

Factores asociados con la vulnerabilidad emocional y la baja adherencia al tratamiento en la hipertensión esencial

J. F. Alemán y B. Rueda

Juan Francisco Alemán Ramos es Psicólogo en el Centro de Salud de Agaete (Gran Canaria). Beatriz Rueda Laffond es profesora en el Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNED.

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) representa una enfermedad cardiovascular crónica, además de ser un importante factor de riesgo para otras en-

fermedades cardiovasculares (ECVs) (Banegas, Villar, Graciani y Rodríguez-Artalejo, 2006).

La prevalencia de la HTA es muy elevada en los países desarrollados girando en torno a un 40% (Kearney et al., 2005). En el caso de España, esta prevalencia oscila entre un 35% y un 40% en personas con una edad media comprendida entre los 35 y los 65 años, incrementándose hasta el 60% en mayores de 60 años (Bertomeu y Castillo-Castillo, 2008).

Se ha evidenciado que los aspectos psicológicos, y en particular los factores emocionales, parecen tener especial relevancia en la morbi-mortalidad (Everson-Rose y Lewis 2005) y en el ajuste de los pacientes hipertensos (Consoli et al., 2010; Rueda y Pérez-García, 2004, 2006, 2007).

El papel que se podría atribuir a estos procesos es, sin embargo, todavía confuso y no del todo consistente. De hecho, si abordamos de forma separada la influencia de las emociones negativas, tradicionalmente estudiadas en el ámbito de la hipertensión, como la ansiedad, la depresión y la ira, la evidencia empírica obtenida muestra una serie de resultados con un cierto grado de incongruencia.

En el caso de la ansiedad, algunos trabajos no han evidenciado que esta emoción sea una variable relacionada con el hecho de presentar

hipertensión (Friedman et al., 2001; Jula, Salminen y Saarijärvi, 1999) mientras que en otros, se ha observado una relación significativa entre ser hipertenso y experimentar un mayor estado de ansiedad (Cheung et al., 2005; Rafanelli, Offidani, Gostoli y Roncuzzi, 2012).

Por lo que respecta a la depresión, los estudios demuestran mayores niveles de depresión en personas hipertensas que en individuos sanos (Rafanelli et al., 2012; Rääkkönen, Matthews y Kuller, 2001) evidenciándose también que la presencia de sintomatología depresiva se asocia con un mayor número de incidentes hipertensivos (Sterna, Dhanda y Hazuda, 2009). Asimismo, se ha encontrado una asociación positiva entre la depresión y la comorbilidad con otras ECVs, siendo también peor el control de la enfermedad cuando aparece sintomatología depresiva (Jokisalo, Enlund, Halonen, Takala y Kumpusalo, 2003). Sin embargo, hay datos que ponen de manifiesto la ausencia de diferencias significativas en depresión entre pacientes hipertensos y personas normotensas (Wiehe et al., 2006).

Otra emoción negativa, cuya posible relación con la hipertensión ha sido especialmente investigada, es la ira (Dimsdale et al., 1986; Schneider, Egan, Johnson, Drobny y Hyjulius, 1986). En el caso de la ira interiorizada, es decir, cuando la persona intenta suprimir verbal o físicamente los sentimientos de enfado, se ha constatado su relación con una mayor prevalencia de la hipertensión y con un aumento en los niveles de tensión arterial (TA) (Goldstein, Edelberg, Meier y Davis 1988; Hosseini, Mokhberi, Mohammadpour, Mehrabianfard, Lashak, 2011). En algunos trabajos, sin embargo, no se ha encontrado una asociación significativa entre ésta y mayores niveles de TA (Harburg, Gleiberman, Russell y Cooper, 1991; Porter, Stone y Schwartz, 1999). Dado que estas investigaciones fueron realizadas en población no clínica, podría suceder que la relación entre la ira interiorizada y la HTA fuera relevante en población con HTA ya diagnosticada.

Con respecto a la ira exteriorizada, es decir, la manifestación abierta de forma verbal o física de los sentimientos de ira, parece que también está asociada con un aumento de la TA (Everson, Goldberg, Kaplan, Julkunen y Salonen, 1998; Harburg et al., 1991); aunque algunas investigaciones, en las que se ha estudiado conjuntamente la ira exteriorizada y la ira interiorizada (Harburg, Blakelock y Roeper, 1979) han puesto de relieve que mientras que la ira exteriorizada se asociaba con incrementos en la tensión arterial, la ira interiorizada lo hacía con niveles más bajos.

