importantes, en el grupo de mujeres no hubo diferencias significativas en los factores de la escala. Por el contrario, en los hombres, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el rasgo y expresión del enojo; donde los hipertensos muestran medias mayores que los normotensos en los factores de enojo rasgo temperamento y reacción, así como en el factor enojo contenido. Por otra parte, cabe resaltar que aunque no existen diferencias significativas, el promedio que muestran los normotensos en el factor de control de enojo contenido es mayor que el respectivo de los hipertensos (ver tabla 27).

Tabla 27
Comparación en la expresión del enojo por sexo

		Hipertensos		Normotensos		t de student	Grados de libertad	Prob.
Factor		Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar			
Mujeres								
Estado	Sentimiento de expresar enojo	1.16	0.48	1.08	0.21	1.46	120	0.15
	Sintiendo Enojo	1.43	0.72	1.32	0.53	1.19	163	0.23
Rasgo	Temperamento	1.97	0.78	1.79	0.70	1.64	188	0.10
	Reacción	2.21	0.84	2.05	0.77	1.38	188	0.17
Expresión	Control de Enojo Contenido	2.95	0.80	2.82	0.74	1.11	188	0.27
	Control de Enojo manifiesto	2.68	0.53	2.68	0.56	0.04	188	0.97
	Enojo Manifiesto	2.12	0.65	2.04	0.56	0.90	188	0.37
	Enojo Contenido	2.11	0.88	1.96	0.74	1.31	188	0.19
Hombres								
Estado	Sentimiento de expresar enojo	1.15	0.51	1.17	0.42	-0.27	158	0.79
	Sintiendo Enojo	1.41	0.63	1.35	0.49	0.62	101	0.54
Rasgo	Temperamento	2.23	0.78	1.73	0.67	4.30	158	0.00
	Reacción	2.32	0.69	1.91	0.58	4.05	158	0.00
Expresión	Control de Enojo Contenido	2.79	0.67	3.02	0.82	-1.87	158	0.06
	Control de Enojo manifiesto	2.69	0.50	2.80	0.55	-1.23	158	0.22
	Enojo Manifiesto	2.16	0.69	2.02	0.56	1.29	105	0.20
	Enojo Contenido	2.26	0.76	1.88	0.80	3.00	158	0.00

4.5.2 Comparaciones por edad

Al efectuar un análisis estratificado por edad de los factores estudiados, se puede observar que existen diferencias significativas en el rango de 35 a 45 años, donde se encontró que existen diferencias en los factores que componen el estado y el rasgo, así como en el factor de enojo contenido. El hipertenso, en este rango de edad presenta puntajes mayores en los factores; Sentimiento de expresar enojo, sintiendo enojo, rasgo temperamento, rasgo reacción y enojo contenido. Por el contrario en los siguientes estratos (46-55 y 56-65) no se

encuentran diferencias estadísticas, aunque si se preserva la tendencia a promedios mayores en la muestra de hipertensos en los factores arriba indicados (ver tabla 28).

Tabla 28
Comparación en la expresión de enojo por rangos de edad

		Hipertensos		Normotensos		t de student	Grados de libertad	Prob.
Factor		Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar			
35 a 45 años								
Estado	Sentimiento de expresar enojo	1.23	0.60	1.09	0.23	1.65	58	0.10
	Sintiendo Enojo	1.62	0.88	1.35	0.56	1.88	73	0.06
Rasgo	Temperamento	2.22	0.82	1.75	0.67	3.40	87	0.00
	Reacción	2.39	0.81	1.89	0.62	3.74	84	0.00
Expresión	Control de Enojo Contenido	2.79	0.77	2.91	0.71	-0.90	132	0.37
	Control de Enojo manifiesto	2.57	0.58	2.65	0.55	-0.79	132	0.43
	Enojo Manifiesto	2.21	0.69	2.12	0.55	0.84	86	0.41
	Enojo Contenido	2.23	0.80	1.77	0.66	3.58	132	0.00
46 a 55 años								
Estado	Sentimiento de expresar enojo	1.09	0.31	1.17	0.43	-1.14	114	0.25
	Sintiendo Enojo	1.35	0.57	1.31	0.49	0.36	114	0.72
Rasgo	Temperamento	1.94	0.62	1.76	0.73	1.40	114	0.16
	Reacción	2.13	0.69	2.01	0.69	0.88	114	0.38
Expresión	Control de Enojo Contenido	2.92	0.78	2.85	0.90	0.45	114	0.65
	Control de Enojo manifiesto	2.69	0.44	2.84	0.58	-1.65	114	0.10
	Enojo Manifiesto	2.06	0.60	1.94	0.52	1.09	114	0.28
	Enojo Contenido	2.03	0.73	2.03	0.86	0.02	113	0.98
55 a 65 años								
Estado	Sentimiento de expresar enojo	1.14	0.51	1.12	0.35	0.18	98	0.86
	Sintiendo Enojo	1.30	0.51	1.32	0.45	-0.29	98	0.77
Rasgo	Temperamento	2.06	0.89	1.78	0.67	1.80	91	0.08
	Reacción	2.25	0.85	2.08	0.75	1.06	98	0.29
Expresión	Control de Enojo Contenido	2.94	0.72	3.04	0.75	-0.70	98	0.48
	Control de Enojo manifiesto	2.80	0.51	2.75	0.53	0.48	98	0.63
	Enojo Manifiesto	2.13	0.72	1.99	0.62	1.02	98	0.31
	Enojo Contenido	2.26	0.97	2.02	0.78	1.37	98	0.17

4.6 Análisis de correlaciones entre estilos de enfrentamiento, ansiedad, y enojo

Una vez establecido, que existen diferencias entre grupos en algunos de los factores analizados, a continuación se realizará un análisis de correlaciones retomando aquellos factores que establecieron diferencias. Posteriormente se procederá a realizar con estas variables un análisis de regresión múltiple. En este apartado se presentan las correlaciones de los factores de las variables que indican rasgo para facilitar la comprensión de los datos, si se quiere consultar las correlaciones entre todos los factores evaluados, estos se presentan en el anexo 3.

Al correlacionar los factores que representan el rasgo con ser hipertenso, se puede observar que la ansiedad rasgo, posee una correlación positiva más alta, le sigue el estilo emocional y el estilo evasivo de enfrentamiento hacia los problemas, finalmente el enojo marca una correlación pequeña pero significativa. Entre sí, los factores muestran correlaciones medias más altas que las anteriormente descritas. Cabe señalar que el estilo evasivo de enfrentamiento correlaciona muy alto con el rasgo de ansiedad, asimismo este rasgo de ansiedad correlaciona de igual manera alto con el rasgo de enojo (ver tabla 29).

Tabla 29
Correlaciones entre factores de rasgo de enfrentamiento, ansiedad y enojo contra ser hipertenso o normotenso

	Ser hipertenso, o no	Vida Evasivo	Vida Emocional	Ansiedad Rasgo	Enojo Rasgo Temp.
Vida Evasivo	.235**				
Vida Emocional	.300**	.290**			
Ansiedad Rasgo	.362**	.270**	.624**		
Enojo Rasgo Temp.	.207**	.211**	.424**	.580**	
Enojo Rasgo Reacción	.185**	.229**	.425**	.555**	.618**

** Correlaciones significativas al 0.01

* Correlaciones significativas al 0.05

Al establecer el análisis de correlaciones separando hombres y mujeres, se puede observar diferencias importantes. En el caso de los hombres, el rasgo evasivo de enfrentar los problemas es el que correlaciona más alto con ser hipertenso; en el caso de las mujeres es el estilo emocional quien correlaciona más alto con ser hipertenso (ver tabla 30). El enojo como rasgo correlaciona con ser hipertenso en el grupo de hombres; mientras que en el grupo de mujeres el enojo no correlaciona. Finalmente, la ansiedad rasgo correlaciona en ambos sexos con ser hipertenso.

Tabla 30
Correlaciones entre factores de rasgo de enfrentamiento, ansiedad y enojo
contra ser hipertenso o normotenso por sexo.

Factor	Ser hipertenso, o no	Vida Emocional	Vida Evasivo	Ansiedad Rasgo	Enojo Rasgo Temp.
Femenino					
Vida Emocional	.294**				
Vida Evasivo	.188**	.214**			
Ansiedad Rasgo	.327**	.574**	.202**		
Enojo Rasgo Temp.	.119	.443**	.129	.567**	
Enojo Rasgo Reacción	.100	.398**	.219**	.518**	.614**
Masculino					
Vida Emocional	.279**				
Vida Evasivo	.284**	.362**			
Ansiedad Rasgo	.394**	.677**	.346**		
Enojo Rasgo Temp.	.323**	.441**	.314**	.606**	
Enojo Rasgo Reacción	.306**	.470**	.241**	.613**	.639**

4.7 Análisis de Regresión Múltiple de Estilos de Enfrentamiento, Ansiedad, Conducta Tipo A y enojo

Al realizar una selección de variables que correlacionan entre sí y muestran diferencias, se procedió a realizar un análisis de regresión múltiple, estratificando la muestra por sexo y rango de edad, tomando como variables de predicción para ser o no hipertenso, los estilos de enfrentamiento hacia los problemas emocional y evasivo, el rasgo de ansiedad, el rasgo de enojo (temperamento y reacción) y la supresión del enojo.

Con esta información se procedió a utilizar el modelo de regresión múltiple con estas variables, obteniendo la siguientes modelos (ver tabla 31). En el caso de las mujeres se puede distinguir que en el rango de 35 a 45 años, el predictor es rasgo emocional de enfrentamiento a los problemas, y en el rango de 56 a 65 años los predictores son el rasgo de ansiedad y el rasgo de enojo reacción.

En el caso de los hombres, las variables que predicen la hipertensión son, en el rango de edad de 35 a 45 años: el rasgo de enojo temperamento, la supresión del enojo y el estilo de enfrentamiento evasivo. En los siguientes rangos de edad, los predictores son el rasgo de ansiedad y el estilo evasivo de enfrentamiento.

Cabe señalar, que persiste la diferencia que se había notado en el análisis de las correlaciones, en la mujer predomina el estilo emocional; mientras que en los hombres es el estilo evasivo. Con respecto al enojo, en el caso de los hombres predice el rasgo temperamento; mientras que en las mujeres predice el rasgo reacción.

