

Emociones negativas en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial

Negative emotions in patients with diagnosis of arterial hypertension

Ana Milena Gaviria

Stefano Vinaccia*

Japcy Margarita Quiceno

Margie Taborda

Natalia Ruiz

Lina Johana Francis

Universidad de San Buenaventura,

Medellín, Colombia

Recibido: 9 de septiembre de 2008

Revisado: 13 de noviembre de 2008

Aceptado: 10 de enero de 2009

Resumen

El objetivo de esta investigación fue evaluar las relaciones de la ira y la ansiedad-depresión en una muestra de 103 pacientes de ambos géneros con diagnóstico de hipertensión arterial de la ciudad de Medellín, Colombia. Se utilizaron como instrumentos el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI) y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD). En cuanto a los resultados se evidenció, por una parte, altos niveles de control de la ira y, por otra, hubo presencia de mecanismos de supresión de esta emoción. En general, no hubo niveles clínicos de ira ni de ansiedad ni de depresión en los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.

Palabras clave: hipertensión arterial, ira, ansiedad, depresión.

Abstract

The aim of this research was to evaluate the relations of the anger and the anxiety-depression in a sample of 103 patients of both gender with diagnosis of Arterial Hypertension from the city of Medellín, Colombia. There were in use as instruments the State-Trait

* Correspondencia: Stefano Vinaccia, Director del grupo Salud Comportamental. Facultad de Psicología U.S.B. Medellín, Colombia. Correo electrónico: vinalpi47@hotmail.com. Dirección postal: Apartado aéreo 81240, Envigado, Colombia.

Anger Expression Inventory (STAXI) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). As for the results there were demonstrated on the one hand high levels of anger control and for other one there was presence of mechanisms of suppression of this emotion. To general level, there were clinical levels of anger not neither of anxiety nor depression in the patients with diagnosis of Arterial hypertension.

Key words: arterial hypertension, anger, anxiety, depression.

Introducción

La Sociedad Europea de Cardiología e Hipertensión (2003) definió la hipertensión arterial como una elevación crónica de la presión sanguínea en las arterias, bien sea por elevación de la presión sistólica, de la diastólica o de ambas. Es decir, la hipertensión arterial es un trastorno que se caracteriza por la presencia de unos niveles elevados en la presión de la sangre por encima de los requerimientos metabólicos del organismo.

La aparición de la hipertensión depende de la interacción entre la predisposición genética y factores ambientales. Sin embargo, se sabe que la hipertensión va acompañada de alteraciones funcionales del sistema nervioso simpático (adrenérgico), del riñón y del sistema renina-angiotensina y de otros mecanismos humorales. Por tanto, la hipertensión lleva a diferentes cambios estructurales del sistema cardiovascular que amplifican los estímulos hipertensivos e inician las lesiones cardiovasculares. Produce lento y progresivo deterioro de diferentes órganos si no es controlada, ya que es indolora y silenciosa (González-Juanatey et al., 2003).

La enfermedad cardiaca hipertensiva se clasifica en *estado leve*, que se refiere al estado temprano de la enfermedad cardiaca hipertensiva, en la cual hay presión arterial reproducible de al menos 140 mmHg sistólica y 90 mmHg diastólica, o cifras mayores sin mostrar todavía evidencia de hipertrofia ventricular izquierda compensadora (ECO o ECG). El *estado moderado* se caracteriza por hipertrofia ventricular concéntrica, sin dilatación de las cavidades, lo que refleja mecanismo adaptativo para reducir el estrés de la pared ventricular. En el nivel celular hay aumento del número de sarcómeros que permite mantener el aumento del trabajo

cardiaco; la disfunción diastólica es más notoria. Y, por último, el *estado severo* se caracteriza por el desarrollo de una miocardiopatía dilatada, consecuencia de la sobrecarga de presión sostenida y de la isquemia miocárdica crónica; esta última es causada por el desequilibrio entre el sistema capilar coronario disminuido frente al aumento de la masa ventricular izquierda, lo cual resulta en necrosis miosotaria y aumento del tejido conectivo, con progresiva dilatación ventricular (hipertrofia excéntrica) (Kaplan, 1995).