Otro proceso emocional que ha sido menos estudiado, pero que está siendo objeto de atención por su posible vinculación con la HTA, es la alexitimia. La alexitimia consiste en la dificultad cognitiva y afectiva para identificar y describir las emociones, junto con la presencia de un estilo de pensamiento centrado en los aspectos externos y utilitarios de la realidad (Bagby, Taylor y Parker, 1994). Algunos trabajos han mostrado

una asociación consistente entre alexitimia y HTA moderada o severa (Byrne y Ditto, 2005; Rafanelli et al., 2012), así como una relación con la presencia de arterioesclerosis carotídea en personas hipertensas que tenían niveles altos de alexitimia (Grabe et al., 2010). De igual forma, se ha postulado que la alexitimia puede representar una variable de riesgo de HTA, con independencia de otros factores como el nivel de ingesta de alcohol y sodio, el índice de masa corporal y el estado físico (Jula et al., 1999).

Por otra parte, la posible repercusión emocional que puedan tener aspectos como la duración de la enfermedad y el género del paciente, representan dos cuestiones que merecen una especial atención en el contexto de la hipertensión esencial.

Algunos resultados que indican que conforme la hipertensión se va cronificando, se produce un aumento en las emociones negativas del paciente (Räikkönen et al. 2001; Schneider et al., 1986). En este sentido destaca en estudio realizado por García, Medina, Solano, Gómez, y Gómez (2010). En él se analizó de forma exploratoria el impacto emocional que tenía el hecho de recibir el diagnóstico de HTA esencial, utilizando para ello los relatos que hacían las mujeres después de haber recibido dicha información. A partir de los datos obtenidos, estos investigadores observaron que la recepción del diagnóstico de hipertensión arterial generaba un impacto negativo, el cual daba lugar a alteraciones emocionales. Estos cambios emocionales, a su vez, repercutían sobre el control de la presión arterial.

Con respecto al género y su asociación con la HTA, se constata que este trastorno resulta más prevalente en los hombres que en las mujeres (Minh, Byass, Chuc y Wall, 2005), si bien, se da la paradoja de que, por grupos de edad y a partir de los cincuenta y cinco años, la prevalencia es mayor en las mujeres.

Junto a esta evidencia epidemiológica, un hecho notable es que el ajuste físico y psicológico a la ECV es peor en las mujeres (Brink, Karlsson y Hallberg, 2002). En esta línea se ha observado, por ejemplo, mayores niveles de ansiedad en mujeres hipertensas que en hombres hipertensos (Cheung et al., 2005), si bien en algunos casos, estos efectos parecen estar moderados por la edad (Markovitz, Matthews, Kannel, Cobb y D'Agostino, 1993).

Con respecto a la ira interiorizada, algunos estudios han hallado diferencias significativas entre hombres y mujeres referidas a la tensión arterial sistólica (TAS), siendo los hombres que mostraban una mayor ira interiorizada los que se caracterizaban por cifras de TAS más altas (Dimsdale et al., 1986). En cuanto a la ira exteriorizada, hay datos que avallan que la relación entre el sexo y este tipo de emoción era también significativa, si bien sólo en el caso de las mujeres, presentando una TAS más baja aquellas mujeres que se caracterizaban por mayores niveles de ira exteriorizada (Goldstein et al., 1988). Finalmente, en referencia a

la alexitimia, hasta la fecha no se han encontrado estudios que aborden en pacientes hipertensos las posibles diferencias que puede haber en este proceso emocional en función del sexo.

Esta disparidad de resultados pone de manifiesto, la necesidad de una mayor investigación en torno a estas variables emocionales, con el objeto de examinar en pacientes que padecen hipertensión si tanto la duración de la enfermedad como el sexo repercuten de forma diferencial sobre dichas variables.

Además de la consideración de los procesos emocionales, otro elemento que resulta esencial a la hora de manejar adecuadamente la HTA es su tratamiento, el cual implica la instauración y el mantenimiento de cambios importantes en el estilo de vida del paciente (como el cuidado de la dieta, la realización de ejercicio, el abandono del tabaco y la reducción del consumo de alcohol), combinado todo ello con la toma sistemática de la medicación prescrita.

A pesar de que los tratamientos farmacológicos han demostrado ser efectivos para el control de la HTA dentro del laboratorio, esta efectividad no se refleja posteriormente en el contexto natural de los pacientes (Kaplan, 1991; Marín et al., 2005), sugiriéndose que el escaso control de la HTA podría ser consecuencia de la falta de adherencia al tratamiento (Márquez et al., 2008).

Estas cuestiones ponen de manifiesto, por lo tanto, que la conducta de adherencia en el ámbito de la HTA constituye un proceso complejo y multicomponente. Este planteamiento ha generado una considerable cantidad de investigación centrada en tratar de comprender qué factores podrían estar influyendo sobre las conductas de adherencia (Benson y Britten, 2002; 2003).