Tabla 31
Análisis de regresión múltiple para predecir hipertensión

Rango de edad	Variables predictoras	R	R ²	Beta	t	Sig.
Femenino						
35-45	Vida Emocional	.393	.154	.393	3.467	.001
56-65	Ansiedad Rasgo, Enojo rasgo reacción	.465	.216	-.266	2.033	.047
Masculino						
35- 45	Enojo rasgo temperamento, vida evasivo, enojo contenido	.526	.276	.264	2.216	.030
46-55	Ansiedad Rasgo	.387	.149	.387	3.109	.003
56-65	Vida evasivo	.503	.253	.503	3.489	.001

El análisis de regresión múltiple, presenta claramente un modelo que puede tomarse como referencia de los elementos psicológicos que predicen una posible condición de hipertensión, tomando en cuenta el sexo y la edad, sin

embargo tiene la desventaja de que indica qué variables predicen la condición de hipertensión, pero no qué tanto aportan cada una de ellas en el modelo. Es por ello que se procedió a realizar un modelo regresión logística, que a continuación se desarrolla.

4.8 Análisis de Regresión Logística en Estilos de Enfrentamiento, Ansiedad, Conducta Tipo A y enojo

La regresión logística, es un estadístico que se emplea principalmente en estudios de carácter epidemiológico, y permite establecer el riesgo relativo de presentar un condición (en esta caso tener hipertensión) a través de las variables que se incluyen en un modelo. Además de obtener una medida predictiva, permitirá, en el presente estudio establecer una conexión entre el punto de vista médico y el psicológico sobre los datos obtenidos.

Para realizar el análisis por medio de la regresión logística, se procedió a transformar cada variable dividiéndola en cuartiles asignándole cero al primer cuartil, uno al segundo y así sucesivamente, de tal manera que el primer cuartil contiene a sujetos con puntajes bajos, que no representarían un riesgo, y conforme se incrementa al cuartil se tendría una mayor proporción de cada variable que podría representar un riesgo de ser hipertenso (ver tablas 32 y 33).

Tabla 32
Casos por cuartil, según factor de estilo de enfrentamiento y grupo

Factor	Grupo	Casos por cuartil			
		1er Cuartil	2do Cuartil	3er Cuartil	4er Cuartil
Amigos Emocional	Normotenso	54	70	43	32
	Hipertenso	23	28	37	53
Familia Emocional	Normotenso	61	61	45	33
	Hipertenso	21	25	46	54
Pareja Emocional	Normotenso	64	54	45	32
	Hipertenso	25	22	36	48
Trabajo Emocional	Normotenso	49	70	44	32
	Hipertenso	22	25	31	44
Vida Emocional	Normotenso	63	62	45	29
	Hipertenso	25	29	32	64
Amigos Evasivo	Normotenso	73	47	39	40
	Hipertenso	19	35	40	47
Familia Evasivo	Normotenso	60	58	50	32
	Hipertenso	18	38	41	49
Pareja Evasivo	Normotenso	50	60	41	44
	Hipertenso	28	23	41	39
Salud Evasivo	Normotenso	65	57	46	32
	Hipertenso	23	34	38	55
Trabajo Evasivo	Normotenso	67	41	43	44
	Hipertenso	27	18	34	43

Tabla 33
Casos por cuartil, según factores de ansiedad, conducta tipo A y expresión de enojo y grupo

Factor	Grupo	Casos por cuartil			
		1er Cuartil	2do Cuartil	3er Cuartil	4er Cuartil
Ansiedad Estado	Normotenso	56	60	51	33
	Hipertenso	29	37	33	51
Ansiedad Rasgo	Normotenso	72	48	54	26
	Hipertenso	20	28	46	56
Conducta A	Normotenso	52	66	38	41
	Hipertenso	25	34	40	34
Enojo Rasgo Temperamento	Normotenso	63	51	45	41
	Hipertenso	31	22	44	53
Enojo Rasgo reacción	Normotenso	70	28	58	44
	Hipertenso	32	19	48	51
Enojo contenido	Normotenso	72	31	56	41
	Hipertenso	35	22	48	45

Se tomaron en cuenta para el análisis las variables que han mostrado diferencias entre hipertensos y normotensos; los estilos de enfrentamiento emocional negativo y evasivo, ansiedad estado y rasgo, enojo rasgo temperamento, enojo rasgo reacción y enojo contenido. Con cada una de estas variables se realizó una regresión logística, donde la variable a predecir fue ser caso (hipertenso) o control (normotenso). Para tener una mayor claridad en los resultados, se ajustó cada modelo por sexo, estrato de edad, y condición laboral (trabaja o no trabaja). Estas variables mostraron diferencias estadísticamente significativas al realizar comparación por grupos.

Se puede observar que prácticamente en todas las variables que se incluyeron al análisis, los últimos cuartiles predicen con un odds ratio o razón de momios mayor a uno el ser hipertenso. Cabe señalar que en este tipo de análisis se toma en cuenta que la proporción 1 a 1 ó menor de uno, no representa riesgo de tener la condición evaluada, valores mayores a 1 son la proporción o número de veces que presenta riesgo de tener la condición evaluada.

La ansiedad rasgo tiene la razón de momios más alta; casi 6 veces más riesgo de ser hipertenso cuando se encuentran los puntajes en el último cuartil, le siguen los estilos emocional negativo en los problemas hacia la familia y hacia la vida con una razón de 4 a 1 (ver tabla 34), cabe mencionar que la dimensión hacia problemas en la vida esta considerada como rasgo en el instrumento de enfrentamiento.

En orden de riesgo le siguen los estilos evasivos hacia los problemas con la salud y la familia, además de los estilos emocionales negativos en los problemas con la pareja y los amigos con una razón de 3 a 1 aproximadamente. En cuanto al enojo, el factor denominado rasgo reacción presenta una razón de momios de 3 a 1, mientras que el enojo rasgo temperamento, y el enojo contenido representan una razón de 2 a 1. Finalmente, la conducta tipo A,

representa un riesgo de 3 a 1 para ser hipertenso, cuando los puntajes de las sujetos evaluados quedan en el tercer cuartil, cabe señalar que en el cuarto cuartil en este factor evaluado desciende a 1, este es el único caso que se presenta de esta manera, y es posible que se debe a la forma en que se comporta la escala de evaluación que se empleo para medir conducta tipo A y que mostró ser poco estable.

Tabla 34
Razón de riesgo de ser hipertenso, determinada por medio de la regresión logística*

	2do. Cuartil	95% int. Conf.	3do. Cuartil	95% int. Conf.	4do. Cuartil	95% int. Conf.
Ansiedad Rasgo	1.86	.90-3.84	3.00	1.54-5.85	5.89	2.85-12.14
Estilo emocional negativo hacia los problemas con la familia	1.31	.63-2.69	3.25	1.60-6.60	4.61	2.18-9.76
Estilo emocional negativo hacia los problemas con la vida (Rasgo)	1.09	.55-2.15	1.57	.79-3.15	4.59	2.29-9.19
Estilo evasivo hacia los problemas con la salud	1.45	.74-2.81	1.90	.96-3.75	3.70	1.85-7.40
Estilo evasivo hacia los problemas con la familia	2.14	1.06-4.38	2.31	1.13-4.70	3.56	1.70-7.47
Estilo emocional negativo hacia los problemas con los amigos	0.91	.45-1.84	1.91	.95-3.84	3.38	1.68-6.83
Estilo emocional negativo hacia los problemas con la pareja	1.05	.55-2.14	1.80	.90-3.59	3.22	1.59-6.52
Estilo evasivo hacia los problemas con la amigos	2.88	1.42-5.84	3.34	1.64-6.78	3.20	1.58-6.48
Ansiedad estado	1.14	.59-2.20	0.94	.47-1.88	2.84	1.45-5.56
Enojo rasgo reacción	1.33	.61-2.93	1.77	.95-3.29	2.80	1.49-5.28
Estilo emocional negativo hacia los problemas en el trabajo	0.77	.88-1.57	1.51	.75-3.06	2.72	1.34-5.53
Estilo evasivo hacia los problemas con la vida (rasgo)	1.71	.87-3.37	1.97	.98-3.92	2.49	1.26-4.92
Enojo rasgo temperamento	0.95	.47-1.95	1.99	1.04-3.79	2.37	1.25-4.50
Enojo contenido	1.49	.71-31.11	1.84	1.00-3.38	2.23	1.18-4.21
Estilo evasivo hacia los problemas en el trabajo	1.17	.56-2.43	1.75	.89-3.41	2.05	1.08-3.91
Conducta Tipo A	1.25	.63-2.49	2.70	1.33-5.48	1.70	.82-3.52
Estilo evasivo hacia los problemas con la pareja	0.62	.31-1.27	1.32	.67-2.63	1.17	.58-2.32

***Valores estandarizados por sexo, edad, y si trabaja o no**

En resumen, y tratando de ser conciso, en la interpretación de estos resultados, jerárquicamente tener niveles altos de ansiedad, estilo emocional negativo, y/o estilo evasivo, además de presentar rasgo de enojo y/o supresión del enojo, incrementan el riesgo de ser hipertenso.

4.8.1 Análisis de Regresión Logística por Sexo

Continuando con la lógica de realizar los análisis estadísticos separando a los entrevistados por grupos de hombres y de mujeres, la razón de riesgo cambia sustancialmente. En las mujeres se puede observar un mayor riesgo en los estilos emocional negativo en los problemas, primero hacia la familia, (6 a 1) los amigos, la pareja (5 a 1) y en la vida presenta 3 a 1 en la razón de riesgo (ver tabla 35). Con respecto al estilo evasivo, en las mujeres, en orden de riesgo el primero aparece el factor correspondiente en los problemas con la familia, la salud, 4 a 1 en ambos casos, y 2 a 1 en los factores correspondientes a los amigos y el trabajo. La ansiedad rasgo en el caso de las mujeres representa un factor de riesgo de 4 a 1 y el factor de enojo contenido representa un riesgo de 2 a 1, situación muy diferente a los datos presentados en el primer análisis, donde se considera a todos los participantes.