La hipertensión arterial es un importante factor de riesgo de primer orden para el desarrollo de la hipertrofia ventricular izquierda, la insuficiencia cardiaca, el infarto de miocardio y la angina de pecho, la mortalidad total, la mortalidad por causas cardiovasculares y la muerte súbita; además de otros factores, como la edad, el género, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz, elevación de la presión arterial sistólica, elevación de la presión arterial diastólica, tabaquismo, aumento del colesterol total y de las lipoproteínas de alta densidad, antecedentes de episodios cardiovasculares, antecedentes de accidentes cerebrovasculares, diabetes, nefropatía, microalbuminuria, obesidad y modo de vida sedentario (Martín et al., 2005).

Por otra parte, la prevalencia de hipertensión arterial en poblaciones occidentales es mayor en hombres que en mujeres entre los cincuenta y sesenta años de edad. En Colombia, el riesgo de prevalencia de hipertensión arterial tiene una prevalencia de 12,6% en la población mayor de quince años, por lo que se constituye en el factor de riesgo más importante en relación con las enfermedades cardiovasculares (PAHO, 1998). Además, en la población adulta la hipertensión arterial se presenta con una frecuencia estimada de 14%, porcentaje

que aumenta con la edad (Tejada, Herrera & Moreno, 2000). Igualmente, la prevalencia de hipertensión arterial constituye uno de los problemas más importantes de Europa, más que en Estados Unidos y Canadá, según los resultados de un estudio internacional publicado en el último número de *JAMA*, en el cual se menciona que en la población mayor de treinta y cinco años la hipertensión arterial (cifras tensionales superiores a 140/90 mm Hg) afecta al 44% de los europeos y al 28% de los norteamericanos (Wolf-Maier, Cooper, Banegas, Giampaoli, Hense & Joffres et al., 2003).

Emociones negativas e hipertensión

A partir de los años ochenta del pasado siglo, gracias a los estudios liderados por Spielberger (1988, 1996), se empezó a prestar atención sobre el papel central de la ira como componente letal del síndrome de conducta de tipo A en las enfermedades cardiovasculares. Más adelante numerosos estudios y modelos sobre agresión, hostilidad, ira han surgido tratando de dar una explicación de las relaciones causales de estas variables con las enfermedades cardiovasculares, especialmente con la hipertensión.

El “Modelo de vulnerabilidad psicosocial” plantea que las personas más hostiles informan un mayor número de conflictos interpersonales (trabajo, vida personal y familiar) (Smith & Christensen, 1992). El “Modelo conducta-salud” plantea que los hábitos inadecuados en salud incrementan el riesgo de enfermedad cardiovascular en las personas hostiles (Leiker & Hailey, 1988). El “Modelo de reactividad psicofisiológica” propone que la hostilidad contribuye a la enfermedad cardiovascular por la manera en que las respuestas fisiológicas son aumentadas, incrementando la potencialidad patógena de los estresores (Williams, Barefoot & Shekelle, 1985).

Además, muchos estudios han venido centrando la atención en las emociones negativas, como la ansiedad, la depresión y el estrés en enfermedades cardiovasculares (Sandín, 1999; Taylor, 2007; Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall & Sykes,

2008; Pelechano, 2008); igualmente, se ha planteado la alta demanda de los trastornos psiquiátricos como factor de riesgo en las personas hipertensas, ya que se presenta la utilización frecuente de los servicios de atención sanitaria por parte de éstos, aunque aún falta mucho por conocer al respecto para una adecuada prestación de los servicios por parte de los sistemas de salud (Wagner, Pietrzak & Petry, 2008). Por otro lado, Fernández-Abascal (1993) plantea que:

[...] se han realizado innumerables trabajos con la pretensión de asociar la hipertensión con una amplia variedad de factores de personalidad, todos los cuales han resultado siempre infructuosos. La única característica clara que aún a las personas que padecen hipertensión y, que a su vez, las diferencia de las personas que no la padecen o que padecen otras series de trastornos psicofisiológicos, es el tipo de patrón de activación del sistema nervioso autónomo o el tipo de desequilibrio que presentan del balance autónomo. Así las personas con hipertensión son las que aparecen como poseedoras de un patrón de activación autonómica estereotipado, caracterizado por una extrema activación de la rama simpática, siendo esta activación más extrema incluso que la que aparece en los trastornos de ansiedad (p. 16).