Diferentes investigaciones (Katon y Ciechanowski, 2002; Sanz et al., 2010) han subrayado que los estados emocionales negativos, y principalmente la depresión (Wang et al., 2002), se relacionan con una peor implementación de las prescripciones médicas, una mayor frecuencia de hábitos de vida nocivos y una mayor probabilidad de tener sobrepeso (Kim, Han, Hill, Rose y Roary, 2003; Rueda y Pérez, 2007).

Por otro lado, factores no modificables, como la edad, la comorbilidad, el sexo y la duración de la enfermedad también pueden guardar relación con la adherencia (Caro, Salas, Speckman, Raggio y Jackson, 1999; Degli et al., 2002). En el caso de la duración de la enfermedad, su posible vinculación ha sido todavía poco explorada; mientras que con respecto al género algunos trabajos señalan que las mujeres muestran mayor adherencia que los hombres (Ross, Walker y MacLeod, 2004). Sin embargo, hay estudios en los que no se han encontrado diferencias significativas en función del sexo (Taira et al., 2007).

Con respecto a la edad, se ha constatado que los pacientes más jóvenes y los que presentan mayor comorbilidad con otras enfermedades cardiovasculares son los que demuestran una peor adherencia (Tai-

ra et al., 2007). La investigación de Ross et al. (2004) puso de relieve que cuanto más jóvenes eran los pacientes, mayor era la respuesta emocional negativa ante la percepción de la enfermedad, y peor el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo.

A partir de los diferentes aspectos teóricos comentados y de los resultados obtenidos en los distintos estudios, los objetivos de este estudio fueron los siguientes: por un lado, estudiar, en una muestra de pacientes hipertensos las posibles diferencias que podía haber en los factores emocionales (i.e., malestar emocional, ira interiorizada, ira exteriorizada y alexitimia) y en el incumplimiento del tratamiento en función de la historia de enfermedad (i.e., años transcurridos desde el diagnóstico) y el sexo. Y por otro, examinar la posible relación entre los factores emocionales y el incumplimiento del tratamiento.

En cuanto a las hipótesis planteadas esperábamos, por un lado, la existencia de diferencias en el perfil de las emociones negativas y el incumplimiento de las pautas de tratamiento en función del sexo y la historia de la enfermedad. Por otro lado, especulamos que la presencia de emociones negativas se relacionaría con un mayor incumplimiento del tratamiento.

Metodología

Participantes y procedimiento

Para realizar esta investigación, se recurrió a una población diana de 850 personas con diagnóstico de HTA esencial moderada o crónica. Estas personas pertenecían al Centro de Salud de Agaete, adscrito al Servicio Canario de Salud en Gran Canaria; y estaban incluidas en el programa de visitas periódicas programadas para el control de su hipertensión.

La muestra se seleccionó por un muestreo aleatorio sistemático. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: personas de ambos sexos, con una edad comprendida entre los 18 y los 70 años y un diagnóstico de HTA esencial. Se descartaron aquellas personas que presentaban un diagnóstico de enfermedad cardiovascular o cerebrovascular, insuficiencia renal, cáncer, diabetes, asma, o enfermedad psiquiátrica; y aquellas otras que durante el último año habían estado en tratamiento psicológico.

Para contactar con los pacientes, se recurrió a aquellos que acudían a las consultas de enfermería. Asimismo, se procedió a contactar telefónicamente y mediante correo postal con 80 pacientes, a los cuales no había sido posible localizar de otra manera.

Una vez informados de la investigación, se entregó el cuadernillo a aquellos pacientes que aceptaron participar en el estudio. El cuadernillo debían llevarse a casa y devolverlo cumplimentado.

De los 260 pacientes a los cuales se les entregó el cuadernillo, 41 fueron eliminados dado que, o bien cumplían alguno de los criterios de exclusión, o bien no habían rellenado adecuadamente el cuestionario. La muestra final del estudio quedó compuesta por 219 personas con un diagnóstico de HTA esencial moderada o crónica.

Instrumentos y escalas

Información sociodemográfica y relativa a la historia de enfermedad: para recabar esta información se realizaron una serie de preguntas abiertas sobre el sexo, la edad y la historia de la enfermedad.

Cuestionario de Adherencia al tratamiento (ADH-HTAe). Este instrumento fue creado específicamente para el estudio con el objeto de evaluar el grado de adherencia al tratamiento. Consta de 21 ítems, contruidos a partir de la estructura de preguntas que contiene el Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica en hipertensión arterial (MBG, Martín, Bayarre, y Grau, 2008) y el Test de Morisky, Green y Levine (1986). De estos 21 ítems, 9 puntúan de forma invertida. El formato de respuesta es de tipo Likert con cinco puntos (desde 1= nunca hasta 5= siempre).

Puesto que una alta puntuación representa un nivel bajo de adherencia, en el presente estudio esta variable se denominó "incumplimiento del tratamiento". El coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de la escala es este estudio fue de .87.