Tabla 35
Razón de riesgo de ser hipertenso en mujeres, determinada por medio de la regresión logística*

	2do. Cuartil	95% Conf.	int.	3do. Cuarti l	95% Conf.	int.	4do. Cuartil	95% Conf.	int.
Estilo emocional negativo hacia los problemas con la familia	1.13	0.32-3.98		2.81	.88-8.97		6.76	2.09-21.85	
Estilo emocional negativo hacia los problemas con los amigos	1.30	.46-3.63		2.56	.93-7.04		4.91	1.83-13.15	
Estilo emocional negativo hacia los problemas con la pareja	1.09	.34-3.45		1.22	.42-3.55		4.66	1.64-13.23	
Estilo evasivo hacia los problemas con la familia	1.81	.67-4.88		1.96	.73-5.23		4.46	1.54-12.91	
Ansiedad Rasgo	0.89	.34-2.33		1.24	0.51-3.04		4.26	1.65-10.96	
Estilo evasivo hacia los problemas con la salud	1.51	.57-3.96		1.34	.50-3.56		4.04	1.61-10.18	
Estilo emocional negativo hacia los problemas con la vida (Rasgo)	0.53	.19-1.47		1.03	.37-2.82		3.47	1.37-8.81	
Ansiedad estado	0.69	.28-1.72		0.74	.28-1.95		2.39	.97-5.87	
Estilo evasivo hacia los problemas con la amigos	2.80	1.09-7.12		1.51	.61-3.74		2.26	.93-5.48	
Enojo rasgo reacción	1.30	.46-3.66		0.97	.42-2.23		2.18	.95-4.96	
Estilo evasivo hacia los problemas en el trabajo	0.72	.24-2.16		1.41	.58-3.41		1.91	.80-4.57	
Conducta Tipo A	1.02	.39-2.65		1.56	.58-4.21		1.78	.67-4.72	
Enojo rasgo temperamento	0.73	.30-1.80		1.01	.42-2.46		1.76	.75-4.12	
Estilo emocional negativo hacia los problemas en el trabajo	0.43	.16-1.18		0.93	.35-2.48		1.72	.67-4.35	
Estilo evasivo hacia los problemas con la vida (rasgo)	1.52	.60-3.82		2.01	.79-5.13		1.70	.70-4.16	
Enojo contenido	0.97	.36-2.63		0.96	.43-2.15		1.33	.57-3.08	
Estilo evasivo hacia los problemas con la pareja	0.42	.14-1.18		0.98	.37-2.54		1.09	.43-2.76	

***Valores estandarizados por edad, y sí trabaja o no**

En el caso de los hombres, la ansiedad es un factor que implica un riesgo considerable para desarrollar hipertensión, este se incrementa hasta una razón de riesgo de 9 a 1, aunque el margen de confianza es considerablemente amplio (ver tabla 36). En cuanto al enfrentamiento, un factor que produce un riesgo considerable, es tener un estilo evasivo hacia los problemas con los amigos (6 a 1), le sigue el tener un estilo evasivo hacia la vida y la familia, (4 a 1), en la salud el riesgo es de 3 a 1. En los factores que corresponden al estilo

emocional negativo, en la vida y el trabajo representan un riesgo de 5 a 1, le siguen el factor correspondiente a los amigos con 3 a 1.

En cuanto al manejo del enojo en los hombres, se puede observar que las dimensiones que fueron analizadas representan un riesgo de alrededor de 4 veces más, cuando se es hipertenso; enojo contenido 4.3 a 1, enojo rasgo reacción 4.2 a 1, y enojo rasgo temperamento 3.9 a 1. Es importante señalar el resultado de la regresión logística cuando se aplicó al indicador de conducta tipo A, en el cuarto cuartil presenta un riesgo de

Tabla 36
Razón de riesgo de ser hipertenso en hombres, determinada por medio de la regresión logística*

	2do. Cuartil	95% Conf.	int.	3do. Cuartil	95% Conf.	int.	4do. Cuartil	95% Conf.	int.
Ansiedad Rasgo	4.88	1.41-16.88		8.32	2.63-26.3		9.18	2.60-32.41	
Estilo evasivo hacia los problemas con la amigos	4.05	1.14-14.38		11.97	3.28-43.5		6.12	1.67-22.39	
Estilo emocional negativo hacia los problemas con la vida (Rasgo)	2.22	.82-6.00		2.66	.96-7.38		5.54	1.81-16.98	
Estilo emocional negativo hacia los problemas en el trabajo	1.47	.57-4.28		2.66	.90-7.795		5.03	1.58-15.94	
Enojo contenido	2.66	.80-8.78		4.22	1.53-11.6		4.32	1.53-12.22	
Estilo evasivo hacia los problemas con la vida (rasgo)	2.43	.84-7.03		2.06	.69-6.15		4.27	1.41-12.93	
Enojo rasgo reacción	1.67	.43-6.46		3.78	1.37-10.4		4.27	1.47-12.33	
Estilo evasivo hacia los problemas con la familia	3.46	1.18-10.13		3.12	1.06-9.15		4.13	1.33-12.76	
Enojo rasgo temperamento	1.37	.39-4.83		4.85	1.70-13.8		3.94	1.35-11.48	
Ansiedad estado	1.77	.64-4.84		1.23	.44-3.47		3.26	1.13-9.32	
Estilo evasivo hacia los problemas con la salud	1.50	.56-4.04		3.06	1.14-8.16		2.83	.92-8.70	
Estilo emocional negativo hacia los problemas con los amigos	0.71	.25-1.98		1.83	.67-4.97		2.62	.90-7.63	
Estilo evasivo hacia los problemas en el trabajo	2.34	.81-6.77		3.09	1.04-9.12		2.46	.90-6.69	
Estilo emocional negativo hacia los problemas con la familia	1.47	.58-3.71		4.02	1.51-10.6		2.05	.64-6.54	
Estilo emocional negativo hacia los problemas con la pareja	0.99	.38-2.56		3.10	1.20-8.02		1.42	.48-4.20	
Conducta Tipo A	1.28	.44-3.72		4.08	1.44-11.6		1.38	.43-4.40	
Estilo evasivo hacia los problemas con la pareja	0.95	.35-2.58		1.99	.72-5.48		1.32	.46-3.81	

***Valores estandarizados por edad, y sí trabaja o no**

Al realizar este ejercicio de analizar la razón de riesgo por separado, se puede observar como cada sexo contribuye en forma diferente para tener mayor o menor riesgo en algunos aspectos evaluados. Por ejemplo en el estilo emocional negativo en las mujeres los niveles altos en este estilo en los problemas hacia la familia y la pareja representan mas riesgo, por el contrario en los hombres estos factores casi no representan riesgo. En cambio, para los

hombres los estilos emocional negativo en los problemas en el trabajo y con los amigos representan mayor riesgo en contraste con las mujeres.

Otra diferencia importante se encuentra en que las mujeres prácticamente el enojo no representa un riesgo, mientras que en los hombres es muy alto el riesgo en los tres factores incluidos del rasgo y expresión del enojo. Finalmente, la razón de riesgo de tener conducta tipo A, tanto en hombres como en mujeres, prácticamente no es un factor de riesgo.

4.9 Consideraciones cualitativas sobre los resultados

Como se mencionó en el método, la recolección de los datos consistió en la aplicación de los instrumentos y una entrevista de devolución sobre los resultados arrojados en la misma. Esta entrevista no estuvo contemplada originalmente y que surgió a raíz de la petición de las autoridades de la institución médica donde se trabajó. No obstante, estas entrevistas arrojaron información interesante, que a pesar de no estar debidamente sistematizada permite realizar algunas observaciones que aclaran, en parte, los datos estadísticos aquí encontrados. La información que aquí se detalla corresponde a cerca de 50 entrevistas de pacientes realizadas en el Centro Médico.

Un primer dato relevante que surgió en estas entrevistas es que casi todos los pacientes tienen muy poca información sobre la hipertensión que padecen, salvo seguir con su tratamiento médico y bajar de peso. Algunos de ellos asocian trastornos psicológicos a su padecimiento, principalmente cuadros o signos de depresión. Una buena parte de ellos ha estado o está medicado con antidepresivos, administrados por el mismo médico que les trata la hipertensión. De hecho, el mismo personal médico de estos pacientes, reconoce que una de las carencias que tienen en su intervención, es la falta de apoyo psicológico a los

hipertensos, situación que se complica al contar con poco tiempo para consulta a cada paciente por la excesiva demanda de atención.

Una buena parte de los pacientes con hipertensión reconoce alguna asociación de la hipertensión con su estado de ánimo y con situaciones eventuales que en su vida cotidiana, le pueden afectar: estar nervioso o presionado por algún problema. Sin embargo cuando se les explicaba que existen ciertos rasgos de personalidad que pudieren elevar la tensión sanguínea, se mostraban sorprendidos, la mayoría de ellos admitía que era la primera vez que algún especialista les comentaba este aspecto, pero en una reflexión personal al indicarles rasgos propios como un manejo inadecuado de enojo, ansiedad y evasión a los problemas, realizaban algunas conjeturas que asociaban éstas con complicaciones en su enfermedad.

Cuando se les preguntaba la edad en que fueron diagnosticados como hipertensos, una buena parte de los entrevistados relacionaban esta fecha con algún evento que consideraban impactante en su vida, por ejemplo “después de la muerte de mi esposo”, o “cuando tuve que dejar de trabajar”. Otro grupo de entrevistados no podía establecer con claridad la fecha de diagnóstico, argumentado que difícilmente acudía al médico por estar involucrado en su trabajo y sólo hasta que tuvo una crisis hipertensiva supo que tenía hipertensión. Al respecto, casi todas las personas que en el momento de la entrevista eran jubiladas, manifestaron haber tenido trabajos en donde se requería estar involucrado y comprometido en sus actividades, con un grado elevado de competencia y estrés. Cabe resaltar que estas personas no mostraban altos niveles de enojo, pero se reconocían como personas *enojonas*, e incluso agresivas en su vida laboral.