Spicer y Chamberlain (1996), en Estados Unidos, llevaron a cabo un estudio con el objetivo de evaluar las asociaciones entre ira y hostilidad con la presión sanguínea sistólica en una muestra de 105 sujetos de ambos géneros a quienes se les aplicó los cuestionarios STAXI-I y The Cook-Medley Hostility Scale. Los resultados, de acuerdo con los análisis de regresión lineal, demostraron que la presión arterial diastólica era inversamente relacionada con la ira en hombres y mujeres. La presión sistólica y diastólica fue asociada positivamente con hostilidad solamente en las mujeres. En general, no fueron encontrados efectos interactivos de hostilidad e ira sobre la presión sanguínea. El estudio concluye que la hostilidad y la presión sanguínea en mujeres clínicamente hostiles pueden ser un indicativo para determinar desajustes crónicos en sus cogniciones sociales y

de algunas normas culturales de su rol social que están interfiriendo en sus vidas.

Hogan y Linden (2004) llevaron a cabo en Canadá un estudio cuyo objetivo fue evaluar seis estilos de respuesta de la ira como: agresión, aserción, búsqueda de apoyo social, difusión, anulación y rumiaciones. Participaron en este estudio 109 personas sanas (45 hombres y 64 mujeres) y 159 pacientes hipertensos (90 hombres y 69 mujeres). Se diligenciaron el "Behavioral Anger Response Questionnaire" que mide hostilidad y se realizó un monitoreo ambulatorio de la presión sanguínea por 24 horas. En los análisis de regresión lineal y correlacionales se midieron los estilos de respuesta, el descanso y la presión sanguínea ambulatoria, controlando los factores de riesgo tradicionales y el nivel de hostilidad. Los resultados evidenciaron que no hubo asociaciones entre los estilos de respuesta de ira y la presión sanguínea. Las rumiaciones tuvieron influencia negativa sobre la relación entre la evitación, la aserción, el descanso y los niveles de presión sanguínea medidos ambulatoriamente. La influencia de las rumiaciones sobre la búsqueda de apoyo social varía entre género. El estudio concluye que las rumiaciones se deben considerar como una variable crítica en la relación de la ira con la presión sanguínea.

En Finlandia, Julkunen y Ahlsröm (2006) desarrollaron un estudio, a fin de investigar las relaciones de la expresión de la ira con el sentido de coherencia y su rol como predictor de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hipertensos. En este estudio participaron 774 sujetos. Como hipótesis se planteó que el sentido de coherencia podía mediar entre la ira y la hostilidad con la calidad de vida. Se utilizó la forma breve de la escala sentido de coherencia y se midió ira-hostilidad con la escala "Cynical Distrust" y con la escala de Expresión de Ira, y la calidad de vida se midió con la escala MOS SF-36. Los resultados mostraron fuertes asociaciones entre la capacidad de control de la expresión de ira con los bajos niveles de supresión de la ira o la expresión abierta de la ira. El control de la ira y el sentido de coherencia fueron relacionados con una buena calidad de vida, mientras que el cinismo, la ira

hacia fuera y la ira hacia adentro correlacionaron negativamente con la calidad de vida. Los modelos estadísticos causales revelaron que el sentido de coherencia era un fuerte predictor de la calidad de vida, mientras que la hostilidad y la ira tuvieron un impacto inferior sobre la calidad de vida. El estudio concluye que el impacto de la hostilidad y la ira sobre la calidad de vida son mediados, en gran parte, por el sentido de coherencia, lo que implica que en futuros estudios se considere a la hostilidad como un factor de riesgo para la salud, si se mira desde la perspectiva de la teoría del sentido de coherencia.