De la misma forma, las personas con vida laboral activa, principalmente entre 35 a 45 años de edad, aceptaban estar muy involucrados en su trabajo, ser impacientes e incluso intolerantes. Una buena parte de ellos decía tener problemas con la pareja, y cuando era el caso de personas evasivas de acuerdo

a sus respuestas, al mencionárselos se mostraban algo sorprendidas, manifestando que posiblemente lo que pasaba era que no le daban tanta importancia a algunos problemas. En el caso de los hombres de mediana edad, era muy regular que se mostraran de forma poco expresiva, y con un gran desconocimiento reflexivo sobre sus características personales; por el contrario, las mujeres se mostraban más abiertas a exponer su forma de ser, algunas de ellas expusieron situaciones personales que en ese momento las mantenían en un estado depresivo o de angustia, lo que coincidía con sus respuestas como más tendientes a ser emocionales negativas.

Conclusiones

5.1 Discusión

Una vez presentados los análisis estadísticos realizados con la medición de las variables estudiadas, se procederá a discutir y analizar estos resultados, para ello se consideró conveniente presentar el análisis de cada variable por separado, y posteriormente se presentarán las conclusiones a que se llegó con este estudio.

Enfrentamiento

Entrando al análisis de los resultados aquí presentados, la primera variable de estudio fue el estilo de enfrentamiento; es decir los esfuerzos cognoscitivos y conductuales para dominar una situación que puede ser potencialmente amenazante frustrante o cambiante (Lazarus y Folkman, 1984), la cual fue evaluada por la escala multidimensional multisituacional de los estilos de enfrentamiento (EMMEE) diseñada por Reyes Lagunes (2000). La información obtenida con esta escala permite identificar que las personas con hipertensión son preponderadamente de estilo emocional negativo y evasivo. Esto se puede observar claramente porque en todas las situaciones que presenta la prueba; “Problemas con la salud, los amigos, la pareja, la familia, el trabajo y vida en general”, las personas con hipertensión presentan puntajes más elevados que los normotensos, y se obtienen, en todos los casos diferencias estadísticamente significativas. Por el contrario, las personas normotensas son en la mayoría de los casos más directas o directas revalorativas.

Cabe resaltar que entre los reactivos que componen los factores de estilo emocional negativo se encuentran, entre otros; “Me molesto”, “Me desespero”, “Me preocupo”, “Me siento triste”, y en los factores del estilo evasivo “Pienso en otras cosas”, “Prefiero no hablar del asunto”, “No le doy importancia”. Con ello, se puede asumir que las personas con hipertensión, cuando se enfrentan a los problemas se caracterizan por preocuparse o manifestar alguna emoción negativa, y también por evadir los problemas no pensando en ellos o haciendo otras cosas a enfrentarlos directamente.

En el estilo de enfrentamiento, con respecto a los problemas en la salud, los resultados muestran una diferencia importante. En este caso, los puntajes promedio de los hipertensos en los estilos directo y directo revalorativo son más altos y difieren estadísticamente de los promedios presentados por los normotensos. Esto representa una tendencia contraria a lo que anteriormente se venía observando. Cabe señalar que entre los reactivos que conforman estos factores están los siguientes; “Me cuido siguiendo mi tratamiento” “Tomo mis medicinas”, y “Consulto al doctor”, los cuales como se puede observar son más posibles de contestar afirmativamente cuando el participante se encuentra enfermo y consultando al doctor, como es el caso de todos los pacientes hipertensos entrevistados. Esto explica que los hipertensos aparezcan con un estilo directo hacia los problemas de salud, por que se saben con una enfermedad y están bajo supervisión médica, situación que los hace estar más concientes de su estado de salud.

Sin embargo, en el estilo evasivo hacia los problemas de salud, las personas con hipertensión también presentan diferencias estadísticas con los normotensos, donde los hipertensos son más de este estilo. En este factor, se presentan reactivos como: “Me molesto”, “Trato de dormir para no pensar en ello”, “Me desespero”. Con ello, resulta evidente que los hipertensos al saberse enfermos y obligados a modificar algunas conductas, están en un proceso

ambivalente; y pasar de ser característicamente evasivos como lo han sido la mayor parte de su vida, a estar obligados a enfrentar directamente sus problemas de salud. Al parecer su estilo en este rublo está en proceso de cambio de evasivo a directo.

Al estudiar por separado hombres y mujeres, se encuentra la misma tendencia, en ambos sexos los hipertensos son evasivos y emocionales negativos, pero al realizar el análisis de correlaciones, se puede observar diferencias importantes. En los hombres, el rasgo evasivo de enfrentar los problemas, es el que correlaciona más alto con ser hipertenso; y en el caso de las mujeres, es el estilo emocional quien correlaciona más alto con ser hipertenso. Al realizar el análisis de regresión múltiple por sexo, se confirma que un predictor en hombres es el estilo evasivo, mientras que en las mujeres es el emocional. Esta observación resulta ser de gran importancia, pues, aunque el ser hipertenso está relacionado con los estilos evasivo y emocional, existen diferencias importantes por sexo. En los hombres hipertensos es mayor el tipo evasivo y en las mujeres con hipertensión es predominante el tipo emocional.

Al estratificarse por rangos de edad, se observaron algunas diferencias: en el rango de 46 a 55 años, los hipertensos sólo se muestran más evasivos que su contraparte en los problemas hacia la pareja y la salud, así también, no hay diferencias entre hipertensos y normotensos en el estilo emocional hacia el trabajo. Este último dato se puede entender si se toma en cuenta que las personas entre 46 a 55 años, en su mayoría se encuentran relativamente estables en su trabajo, ejercen su ocupación con experiencia, y una buena parte de ellos ya no compite con sus compañeros por un ascenso o promoción. Por el contrario, las diferencias entre hipertensos y normotensos son las mismas en el rango de edad de 35 a 45 años y en el de 55 a 65 años.

Los resultados obtenidos permiten identificar que las personas con hipertensión son preponderadamente emocionales negativas y evasivas, coincide con investigaciones de Hahn, Brooks y Hartsough (1993), donde se afirma que el paciente hipertenso es básicamente emocional y Kolhman, Weidner y Messina (1996) los clasifica como evasivos.

Al realizar el análisis de regresión logística, el tener un estilo emocional negativo como rasgo representa un riesgo alrededor de 4 a 1, para ser hipertenso y un estilo evasivo como rasgo representa un riesgo relativo de 3 a 1. Por sexo se presentan algunas variantes en cuanto al tipo de problemas que se aborda, por ejemplo las mujeres presentan mayor riesgo para ser hipertenso en los estilos emocionales negativo ante los problemas de familia y pareja, mientras que en los hombres este tipo de problemas representa menos riesgo y por el contrario un estilo emocional negativo hacia el trabajo y los amigos, es un factor de riesgo mayor. Esta diferencia podría tener un fundamento en cuanto a la percepción propia de la importancia que le dan las personas desde su perspectiva de género; para las mujeres el entorno inmediato es más importante -su familia, su pareja-, mientras que para los hombres el entorno social más amplio es más importante -el trabajo y los amigos.

En el análisis de comparaciones entre hipertensos y normotensos, las personas normotensas son más directas o directas revalorativas. Los datos aquí encontrados coinciden con los hallazgos de Reyes-Lagunes (2000) y Góngora (2000), quienes afirman que en el mexicano se presenta principalmente un estilo directo revalorativo. Un caso particular es el enfrentamiento hacia problemas en la salud, en donde los hipertensos son más directos, lo cual se puede explicar por que se saben con una enfermedad y están bajo supervisión médica, situación que los hace estar más concientes de su estado de salud. Es por ello, que en algunos casos se presentó, que además, de tener un promedio mayor en

el estilo directo, también lo tuvieron en el estilo evasivo hacia la salud. Al parecer, su estilo en este rublo está en proceso de cambio de evasivo a directo.

Los datos aquí obtenidos resultan relevantes para tomar en cuenta en la planeación de intervenciones psicológicas de modificación de conductas y en particular estilos de enfrentamiento en personas con hipertensión que se encuentran bajo tratamiento médico y con ello auxiliar en la parte psicológica, aprovechando estas diferencias para realizar una intervención psicológica específica.

Manejo del Enojo

Durante las últimas décadas ha surgido un interés por estudiar las emociones; sin embargo, su estudio se ha visto limitado por diversos factores, entre ellos la realización precisa de una definición adecuada de la emoción que se está estudiando y el procedimiento para obtener una medida eficiente de ésta. Como anteriormente se indicó, las emociones son reacciones complejas en las que ven mezcladas tanto actividades mentales como corporales, dependen de contextos personales, situacionales e incluso socio-culturales. Es por ello, que se debe trabajar en la revisión de medidas de emoción que puedan ser válidas, socio culturalmente y puedan ser aplicadas en diversos contextos.

El enojo es una emoción cuyo estudio tiene implicaciones importantes, uno de ellos es el papel que tiene en el desarrollo o incremento de enfermedades cardiovasculares, entre ellas la hipertensión arterial esencial, relación de la que ha partido una variedad de estudios anteriormente citados. Aun así, los datos obtenidos en muchos de ellos, no permiten obtener resultados concretos, debido a la multicausalidad del fenómeno y a la forma de evaluar el enojo.

Es por ello que partir del inventario de expresión de enojo estado–rasgo (STAXI), de Spielberger, instrumento que se ha empleado más en estudios con población hipertensa, y la versión al español realizada por Moscoso, se desarrolló la presente versión, adecuando elementos lingüísticos y socio culturales, que además permita su aplicación y discriminación entre personas con y sin hipertensión.

La versión validada por el presente estudio, denominada Inventario de Expresión de Enojo, recuperó la distinción entre los factores enojo rasgo, temperamento y reacción. Es una versión mas corta producto de la eliminación de varios reactivos, respetando la estructura básica en su versión en español, además de incorporar elementos gráficos que facilitan su respuesta por lo que su administración será más fácil y rápida. Otro elemento interesante, es que se aplicó el análisis factorial por separado, uno con la dimensión de estado y otro con la de rasgo y expresión de enojo, lo que permitió ubicar con mejor claridad los factores, principalmente en la dimensión estado, donde se obtuvieron dos factores independientes, que son similares a la versión en idioma inglés. Estos factores indican que al menos en la población estudiada, primero se percibe con mayor intensidad el sentimiento de expresar el enojo (factor 1) y con menor intensidad el solamente sentir enojo (factor 2). Con el segundo factorial obtenido, es interesante resaltar el orden en que aparece el rasgo, el primero se presenta el factor de temperamento, después se configuran los factores de la expresión del enojo y hasta el último factor se constituye el rasgo reacción. En la expresión de enojo es primero el control y después la expresión del enojo. La característica de enojo como rasgo explica la mayor parte de varianza obtenida por el instrumento, le sigue el control del enojo, y sólo hasta el último aparece la expresión o la reacción. Es así que el elemento de contención o supresión del enojo pueda ser elemento nocivo que a la larga pueda afectar la salud de los individuos.