Vetere, Ripaldi, Ais, Korob, Kes y Villamil (2007) desarrollaron en Argentina una investigación para determinar el predominio del trastorno de ansiedad en pacientes con hipertensión esencial. Se administró el módulo del trastorno de ansiedad de la entrevista estructurada clínica SCID I a una muestra 157 personas, quienes eran hipertensos sin diabetes, sin cierre valvular aórtico u otras complicaciones y se consideró a cien sujetos controles no hipertensos que frecuentaban el hospital. Los resultados demostraron que había más frecuencia de los trastornos de ansiedad en los pacientes hipertensos en comparación con el grupo control.

En China, Han, Yin, Xu, Hong, Liang y Wang (2008) desarrollaron un estudio con el propósito de valorar la ansiedad y la depresión en pacientes con hipertensión para desarrollar posteriormente programas de control y de intervención. En este estudio participaron personas mayores de treinta y cinco años con diagnóstico de hipertensión y personas sanas que servían como grupo control. Se utilizaron como instrumentos la escala de ansiedad y depresión de Zung. En general, los resultados evidenciaron altos niveles de ansiedad y depresión en comparación con el grupo control. La prevalencia de depresión (17,9%) y ansiedad (9,5%) en el grupo de pacientes fue considerablemente más alta que en el grupo control sano que fue del 11,5% y 14,3%, respectivamente. Por otro lado, los análisis de modelo de regresión logística mostraron que la depresión y la ansiedad eran los factores de riesgo posibles de hipertensión. El estudio concluye que es importante que las insti-

tuciones en el área de salud mental presten más atención a los pacientes hipertensos, a mejorar su calidad de vida.

Wagner, Pietrzak y Petry (2008) llevaron a cabo en Estados Unidos un estudio, que tuvo como objetivo evaluar las asociaciones entre los trastornos psiquiátricos y el trato recibido en las personas con hipertensión, por parte del hospital. El estudio fue epidemiológico con un diseño transversal, el total de la muestra fue de 8.812 personas hipertensas seleccionada entre una población de 43.093 adultos. Los pacientes con más de un año de tratamiento por urgencias u hospitalización fueron evaluados, según los criterios diagnósticos del DSM-IV y los informes clínicos. Los resultados evidenciaron que las personas con cualquier trastorno del estado de ánimo o ansiedad o de sorden de personalidad fueron los que habían incrementado la frecuencia a la sala de urgencias, mientras que los que presentaron trastornos del estado de ánimo o desorden de personalidad eran hospitalizados. Los trastornos específicos, significativamente asociados con el tratamiento de las salas de emergencia, fueron: depresión mayor de larga duración, el desorden maniaco de larga duración; y la depresión mayor, el desorden maniaco, el trastorno de pánico sin agorafobia del último año, además fueron estadísticamente significativos los trastornos de personalidad como el paranoide, histriónico, antisocial y el obsesivo-compulsivo. Mientras que los trastornos específicos asociados con la hospitalización fueron: la distimia y el trastorno maniaco con diagnóstico de casi toda una vida; y la depresión mayor y el desorden maniaco del último año; los trastornos de personalidad estadísticamente significativos fueron el histriónico, antisocial y paranoide. El estudio concluye que el abordaje clínico de los problemas de salud mental en personas con hipertensión puede reducir la utilización de los servicios de salud.

Partiendo de las consideraciones anteriores, el objetivo de este estudio descriptivo transversal correlacional exploratorio mediante encuesta (Montero & León, 2002) fue evaluar las relaciones de las emociones de ira, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial de Medellín (Colombia).