La estructura y características psicométricas de este inventario mostraron ser adecuados y permiten tener una medida adaptada y válida de enojo. Al realizar comparaciones entre personas con hipertensión y personas normotensas se obtuvieron diferencias que permiten distinguir claramente algunos atributos que discriminan entre ambas poblaciones. Esto coincide con estudios realizados en otras poblaciones, además de que incorporan elementos específicos de la muestra estudiada. En este sentido, Reyes Lagunes (1999b) ha resaltado la necesidad de contar con instrumentos de medición psicológica que puedan evaluar adecuadamente tanto aspectos éticos (universales) como aspectos énicos (particulares).

Cuando se realizaron las comparaciones con el total de la muestra, la escala mostró diferencias estadísticamente significativas en los factores de enojo rasgo, principalmente en temperamento, donde las personas con hipertensión presentan promedios mayores en esta característica. En este mismo sentido se encuentra el factor de enojo contenido. Por el contrario los normotensos presentan puntajes mayores en el factor de control del enojo. De tal forma se puede distinguir que las personas con hipertensión, tienden a presentar el enojo como rasgo de personalidad, además de expresar el enojo de forma contenida, y por consecuencia tener un menor control del enojo. Afirmación que coincide con las conclusiones expresadas por Knox, Svensson, Waller y Theorell, (1988), Anarte, López, Ramírez y Esteve (2000), y García-León y Reyes (2002) entre otros autores que han abordado el tema.

Es importante destacar que existen diferencias por sexo y rango de edad. Por una parte se encontró que las mujeres con hipertensión, si bien presentan puntuaciones mayores en casi todos los factores de la escala de enojo, no difieren estadísticamente de las mujeres normotensas. Por el contrario, los hombres hipertensos tienen marcadas diferencias en el rasgo de enojo (temperamento y reacción), así como en la contención del enojo que los

hombres normotensos, situación que concuerda con el estudio de Cottingham, Matthews y Talbott (1986). Culturalmente, el enojo suele atribuirse como una emoción masculina, mientras que las mujeres podrían tener otros recursos emocionales, como se puede observar esta falta de recursos en hombres los pueden volver más propensos a desarrollar enfermedades como la hipertensión.

Finalmente al estratificar las muestras, se observa claramente que en el rango de edad entre 35 a 45 años, las diferencias antes descritas en la expresión de enojo se incrementan en las personas con hipertensión. Por el contrario, en personas con edades mayores, no se encuentran estas diferencias, lo que hace suponer que el manejo inadecuado de la expresión del enojo, a edad más temprana es un factor psicológico que impacta y promueve el desarrollo de la hipertensión arterial esencial, además de factores de riesgo biológicos plenamente identificados. Esta observación se puede explicar debido a que en la etapa de 35 a 45 años, las personas se encuentran en un ambiente competitivo para lograr metas que socialmente imperan (un mejor estado económico producto de un trabajo bien remunerado). Como lo afirma Thoerell (1990), la reacción de enojo es típica cuando se encuentra en un ambiente de trabajo psicosocialmente estresante. Esta situación ya no está presente en personas mayores, en su mayoría jubiladas, que en el momento de ser entrevistados no expresaron niveles altos de enojo, aunque muy posiblemente estas personas cuando estaban en el rango de 35 a 45 años, su manejo de enojo no era adecuado.

El enojo como rasgo temperamento correlaciona con ser hipertenso en los hombres. De hecho, al realizar la regresión múltiple en el rango de edad de 35 a 45 años fue el predictor más importante, además del enojo contenido. Por el contrario, en las mujeres el enojo rasgo reacción se vuelve un predictor en el rango de edad de 56 a 65 años. Este dato resulta interesante porque el enojo está en los extremos en ambos sexos: en etapas más jóvenes en hombres y en

edad más avanzada en mujeres. Aún así la razón de riesgo para ser hipertenso, tomando en cuenta como predictor los factores de enojo contenido, enojo rasgo temperamento y enojo rasgo reacción es alta en hombres, con una razón de riesgo de 4 a 1, mientras que para la muestra ajustada por sexo, edad y condición laboral es de 2 a 1.

Ansiedad

Los datos presentados arrojan con claridad que las personas con hipertensión presentan niveles elevados de ansiedad, tanto en rasgo como en estado. En casi toda la muestra de hipertensos, los niveles de ansiedad están por arriba de los que presentan las personas normotensas. El promedio que presentan está por arriba de los 37 puntos que la prueba establece para tener niveles adecuados de ansiedad.

Los datos del presente estudio coinciden con una buena parte de los estudios en donde se ha establecido la relación de ansiedad e hipertensión arterial. Desde los estudios clásicos como el Friedman y Rosenman (1959), así como el de Jonas, Franks y Ingram (1997), donde se encontró que la ansiedad predecía en buena parte la hipertensión arterial en hombres; y también estudios como el de Markovitz, Matthews, Kannel, et al, (1993), que en un estudio prospectivo encontraron que la ansiedad predijo el desarrollo de la hipertensión en mujeres.

De las variables estudiadas, la ansiedad es la que presenta la correlación más alta con ser hipertenso, esta se incrementa al estratificar la muestra en el caso de los hombres. La ansiedad es un predictor importante tanto en hombres y mujeres para tener hipertensión, como lo muestran los modelos de regresión múltiple obtenidos. Como factor de riesgo, es el más alto en los datos estandarizados en el análisis de regresión logística de 6 a 1 ajustada por sexo

edad y sí trabaja. En el grupo de hombres, se incrementa considerablemente con una razón de riesgo de 9 veces a 1; y en el caso de las mujeres, si bien también el riesgo es alto, la razón de riesgo es menor comparándola con la de los hombres (4 a 1).

Como resulta evidente, la ansiedad es la variable más estrechamente ligada a la hipertensión, situación que largamente ha sido reportada en la literatura, pero hay que tomar en cuenta un factor muy importante en esta relación. Como se analizó en el marco teórico del presente trabajo, existen mecanismos orgánicos, principalmente funciones del sistema simpático, que incluyen la generación de hormonas como la adrenalina, que incrementan el ritmo cardíaco y que no forzosamente obedecen a una reacción de la persona hacia el ambiente, y más bien resultan ser una disfunción orgánica. En este sentido, el presente trabajo no tiene elementos para establecer el efecto de esta variación orgánica, pero es un proceso importante a señalar para su futuro estudio en diversos niveles y áreas.

Conducta Tipo A

Una buena parte de la discusión al abordar el estudio de variables psicológicas y las enfermedades cardiovasculares, entre ellas la hipertensión, es la relación existente con la personalidad o conducta denominada Tipo A, propuesta originalmente por Friedman y Rosenman (1959). El problema que representaba esta construcción teórica, es que se establecía una serie de conductas o características de personalidad propias de las personas con problemas cardiovasculares. Este constructo en la actualidad, teóricamente muestra una serie de deficiencias, entre ellas está el considerar varios elementos psicológicos a la vez en una sola tipología, estableciendo que si se tienen estos elementos la persona será de un tipo específico. Como se ha podido evidenciar, las características psicológicas de las personas con

hipertensión arterial varían en cuanto a diversos factores: edad, sexo, relación laboral, familiar, etc., por lo que un sistema único de exclusividad a una clase no es pertinente.

Aún así con esta discusión, se optó por realizar una medida adicional sobre conducta tipo A. Los instrumentos aplicados en la presente investigación, mostraron tener una eficiencia psicométrica adecuada, salvo el cuestionario de conducta tipo A, que presentó una baja discriminación debido a que se prescindió de 7 preguntas que son relativas al trabajo. Como se había anotado, varios hipertensos en el momento de la entrevista, o son amas de casa o están jubilados, por lo que omiten esta parte, y con ello disminuyen las probabilidades de ser identificados como tipo A, ya que en el cuestionario, este factor impacta en la identificación de esta tipología.

La escala de conducta tipo A mostró diferencias entre el total de la muestra de hipertensos y normotensos, pero al realizar análisis por separado, esta diferencia sólo se conservó en el rango de edad de 35 a 44 años. El marcador de conducta tipo A, no se incorporó en el análisis de correlaciones, ni en los modelos de regresión múltiple. El que el constructo de conducta tipo A no fuera discriminante, puede ser porque el instrumento no fue el adecuado o que en sí, el mismo constructo no explica claramente el fenómeno aquí abordado, como es una posible hipótesis que se desprende del marco teórico.

5.2 Conclusiones y recomendaciones

Recapitulando lo anteriormente establecido, se puede afirmar que no existe una personalidad propia o típica que genere por sí sola la hipertensión arterial, mucho menos se podría establecer, al menos con los datos que aporta el presente trabajo, que pudiera existir una personalidad hipertensiva, mas bien existe un abanico amplio de conductas y cogniciones que en conjunto con los

factores biológicos, se van desarrollando en las personas que llegan a tener un problema de presión sanguínea alta. En parte existen algunos rasgos de personalidad que contribuyen a que una persona que los posee y experimente constantemente en su vida cotidiana genere hipertensión arterial. Aún así estos rasgos no son estáticos y varían en intensidad a lo largo de la vida y dependiendo del ambiente situacional en que se desarrolla el individuo. Es innegable que el ritmo de vida que exige, el simple hecho de vivir en las sociedades urbanas actuales, contribuye en buena medida a que las personas estén sometidas a presiones psicológicas constantes o estresores. De hecho el estrés será una constante en la vida de las personas, así que, el problema no es precisamente reducir el estrés sino en desarrollar mecanismos adaptativos, que permitan un mejor control y desarrollo de las emociones y con ello de los comportamientos de los individuos en búsqueda de un estilo de vida saludable.