Método

Participantes

Se realizó un muestreo por conveniencia de sujetos disponibles. Participaron voluntariamente 103 personas inscritas de una Aseguradora en Riesgos Profesionales (ARS) de Medellín (Colombia), quienes tenían diagnóstico primario de hipertensión arterial y estaban en tratamiento farmacológico, según los criterios de la Sociedad Europea de Cardiología e Hipertensión (2003). La muestra estuvo compuesta por 69 mujeres (67%) y 34 hombres (33%) entre los cuarenta y ochenta años, con una edad media de 59,8 años (D.T =11,7). La gran mayoría de la muestra encuestada se agrupó en el nivel educativo de educación básica primaria (61,2%), un 21,4% se agrupó en estudios de básica secundaria y el 17,5% restante no tuvo escolarización. Con respecto a la categoría ocupación la mayoría de los participantes fueron amas de casa (58,3%), el resto se agrupa en trabajadores informales (24,3%) y en desempleados (17,5%). En cuanto a estado civil el 42,7% estaban casados, y se encontró un porcentaje menor de solteros (29,1%), viudos (14,6%), unión libre (9,7%) y separados (3,9%).

Instrumentos

Para evaluar el nivel de ansiedad y depresión se utilizó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), en la versión en castellano desarrollada en Colombia por Rico, Restrepo y Molina (2005). El coeficiente alfa de Cronbach encontrado en la validación fue de 0,85. La escala HAD tiene un formato tipo Likert con cuatro posibilidades de respuesta, que van de 0 hasta 3, para evaluar de manera situacional la ansiedad y la depresión en relación con el periodo actual. La puntuación total en cada subescala de siete preguntas se obtiene si se suman los ítems correspondientes en un rango de 0 a 21 puntos; a mayor puntuación, niveles más altos de ansiedad o depresión.

Para evaluar el nivel de ira se utilizó la versión española del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI) desarrollado originalmente por

Spielberger (1988). El STAXI recoge información sobre la ira, a través de factores como ira-estado, temperamento hostil, reacción hostil y los diferentes tipos de expresiones de éste; supresión, externa y controlada. Este inventario contiene 47 ítems en un formato tipo Likert y está compuesto por seis subescalas. La primera subescala (once ítems) mide la frecuencia de la experiencia de la ira (ira-estado) y la puntuación total oscila entre 11 y 44 puntos. La segunda subescala mide el tipo de expresión habitual de la ira (veinticinco ítems) que contiene, a su vez, tres subescalas que hacen alusión a diferentes modos de expresión de la ira como: interiorización de la ira (“Anger in”), manifestación de la ira (“Anger out”) y control de la ira (“control”). Este inventario tiene en sus diferentes subescalas un coeficiente Alfa Cronbach entre 0,63 a 0,95.

Procedimiento

Previo permiso y autorización de una Aseguradora en Riesgos Profesionales (ARP) de Medellín (Colombia) y disponibilidad a la base de datos, se contactaron a los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial y de acuerdo con la disponibilidad de éstos se les asignaba una cita

para diligenciar las pruebas. Fueron reunidos en diferentes días de la semana por pequeños grupos en las instalaciones de la ARP. Los pacientes fueron informados acerca de los objetivos de la investigación y una vez brindada la información, se les solicitó el consentimiento para participar en el estudio, comentándoles acerca del secreto ético de la información, que no recibirían remuneración económica y que podrían retirarse del estudio cuando ellos lo consideraran. Una vez obtenido el consentimiento informado, se diligenció la ficha de datos sociodemográficos y se les entregaron los instrumentos (HAD y STAXI), los cuales fueron autodiligenciados en una única sesión por los pacientes con la supervisión y ayuda del entrevistador cuando éstos la requerían, con una duración aproximada de 30 minutos.

Resultados

En la tabla 1 se presentan las medidas de tendencia central como la media, la moda y desviación típica, y los puntajes mínimos y máximos de cada uno de los instrumentos utilizados en el estudio. El coeficiente Alfa de Cronbach de cada uno de los instrumentos empleados fue superior a 0,5.