De tal manera que los hallazgos encontrados en la presente investigación, permiten establecer algunas diferencias importantes en las características psicológicas que poseen las personas con hipertensión arterial. Al realizar el análisis por sexo, se encontró que las mujeres con hipertensión, en primer lugar son emocionales negativas y posteriormente evasivas, con niveles altos de ansiedad, sin embargo, en cuanto al enojo no difieren de las normotensas. Por el contrario los hombres hipertensos se caracterizan por ser, a la par, mas emocionales negativos y evasivos que los normotensos, muestran mayor ansiedad, enojo rasgo y supresión del enojo.

Al estratificar la muestra, se obtienen diferencias importantes en los aspectos evaluados. Principalmente, el estrado de edad de 35 a 45 años presenta con mayor intensidad y claridad, las características que le son atribuidas a los hipertensos: ser emocionales negativos, evasivos, con altos niveles de ansiedad y tener el enojo como rasgo. Conforme avanza la edad algunas de estas características van disminuyendo, no así la evasión y la

ansiedad. En parte esto se explica porque la vida de las personas de mayor edad con hipertensión, han disminuido algunas presiones en su vida cotidiana, sobre todo cuando están jubiladas: sin embargo, la sensación de ansiedad persiste, además de algunos sentimientos de soledad, poco trato social que incluso pudieran ser indicadores de depresión, situación que no se evaluó en el trabajo.

Por medio de la regresión múltiple y posteriormente con la regresión logística se puede establecer que niveles altos de ansiedad rasgo y el estilo evasivo en los problemas en la salud y el estilo emocional negativo en los problemas en la vida, incrementan el riesgo de ser hipertenso.

Los estilos emocional negativos en los problemas hacia la familia y hacia la vida representan un riesgo cuatro veces mayor de ser hipertenso. Es decir, que la sociabilidad es un factor importante, que no manejan adecuadamente las personas con hipertensión. Como se vio en el marco teórico, la falta de apoyo social está relacionada con la presencia de la hipertensión. Al parecer, el estilo revalorativo en los amigos, que fue más característico en las personas normotensas, podría ser un factor que contribuya a un mejor estado de salud; cosa contraria en los hipertensos de este rango que son al parecer menos adaptables socialmente.

De los factores estudiados que representan una razón de riesgo para ser hipertenso, se comportan diferentes en hombres y mujeres, mientras que para los primeros el estilo emocional negativo en el trabajo es de mayor riesgo, para las mujeres los problemas con la familia y la pareja representan más riesgo. Por otra parte en el estilo evasivo, si bien en las mujeres sigue la misma tendencia que el estilo emocional, en los hombres sobresale como riesgo el tener un estilo evasivo en los problemas hacia el trabajo y los amigos.

Los resultados aquí presentados permiten resaltar datos relevantes que muestran que hay una tendencia favorable a lo establecido con el marco teórico y por lo tanto soporta en buena parte los supuestos teóricos planteados en este estudio; es decir, se cuenta con una evidencia empírica que apoya los supuestos de los que se partió para desarrollar la presente investigación y permiten caracterizar y particularizar a una muestra de pacientes mexicanos con hipertensión.

Una de las aportaciones que tiene el presente trabajo, es haber desarrollado un estudio con tres de las variables psicológicas, que conforme a la literatura científica, afectan a las personas con hipertensión arterial: enfrentamiento, ansiedad y enojo, estableciendo así, relaciones, comparaciones e incluso modelos predictivos para personas con hipertensión arterial. Otra consideración importante del presente estudio es que, la evidencia es soportada por los datos obtenidos en una muestra relativamente grande de población mexicana, que si bien no fue seleccionada por algún procedimiento probabilístico, su amplitud proporcionó datos consistentes que permiten mostrar lo que está pasando con esta enfermedad y compararla con estudios similares en otros países. Asimismo el presente estudio aporta datos relevantes a especialistas de diferentes ramas (psicólogos y médicos principalmente) que puede permitir incorporar esta información en el desarrollo de programas de intervención y prevención así como en la práctica clínica cotidiana.

Hay que reconocer, como limitante del presente estudio, que no se puede generalizar los datos aportados por esta investigación a la población mexicana, pues la forma de selección de participantes tuvo algunas limitaciones que pudieron provocar algunos sesgos. El proceso de recolección de información de personas con hipertensión fue difícil por varios aspectos; en primera, dependió de las autoridades de los centros de salud para poder realizar entrevistas a pacientes, esta labor es algo difícil en cuanto a negociación y procesos

administrativos. En segunda, la población que acude a consulta médica es irregular, principalmente acuden mujeres o personas por arriba de los 60 años, por lo que algunos estratos de población son más difíciles de acceder, principalmente hombres entre 35 a 45 años. Por el contrario, es difícil encontrar personas no hipertensas mayores de 55 años. No obstante, aunque ocupando más tiempo de lo planeado, se logró completar una muestra prácticamente equivalente, por sexo y estratos de edad, tanto en personas con hipertensión como en los participantes no hipertensos.

En México, la intervención con pacientes hipertensos es básicamente farmacológica por lo que los resultados de investigaciones como la presente, deberían ser tomadas en cuenta por las autoridades de salud, para un manejo integral del paciente hipertenso que contemple el manejo de factores psicosociales. De hecho, la intervención psicológica de pacientes con enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, es un campo amplio y necesario que debe realizar el psicólogo, en un trabajo interdisciplinario en el campo de la salud.

Referencias

- Anarte, T., López, A. Ramírez, y C. Esteve, R. (2000). Evaluación de conducta tipo C en pacientes crónicos. *Anales de Psicología* 16 (2): 1331-1341.
- Barrón-Rivera, A. Torreblanca-Roldan, F., Sánchez-Casanova, y L. Martínez-Beltrán, M. (1998) Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. *Salud Pública de México*. 40:503-509.
- Bisquerra, R. (2000). Educación emocional y bienestar. España: Cissproaxis.
- Bortner, R. (1969). A short rating scale as a potential measure of pattern A behavior. *Journal of Chronic Diseases*. 22: 87-91.
- Buela, G. y Moreno, S. (2000). Tratamiento psicológico del dolor asociado al cáncer en adultos y niños. En: Oblitas, L. y Becoña, E. (2000). *Psicología de la Salud*. México: Plaza y Valdés Editores.
- Caballo, V. y Anguiano, S. (2002). Estrés, estilos de personalidad y contratiempos cotidianos. En: Reynoso, L. y Seligson, I. (2002). *Coor. Psicología y Salud*. México: Facultad de Psicología, UNAM. CONACYT.
- Camuñas, N., García, E., Vivas, F., Morales, C., Aranda, D., y Can, A. (2001). Intervención psicológica en mujeres menopáusicas con hipertensión. 5 (3). www.psiquiatria.com/psicologia/revista. Consultado el 12 de marzo de 2003.
- Cea-Ugarte, J. Brazal-Raposo, J. y González-Pinto, A. (2000). Estrategias de afrontamiento e hipertensión esencial. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. 4 (7). www.reme.es. Consultado el 15 noviembre de 2003.
- Chesney, M., Hecker, M. & Black, G. (1988). Coronary-prone components of type A behaviour in the WCGS; a new methodology. En: Houston, B. K. y Snyder, C, R. (*edit*). *Type A Behavior Pattern. Research, Theory, and Intervention*. United States of America: Wiley-Interscience Publication.
- Cottingham, E., Brock, B. House, J., & Hawthorne, V. (1985). Psychosocial factors and blood pressure in the Michigan state-wide blood pressure survey. *American Journal of Epidemic*. 121: 515-529.
- Cuencas, R. y Toledo, R. (1985). Cardiopatías coronarias y la ansiedad en pacientes hospitalizados. *Revista Mexicana de Psicología*. 2: (1) 25-28.

- Cruz Corchado, M., (2001). Panorama epidemiológico Hipertensión arterial en México. Archivos de Cardiología de México. 71. suplemento Enero-Marzo; 192-197.
- Denollet, J. (2000). Type D personality: A potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*, 49 (4), 255-266.
- Del Pino, A. (2001). Evaluación del patrón de conducta tipo A. En: Caballo, y Rosales (2001). *Coor. Manual de Psicología de la Salud y Medicina conductual*. Madrid: Harla.
- Díaz-Guerrero, R. (1970). Procesos socioculturales y psicodinámicos en la transición adolescente en la salud mental. En: Sherif, M. y Sherif, C. (1970). *Problemas de juventud*. México: Trillas.
- Dressler, W.W., Bindon, J.R. & Neggers, H. (1998). Gender and arterial blood pressure in an African American Community. *Psychosomatic Medicine*, 60 (5), 620-624.
- Elizondo, S. Sánchez, M. y Róman. E. (2004). Hipertensión arterial sistémica. Diagnóstico y Tratamiento. *Medicina Interna de México*, 20: 130-139.
- Erazo, L. y Seligson, I. (2001). *Manual de factores de riesgo de enfermedades del corazón*. Folleto financiando por el proyecto CONACYT No. 25185-H, México: UNAM.
- Fernández M. y Arriaga, J. (1995). Hipertensión Arterial en: Uribe M. (edit) *Tratado de medicina interna*, vol. 1, Panamericana. México.
- Fernández-Abascal, E. (1993). *Hipertensión. Intervención psicológica*. Eudema. Madrid.
- Fernández-Abascal, E. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En Fernández-Abascal, E, Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.). *Cuadernos de prácticas de Motivación y Emoción*. Madrid: Pirámide.
- Friedman, M. & Rosenman, R. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *Journal of the American Medical Association*. 169, 1286-1295.

- Friedman, R. Schwartz, J. Schnall, P. Landsbergis, P. Pieper, C., Gerin, W. & Pickering, T. (2001). Psychological Variables In Hypertension: Relationship To Casual Or Ambulatory Blood Pressure In Men. *Psychosomatic Medicine*. 63:19-31.
- García-León, A. y Reyes, G. (2002). Una revisión de los modelos explicativos de la relación entre el constructo hostilidad – ira – agresión la enfermedad coronaria. *Anales de Psicología*. 18 (1), 61-76.
- García-Vera, M. y Sanz J. (2000). Tratamientos cognitivo-conductuales para la hipertensión esencial. En: Oblitas, L. y Becoña, E. (2000). *Psicología de la Salud*. México: Plaza y Valdés Editores.
- Góngora, E. (2000). El enfrentamiento a los problemas y el papel del control. Tesis de Doctorado no publicada. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Góngora, E. y Reyes Lagunes, I. (1998). El enfrentamiento a los problemas en jóvenes adultos yucatecos. *La psicología social en México*. 7: 18-23 México, AMEPSO.
- González-Forteza, C. (1992). Estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento. Impacto sobre el estado emocional de los adolescentes. Tesis para obtener el grado de Maestría en Psicología Social no publicada. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Grau, J. (1998). La Psicología de la Salud y las enfermedades crónicas: un paradigma del trabajo futuro. En: Rodríguez, G. y Rojas, M. (Coors.). *La Psicología de la Salud en América Latina*. Facultad de Psicología, UNAM. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Gross D., R. (1998). *Psicología, la ciencia de la mente y la conducta*. 2ª Edición. México: Manual Moderno.
- Guerin, W., Pieper, C. & Pickering, T.G. (1994). Anticipatory and residual effects of an active coping task on pre and post stress baselines. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (2): 139-149.
- Guerra, R. (1995). *Temas de Medicina Interna “Hipertensión Arterial” Tomo I*. México: Interamericana Mc. Graw Hill.

- Haerenstam, A., Theorell, T. & Kaijser, L. (2000). Coping with anger-provoking situations, psychosocial working conditions, and ECG-detected signs of coronary heart disease. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5 (1), 191-203.
- Hahn, W.K., Brooks, J.A. & Hartsough, D.M. (1993). Self-disclosure and coping styles in men with cardiovascular reactivity. *Research in Nursing and Health*, 16 (4): 275-282.
- Haynes, S.G., Levine, S. Scotch, N. Feinleid, & M. Kannel, W.B. (1980). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study. *American Journal of Epidemiology*. 111: 37-58.
- Haynes, S. & Matthews, K. (1988). The association of type A behavior with cardiovascular disease. Update and critical review. En: Houston, B. K.y Snyder, C, R. (*edit*). *Type A Behavior Pattern. Research, Theory, and Intervention*. United States of America: Wiley-Interscience Publication.
- Houston, B. K.& Snyder, C, R. (*edit*) (1988). *Type A Behavior Pattern. Research, Theory, and Intervention*. United States of America: Wiley-Interscience Publication.
- Irvine, M. Garner, D. Olmsted, & M. Logan, A. (1989). Personality differences between hypertensive and normotensive individuals: influence of knowledge of hypertension status. *Psychosomatic Medicine*. 51:537-41.
- Isselbacher, K., Braunwald, E., Wilson, D., Martín, J. Fauci, A. & Kasper., D (1994). *Principios de Medicina Interna*. Volumen 1, 3ª edición, España: Interamericana Mc. Graw Hill.
- Jonas, B. Franks, P. & Ingram, D. (1997). Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? *Arch Fam Med* . 6:43-9.
- Johnston, D. (1982). Behavioural treatment in the reduction of coronary risk factors: Type A behaviour and blood pressure. *British Journal of Clinical Psychology*. 21(4): 281-294.
- Knox, S., Svensson, J., Waller D., & Theorell T. (1988). Emotional coping and the psycho physiological substrates of elevated blood pressure. *Journal of Behavioral medicine*; 2:52-58.

- Kohlmann, C.W., Weidner, G. & Messina, C.R. (1996). Avoidant coping style and verbal-cardiovascular response dissociation. *Psychology and Health*, 11 (3): 371-384
- Lazarus, R. y Lazarus, B. (1994). *Pasión y razón: la comprensión de nuestras emociones*. España: Paidós.
- Lazarus, R. y Folkman, (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leibovich, N., Shmidt V, y Gol, S. (2001). El inventario de Expresión de Enojo Estado-Rasgo (STAXI) y su uso en diferentes poblaciones. *Revista Iberoamericana de diagnóstico y Evaluación Psicológica*. 11(1): 55-73.
- Lipp, M.N. y Anderson, D.E. (1999). Cardiovascular reactivity to simulated social stress. *Stress Medicine*, 15 (4): 249-257.
- López, B. C. (1999). *Estilos de enfrentamiento y percepción de riesgo hacia el SIDA en adolescentes*. Tesis para obtener el grado de Maestría en Psicología Social no publicada. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lyness, Scott A. (1993). Predictors of differences between Type A and B individuals in heart rate and blood pressure reactivity. *Psychological Bulletin*. 114(2): 266-295.
- Markovitz JH, Matthews KA, Kannel WB, Cobb JL, & D'Agostino RB.(1993). Psychological predictors of hypertension in the Framingham Study. *Journal of the American Medical Association* ;270:2439-43.
- Markovitz J, Matthews K, Wing R, Kuller L, & Meilahn E. (1991). Psychological, health behavior, and biological predictors of blood pressure change in middle-aged women. *Journal of hypertension*; 9: 399-406.
- Mc Grady A, & Higgins JT. (1990). Effect of repeated measurements of blood pressure on blood pressure in essential hypertension: role of anxiety. *Journal of Behavioral Medicine*.1990;13:93-101.
- Menéndez, E. (1998). *Estilos de vida, riesgos y construcción social*. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios sociológicos*. 26 (46): 3224-42.
- Moscoso, M. & Spielberger, C. (1999). Measuring the experience, expression and control anger in Latin America: The Spanish multi-cultural State-trait anger expression inventory. *Revista Interamericana de Psicología*. 33: (2): 29-48.

- Moscoso, M. (2000). Estructura factorial del inventario multicultural latinoamericano de la expresión de la cólera y la hostilidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 32 (2): 321-343.
- Navarro, G. (2001) Enfrentamiento a los problemas cotidianos en adolescentes y jóvenes de la ciudad de México. Tesis no publicada de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM
- Nyklicek, I., Vingerhoets, A.J.J.M., Van Heck, G.L. & Van Limpt, M.C.A.M. (1998). Defensive coping in relation to casual blood pressure and self-reported daily hassles. *Journal of Behavioral Medicine*. 21 (2), 145-161.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra. OMS.
- Pickering, T., James, G., Broddie, C., Harshfield, G., Blank, S., & Laragh J., (1988). How common is white coat hypertension? *Journal of the American Medical Association*. 259:225–8.
- Reyes Lagunes, I. (1996). La medición de la personalidad en México. *Revista de Psicología Social y Personalidad*. 12 (1 y 2), 31-60.
- Reyes Lagunes, I. (1999a). Desarrollo de medidas de personalidad válidas para la cultura: Autoconcepto y Estilos de Interacción. Proyecto de investigación financiado por CONACYT. México: UNAM CONACYT.
- Reyes Lagunes, I. (1999b). Una aportación a la comprensión del mexicano. *Revista de Psicología Social y Personalidad*. 15 (2): 105-119.
- Reyes Lagunes, I. (2000). El enfrentamiento a los problemas ¿Rasgo estable o respuesta situacional?. Ponencia presentada en el VIII Congreso Mexicano de Psicología Social y I congreso mexicano de relaciones interpersonales. 17 a 19 de octubre, Guadalajara, Jal.
- Reynoso, L., Álvarez, A. Tron, R. De la Torre, I. y Seligson, I. (2002). Conducta Tipo A y Enfermedad Cardiovascular En: Reynoso, L. y Seligson, I. (Coors). *Psicología y Salud*. México: Facultad de Psicología, UNAM. CONACYT.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2002). *Psicología y Salud en México*. En: Reynoso, L. y Seligson, I. (Coors). *Psicología y Salud*. México: Facultad de Psicología, UNAM. CONACYT.

- Rodríguez, F. (2003). Hipertensión arterial sistémica. En Actualidades en Cardiología. México. Merck.
- Rodríguez, J. y García, J. (1997). Psicología Social de la Salud. En: Alvaro, J. Garrido, A. y Torregrosa, J. Coors. Psicología Social Aplicada. España: Mc Graw Hill.
- Rodríguez, G., Rojas, E. (1998). La Psicología de la Salud en América Latina. En: Rodríguez, G. y Rojas, M. (Coors.) La Psicología de la Salud en América Latina. Facultad de Psicología. UNAM. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Rosenman, R. H., Brand, R. J, Jenkins, C.D., Friedman, M., Straus, & R Wurm, M. (1975). Coronary heart disease in Western Collaborative Group Study: Final follow-up experience of 8 ½ years. Journal of the American Medical Association, 233: 872-877.
- Sánchez-Sosa. J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: la interfaz, intervención – investigación en Psicología de la Salud *En:* Rodríguez, G. y Rojas, M. (Coors.) La Psicología de la Salud en América Latina. Facultad de Psicología. UNAM. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Schneider, R., Egan, B., Johnson, E. Drobny, H. & Julius, S. (1986). Anger and anxiety in borderline hypertension. Psychosomatic Medicine 48:242–6.
- Secretaría de Salud (1999). Estadísticas Vitales de Salud. Mortalidad. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud (2000a). Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial. México: Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud (2000b). Sistema único de información epidemiológica Boletín de vigilancia Epidemiológica No. 52, Vol. 16 semana 52, 26 de diciembre al 1 de enero de 2000. México, Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud (2001). Mortalidad en México. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud (2002). Sistema único de información epidemiológica Boletín de vigilancia Epidemiológica Boletín de Vigilancia Epidemiológica. Semana 13. México: Secretaría de Salud.

- Sepúlveda, J. (2000). Los grandes desafíos de la salud en México, En; Sepúlveda, J. ED. (2000). La Salud en México a la vuelta del Siglo; desafíos, instrumentos, respuestas. Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, México.
- Sharpe, L. (2002). A reformulated Cognitive-behavioural model of problem gambling: A Biopsychosocial perspective. *Clinical Psychology Review*, 22: 1-25.
- SINAIS (2002). Anuario Estadístico 2002. Sistema Nacional de Información en Salud, SINAIS, Secretaría de Salud, México.
- Smith, T.W., Ruiz, J.M. & Uchino, B.N. (2000). Vigilance, active coping, and cardiovascular reactivity during social interaction in young men. *Health Psychology*, 19 (4), 382-392.
- Spielberger, C., Johnson, E., Rusell, S., Crane, R., Jacobs, G. & Worden, T. (1985). The experience and expression of anger: construction and validation of an anger expression scale. In Chesney, M. & Rosenman, R. (Eds.) *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*. New York: Hemisphere.
- Spielberger, C. y Díaz-Guerrero G. (1991). *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE)*. México: El Manual Moderno.
- Spielberger, C., Reheiner, E., & Sydeman, S. (1995). Measuring the Experience, Expresión, and Control of anger. En: Kassinove (Ed.) *Anger Disorders. Definition, Diagnosis, and Treatment*. Washington; Taylor & Francis.
- Steptoe, A. (2000). Psychosocial factors in the development of hypertension *Annals of Medicine*. 32(5); 371-375.
- Theorell, T. (1990). Family history of hypertension: an individual trait interacting with spontaneously occurring job stressors. *Scandinavian Journal Work Environ Health*; 16 (Suppl 1):74-9.
- Velázquez, O., Rosas, M., Lara, A., Pastelín, G., Attie, F., Tapia, R. (2002). Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. *Archivos de Cardiología de México*. 72 (1); 71-84.