Tabla 1. Estadísticas descriptivas de las variables del estudio

Instrumentos	Media	Moda	D.T	Mínimo	Máximo
Ira estado	11,8	11	3,8	11	43
Ira rasgo	26,6	12	9,6	12	48
Ira control	27,3	32	5,3	8	32
Ira manifiesta	17,4	15	6,2	8	36
Ira contenida	18,2	21	4,2	8	29
Expresión total de la ira	24,2	16	12,5	7	70
Ansiedad	5,8	5	4,0	0	19
Depresión	4,8	5	3,4	0	17

En la tabla 1 se aprecian los siguientes resultados en el nivel descriptivo, en relación con las puntuaciones medias: la variable Ira estado tuvo puntuaciones medias muy bajas, lo que indica que estas personas experimentan muy pocos sentimientos de ira. En cuanto a ira rasgo las puntuaciones fueron medio bajas, lo que demuestra que estas personas experimentan esta emoción de forma moderada y piensan que son tratadas por los demás con respeto o debidamente. En ira control se observan puntuaciones medias muy altas, lo que indica que estas personas emplean mucha energía para calmar, reducir su ira tan pronto como le sea posible o en proveer y prevenir la experiencia y expresión exterior de la ira.

De acuerdo con ira manifiesta hubo puntuaciones medio bajas, lo que indica poca expresión de la ira verbal o físicamente, o que no son tan susceptibles a la evaluación negativa por parte de los demás. En la ira contenida hubo puntuaciones medias, lo que evidencia que la manifestación de ira es moderada en estas personas. Con respecto a la expresión total de ira se encontraron puntuaciones medio bajas, indicando que, en general, estas personas no experimentan sentimientos de ira que deban ser suprimidos o expresados en conductas agresivas (o producirse ambos hechos).

De acuerdo con las puntuaciones de la Escala HAD, se puede apreciar que los síntomas de ansiedad y depresión son relativamente bajos con respecto a los puntos de corte de validación de la escala Colombiana del HAD que es de 8 puntos para diagnosticar síntomas depresivos y de 9 puntos para diagnosticar ansiedad según los planteamientos de Rico, Restrepo y Molina (2005).

Tabla 2. Correlación de las diferentes subescalas del STAXI y del HAD

	Ira Rasgo	Ira Contenida
Ira Manifiesta	,683	,627
Ira Contenida	,654	-
Ansiedad	,502	-

p>0,5

En la tabla 2 se describen los resultados del coeficiente de correlación de Pearson de todas las variables del estudio. Se encontró que hubo correlaciones altas positivas ($p > 0,5$) con respecto a algunas de las dimensiones del STAXI entre sí, de la Escala HAD con el STAXI y de algunas variables sociodemográficas entre sí. Se puede observar que la subescala de Ira Rasgo del STAXI tuvo correlaciones positivas con: ira manifiesta (0,683), ira contenida (0,654) y HAD ansiedad (0,502). Por último, ira contenida del STAXI tuvo relación inversamente proporcional con Ira Manifiesta (0,627).

Discusión

En el presente estudio se trabajó con una muestra de 103 pacientes de ambos géneros diagnosticados con hipertensión arterial de Medellín (Colombia), con una edad media de 59,8 años, la mayoría fueron amas de casa casadas y con estudios de básica primaria.

En este estudio no se encontraron niveles clínicos de ira ni de ansiedad ni depresión en los pacientes con diagnóstico de hipertensión; en estas personas se evidenciaron mecanismos de supresión de la ira, a la vez, que altos niveles de control de esta emoción. Al respecto, Amaya, Gordillo y Restrepo (2006) encontraron en una muestra de población general colombiana (1.001 sujetos) una alta presencia de afrontamiento emocional represivo.

Por otro lado, numerosos estudios han encontrado en pacientes hipertensos altos niveles de ansiedad, depresión e ira (Spicer & Chamberlain, 1996; Camuñas, Pérez & Iruarrizaga 2000; Julkunen & Ahlsröm, 2006; Vetere, et al., 2007; Han, et al., 2008). Sin embargo, en otros estudios se han encontrado resultados similares a nuestra investigación como los estudios de Casado (1994) y el de Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger (1997), quienes plantean que los sujetos hipertensos no muestran diferencias en cuanto a la experiencia de ira, con respecto a sujetos normales, pues presentan una frecuencia similar de reacciones de ira y de enfado. Además, es importante resaltar que en un estudio similar desarrollado por Ferrer, Montoya,

Osorio, Posada y Caraballo (2003) en Medellín, que pretendió analizar las diferencias del comportamiento de las variables psicosociales como estrés, apoyo social, ira, ansiedad y depresión entre un grupo de pacientes coronarios y un grupo de no coronarios, no se encontraron diferencias significativas en las variables psicosociales entre los dos grupos estudiados.