Anexo 1

Relación entre preguntas de investigación, objetivos y supuestos teóricos

Pregunta de investigación	Objetivo	Supuestos teóricos
<p>1. ¿Qué estilo de enfrentamiento, manejo del enojo, ansiedad y conducta tipo A, presentan las personas con hipertensión arterial esencial y personas con niveles normales de presión sanguínea (normotensos)?</p>	<p>1. Identificar el estilo de enfrentamiento, el manejo del enojo, el nivel de ansiedad, y la conducta tipo A, que presentan personas con hipertensión arterial esencial y personas con niveles normales de presión sanguínea (normotensos).</p>	<p>1. Las personas con hipertensión arterial esencial, presentan un estilo de enfrentamiento emocional negativo y evasivo, presentan enojo como rasgo de personalidad, además de expresar el enojo de forma contenida, muestran niveles altos de ansiedad tanto estado como rasgo y conducta tipo A. 2. Las personas normotensas presentan un estilo de enfrentamiento directo o directo revalorativo, tienen un mayor control del enojo y expresan su enojo de forma manifiesta.</p>
<p>2. ¿Habrá diferencias en el estilo de enfrentamiento, manejo del enojo, ansiedad y conducta tipo A, entre personas con hipertensión y en personas con niveles normales de presión sanguínea (normotensos)?</p>	<p>2. Identificar diferencias en el estilo de enfrentamiento, manejo del enojo, ansiedad y conducta tipo A, entre personas con hipertensión y en personas con niveles normales de presión sanguínea (normotensos).</p>	<p>3. Las personas con hipertensión arterial esencial tienen un estilo de enfrentamiento emocional negativo y evasivo, mientras que las personas con niveles normales de presión sanguínea (normotensos), son de estilo directo y/o directo revalorativo. Los hipertensos presentan enojo como rasgo de personalidad, expresan su enojo de forma contenida, mientras que los normotensos tienen un mayor control del enojo y expresan su enojo de forma manifiesta. La ansiedad como rasgo de personalidad y la conducta tipo A es característica de los hipertensos.</p>
<p>3. ¿Existirá diferencias por sexo y edad en el estilo de enfrentamiento, manejo del enojo, ansiedad y conducta tipo A, en personas con hipertensión arterial esencial y en personas con niveles normales de presión sanguínea (normotensos)?</p>	<p>3. Identificar diferencias por sexo y edad, en el estilo de enfrentamiento, el manejo del enojo y el nivel de ansiedad y la conducta tipo A, en personas con hipertensión arterial esencial y personas con niveles normales de presión sanguínea (normotensos).</p>	<p>4. Los hombres hipertensos presentan un estilo de enfrentamiento evasivo, enojo como rasgo de personalidad, y expresan su enojo de forma contenida. 5. Las mujeres hipertensas presentan un estilo de enfrentamiento emocional negativo, y ansiedad como rasgo de personalidad. 6. En el rango de edad de 35 a 45 años se presentan niveles elevados de enfrentamiento emocional negativo, evasivo, enojo y ansiedad como rasgo de personalidad.</p>

Pregunta de investigación	Objetivo	Supuestos teóricos
4. ¿Existirá una jerarquía en cuanto a valor predictivo de la hipertensión en las variables anteriormente mencionadas?	4. Establecer una jerarquía en cuanto a valor predictivo de la hipertensión con las dimensiones de estilo de enfrentamiento hacia los problemas, el manejo del enojo, el nivel de ansiedad, y la conducta tipo A.	7. Son factores de riesgo para generar hipertensión arterial, en cuanto a orden de predicción el estilo de enfrentamiento evasivo y emocional negativo, el rasgo de ansiedad, el rasgo de enojo y la expresión de enojo contenido.
5. ¿Cómo realizar una medida de enojo, para población mexicana, que permita discriminar entre poblaciones con y sin hipertensión?	5. Adaptar y validar psicométricamente una medida de enojo, para población mexicana, que permita discriminar entre poblaciones con y sin hipertensión.	

Anexo 2

Ejemplos de los instrumentos utilizados

Los instrumentos de estilos de enfrentamiento, ansiedad rasgo estado y manejo del enojo, se presentaron en una escala tipo “Likert Pictórica”, conforme el procedimiento propuesto por Reyes-Lagunes (1996). En ella se utiliza una serie de cuadros de mayor a menor tamaño para que al responder el cuestionario se ubique el cuadro que conforme el tamaño indique mejor su respuesta. Con esta técnica se minimizan los sesgos de respuestas al evitar presentar números, dando una dimensión equivalente entre opciones de respuestas tomando en cuenta el tamaño del cuadro. Los puntajes correspondientes se encuentran en un rango de 1 a 7 para la escala de enfrentamiento y de 1 a 4, para la escalas de ansiedad y enojo donde puntajes mayores indican más del atributo, como se puede observar en los siguientes ejemplos:

Inventario Multidimensional multisituacional de los Estilos de Enfrentamiento

CUANDO TENGO PROBLEMAS CON MI SALUD YO...		Siempre Nunca						
1	Tomo medicinas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Me mantengo ocupado para no pensar en ello.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Me molesto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo

		Mucho	Bastante	Poco	Nada
1	Me siento calmado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Me siento seguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Estoy tenso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inventario de Expresión de Enojo

		Casi siempre	Frecuen- temente	Algunas veces	Casi nunca
11	Soy muy temperamental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Tengo un carácter irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Soy una persona exaltada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 3
Correlaciones entre factores de la escala de estilos de enfrentamiento, ansiedad, conducta tipo A y manejo del enojo en personas con hipertensión arterial

	Estilo Evasivo					Estilo Emocional Negativo					Ansiedad		Enojo		
	Trabajo	Amigos	Vida	Familia	Pareja	Trabajo	Amigos	Vida	Familia	Pareja	Estado	Rasgo	Tipo A	Rasgo Temp.	Enojo Contenido
Estilo evasivo															
Amigos	.686**														
Vida	.692**	.647**													
Familia	.540**	.565**	.507**												
Pareja	.369**	.460**	.450**	.562**											
Estilo emocional															
Trabajo	.263**	.199*	.193*	.148	.175										
Amigos	.294**	.260**	.271**	.319**	.238**	.690**									
Vida	.078	.179*	.191*	.133	.131	.820**	.598**								
Familia	.165	.118	.175*	.115	.069	.615**	.549**	.745**							
Pareja	.081	-.024	.081	.002	.119	.569**	.485**	.646**	.749**						
Ansiedad															
Estado	.073	.031	.038	.087	.085	.513**	.328**	.479**	.397**	.372**					
Rasgo	.107	.105	.145	.177*	.140	.616**	.490**	.609**	.527**	.557**	.706**				
Tipo A	-.085	.007	-.046	-.131	-.101	.243*	-.023	.247*	.104	.161	.328**	.240*			
Enojo															
Rasgo Temp.	.079	.103	.217**	.133	.056	.486**	.314**	.450**	.385**	.407**	.433**	.611**	.326**		
Enojo Contenido	.106	.181*	.211**	.158	.141	.384**	.238**	.277**	.224**	.271**	.308**	.521**	.221*	.549**	
Rasgo Reacción	.145	.089	.153	.068	.059	.479**	.277**	.400**	.361**	.471**	.441**	.551**	.347**	.606**	.531**

** Correlación significativa al 0.01
* Correlación significativa al 0.05

Correlaciones entre factores de la escala de estilos de enfrentamiento, ansiedad, conducta tipo A y manejo del enojo en personas normotensas

	Estilo Evasivo					Estilo Emocional Negativo					Ansiedad		Enojo		
	Traba- jo	Ami- gos	Vida	Fami- lia	Pareja	Traba- jo	Ami- gos	Vida	Fami- lia	Pareja	Esta- do	Rasgo	Tipo A	Rasgo Temp.	Enojo Con- tenido
Estilo evasivo															
Amigos	.604**														
Vida	.602**	.555**													
Familia	.556**	.681**	.561**												
Pareja	.419**	.502**	.496**	.641**											
Estilo emocional															
Trabajo	.304**	.400**	.343**	.363**	.363**										
Amigos	.215**	.282**	.363**	.326**	.326**	.478**									
Vida	.216**	.377**	.277**	.309**	.357**	.783**	.437**								
Familia	.116	.210**	.187**	.282**	.210**	.527**	.468**	.647**							
Pareja	.082	.179*	.190**	.239**	.212**	.525**	.400**	.607**	.695**						
Ansiedad															
Estado	.184*	.244**	.146*	.299**	.284**	.321**	.258**	.409**	.135	.189**					
Rasgo	.255**	.350**	.264**	.384**	.410**	.456**	.355**	.555**	.389**	.414**	.671**				
Tipo A	.004	.135	.068	.128	.090	.215**	.247**	.326**	.264**	.295**	.306**	.348**			
Enojo															
Rasgo Temp.	.076	.236**	.128	.301**	.264**	.244**	.233**	.330**	.341**	.415**	.295**	.493**	.399**		
Enojo Contenido	.078	.275**	.161*	.242**	.351**	.250**	.211**	.320**	.172*	.211**	.354**	.527**	.196**	.380**	
Rasgo Reacción	.149*	.235**	.232**	.331**	.287**	.330**	.331**	.389**	.361**	.349**	.405**	.514**	.326**	.600**	.458**

** Correlación significativa al 0.01

* Correlación significativa al 0.05