En cambio, algunas investigaciones plantean que se ha encontrado relación entre las reacciones y desórdenes emocionales en sujetos hipertensos como la ira y la ansiedad (Camuñas et al., 2000), igual que en nuestro estudio, en el que se encontraron correlaciones significativas entre estas dos variables.

Otros autores informan, además, que hay datos contradictorios en investigaciones que han buscado relacionar la ira y la hipertensión arterial, indicando que quienes presentan ira hacia afuera presentan más alto riesgo de padecer trastornos cardiovasculares, mientras quienes suprimen la ira tienen un riesgo más alto de hipertensión. A pesar de esto, también se ha encontrado una relación positiva entre hipertensión con la inhibición en la expresión de la ira y la excesiva expresión de la ira. Las personas hipertensas que suprimen la ira tienen más riesgo o son vulnerables a eventos coronarios en comparación con sujetos normotensos. Esta relación se acentúa a medida que el sujeto tenga una supresión de ira en puntos extremos, es decir, de muy baja a muy alta (Fernández-Abascal & Martín, 2001; Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel & Spielberger, 2001).

En definitiva, los estudios no son aún concluyentes a pesar de que las investigaciones sobre el área tienen más de treinta años. Sería entonces interesante que se desarrollen estudios específicos sobre el peso relativo de las emociones negativas y los factores demográficos, especialmente del género en pacientes hipertensos colombianos.

Referencias

- Amaya, A.C., Gordillo, L.D. & Restrepo, M. (2006). Validación del cuestionario PCTC en población colombiana. *Avances en Medición*, 4 (1), 91-110.
- Camuñas, N., Pérez, M.A. & Iruarrizaga, I. (2000). *Intervención en ansiedad e ira en pacientes hipertensos*. Recuperado el 17 de septiembre de 2008, de: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa28/conferencias/28_ci_d.htm.
- Casado, M.I. (1994). *Ansiedad, estrés y trastornos psicofisiológicos*. Disertación doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- European Society of Hypertension (2003). European Society of Cardiology Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *Journal of Hypertension*, 21, 1011-1053.
- Fernández-Abascal, E.G. (1993). *Hipertensión: Intervención psicológica*. Madrid, España: Eudema.
- Fernández-Abascal, E.G. & Martín, M.D. (2001). Estrés y prevención coronaria. En J.M. Buceta, A.M. Bueno & B. Mas (Eds.). *Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo* (pp. 105-166). Madrid, España: Dykinson.
- Ferrer, A., Montoya, E.A., Osorio, C.Y., Posada, S.R. & Caraballo, D.I. (2003). Evaluación de factores psicosociales en un grupo de pacientes coronarios y un grupo de no coronarios. *Psicología Conductual: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 1, 187-200.
- González-Juanatey, J.R., Mazón, P., Soria, F., Barrios, V., Rodríguez, L. & Bertomeu, V. (2003). Actualización de las Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial. *Revista Española de Cardiología*, 56, 487-497.

- Han, J., Yin, X.M., Xu, F., Hong, X., Liang, Y.Q. & Wang, Z.Y. (2008). A Case-Control Study on Depression and Anxiety in Hypertensive Patients. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*, 29 (2), 125-127.
- Hogan, B.E. & Linden, W. (2004). Anger Response Styles and Blood Pressure: At Least Don't Rumininate about it! *Annals of Behavioral Medicine*, 27(1), 38-49.
- Julkunen, J. & Ahlsröm, R. (2006). Hostility, Anger, and Sense of Coherence as Predictors of Health-Related Quality of life. Results of an ASCOT substudy. *Journal of Psychosomatic Research*, 61 (1), 33-39.
- Kaplan, N. (1995). *Tratamiento de la hipertensión*. Texas: Willey.
- Leiker, M. & Hailey, B.J. (1988). A Link Between Hostility and Disease: Poor Health Habits? *Behavioral Medicine*, 14 (3), 129-133.
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C. & Sykes, C. (2008). *Psicología de la Salud: Teoría, investigación y práctica*. México, D.F: Manual Moderno.
- Martín, R., Baena, J.M., Boronal, A. A., Álvarez, B., González, I., Raidó, E. M., Oller, M., Martínez, J.L., Rovira, M., del Val García, J.L., Tomás, J., Pomares, M. & Piñol, P. (2005). Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en atención primaria. *Revista Española de Cardiología*, 58, 367-373.
- Miguel-Tobal, J.J., Casado, M.I., Cano-Vindel, A. & Spielberger, C.D. (1997). El estudio de la ira en los trastornos cardiovasculares mediante el empleo del Inventario de la Expresión de la Ira Estado-Rasgo. *Ansiedad y Estrés*, 3, 5-20.
- Miguel-Tobal, J.J., Casado, M.I., Cano-Vindel, A. & Spielberger, C.D. (2001). *Inventario de expresión de ira estado-rasgo STAXI-2*. Madrid, España: Tea.
- Montero, I. & León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2 (003), 503-508.
- PAHO. (1998). Colombia: situación general y tendencias. En PAHO (Ed.). *La salud en las Américas* (Volumen II, pp. 184-197). Washington, D.C.: PAHO.
- Pelechano, V. (2008). *Enfermedades crónicas y psicología*. Madrid, España: Klinik.
- Rico, J.L., Restrepo, M. & Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Avances en Medición*, 3 (1), 73-86.
- Sandín, B. (1999). *Estrés psicosocial*. Madrid, España: Klinik.
- Smith, T.W. & Christensen, A.J. (1992). Hostility, Health, and Social Contexts. In H.S. Friedman (Ed.). *Hostility, Coping and Health*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Spicer, J. & Chamberlain, K. (1996). Cynical Hostility, Anger, and Resting Blood Pressure. *Journal Psychosomatic Research*, 40 (4), 359-368.
- Spielberger, C.D (1988, 1996). *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory*. Odessa, F.L: Psychological Assessment Resources.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la Salud* (6a edición). México: McGraw-Hill.
- Tejada, E.L., Herrera, J.A. & Moreno, C.H. (2000). Identificación temprana de riesgo cardiovascular y de cáncer por pruebas-filtro de laboratorio en funcionarios de la Universidad del Valle, Cali, Colombia 1999-2000. *Colombia Médica*, 31, 131-134.
- Vetere, G., Ripaldi, L., Ais, E., Korob, G., Kes, M. & Villamil, A. (2007). Prevalence of Anxiety

Disorders in Patients with Essential Hypertension. *Vertex*, 18 (71), 20-25.

Wagner, J.A., Pietrzak, R.H. & Petry, N.M. (2008). Psychiatric Disorders Are Associated with Hospital Care Utilization in Persons with Hypertension: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Article 1. Recuperado el 15 de septiembre de 2008 de: <http://www.springerlink.com/content/?k=Psychiatric+disorder+s+are+associated+with+hospital+care+utilization+in+persons+with+hypertension>.

Williams, R.B., Barefoot, J.C. & Shekelle, R.B. (1985). The Health Consequences of Hostility. In M.A. Chesney & R.H. Rosenman (eds.). *Anger and Hostility in Cardiovascular and Behavioral disorder* (pp. 173-185). New York: Mc Graw-Hill.

Wolf-Maier, K., Cooper, R.S., Banegas, J.R., Giampaoli, S., Hense, H.W., Joffres, M. Kastarinen, M., Poulter, N., Primatesta, P., Rodríguez-Artalejo, F., Stegmayr, B., Thamm, M., Toumlehto, J., Vanuzzo, D. & Vescio, F. (2003). Hypertension Prevalence and Blood Pressure Levels in 6 European Countries, Canada, and the United States. *JAMA*, 289 (18), 2363-2369.