Escala de Expresión de la Ira (AX; Spielberger, Jacobs, Rusell, y Crane, 1983). Este instrumento forma parte del Inventario Rasgo-Estado de Ira y su Expresión (STAXI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1988). Evalúa la forma en que, una vez que el individuo se enfada, expresa la ira. Se compone de 25 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos (desde 1=casi nunca hasta 4=casi siempre).

Consta de tres subescalas: la ira exteriorizada (10 ítems), que es la tendencia a manifestar abiertamente los sentimientos de ira; la ira interiorizada (7 ítems), que representa el intento de suprimir verbal o físicamente los sentimientos de enfado; y el control de la ira (8 ítems), que refleja la tendencia a controlar esta emoción y recanalizarla de forma adecuada. En la presente investigación se utilizaron las subescalas de ira interiorizada y la de ira exteriorizada, puesto que el control de esta emoción, parece no guardar relación clara con la HTA (Everson et al., 1998). Por otra parte, los coeficientes alpha que se obtuvieron de las dos subescalas fueron elevados ($\alpha=.81$ para la ira interiorizada; y $\alpha=.86$ para la ira exteriorizada).

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS; Zigmond y Snaith, 1983). Esta escala evalúa el nivel de ansiedad y depresión que produce el padecimiento de un problema de salud que requiere tratamiento hospitalario. Contiene 14 ítems distribuidos en dos subescalas (ansiedad y depresión), con siete ítems cada una de ellas. Cada ítem

presenta un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos, oscilando el rango de puntuación entre 0 y 3.

Puesto que el HADS permite cambiar el marco temporal al cual se refiere el nivel de ansiedad y depresión experimentado por la persona, en el presente estudio se tomó como marco de referencia el nivel de ansiedad y depresión sentido durante el último mes. Asimismo, utilizamos sólo la puntuación total obtenida en la escala, dado que la magnitud de las correlaciones entre esta variable y cada una de las dos subescalas resultó bastante elevada ($r=.90$ para depresión y $r=.91$ para ansiedad). A la variable que indicaba esta puntuación global se la denominó "malestar emocional". El coeficiente de fiabilidad de la escala total fue en esta investigación alto ($\alpha =.86$).

Escala Toronto de Alexitimia de 20 ítems (TAS-20; Bagby, Parker y Taylor, 1994a; 1994b). Este instrumento evalúa el rasgo de alexitimia y se compone de 20 ítems, con un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos (desde 1=nada hasta 5=mucho). Consta de tres subescalas: la TAS 1 (7 ítems), que mide la dificultad para identificar los sentimientos; la TAS 2 (5 ítems), que evalúa la dificultad para describir los sentimientos; y la TAS 3 (8 ítems), que mide el pensamiento utilitario y orientado hacia el exterior. En nuestro estudio utilizamos la puntuación global obtenida en alexitimia siendo el coeficiente de fiabilidad alpha de Cronbach para la escala total elevado ($\alpha =.84$).

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 15 para Windows.

La variable edad se categorizó en dos grupos, siendo el punto de corte ≥ 49 años dado que este valor representaba el punto medio del rango real de la edad de la muestra (18-70 años). De este modo, en un grupo se incluyeron a los participantes cuya edad era < 49 años, y en el otro, a los participantes cuya edad era ≥ 49 años. Con respecto a la historia de la enfermedad, se crearon tres grupos en función de que su duración fuera "inferior a un año", "entre uno y cinco años" o "superior a cinco años".

Para calcular el grado de asociación entre la historia de la enfermedad, el sexo y edad se usó la prueba de Chi Cuadrado (χ^2), además de la correlación eta para variables nominales (sexo) y de intervalo (historia de enfermedad y edad).

Antes de llevar a cabo los análisis univariados se realizó la transformación de las variables relativas a la ira exteriorizada y al incumplimiento, para de esta forma, garantizar la necesaria homogeneidad de las varianzas (LEVENE $> .05$). Se calculó la puntuación recíproca elevándola a la potencia (-1) en el caso de la ira exteriorizada, y a la potencia (-,5) en el caso del incumplimiento.

Posteriormente, se realizaron una serie de análisis univariados de covarianza (ANCOVAs) para poder examinar el efecto que la historia de la enfermedad y el sexo podían tener sobre las distintas variables emocionales (alexitimia, malestar emocional, ira exteriorizada e ira interiorizada) y el incumplimiento del tratamiento, controlando la influencia de la edad (covariable). Por otra parte, se calcularon las correlaciones bivariadas para determinar la relación que había entre las variables emocionales y el incumplimiento.

El nivel de significación que se fijó para todos los análisis fue $p < .05$.

Resultados

Características descriptivas de la muestra

La muestra final estuvo compuesta por 219 personas. Entre ellas, 105 eran hombres (47,9%) y 114 mujeres (52,1%). La edad media fue de 56 años (DT=10,95), estando el rango de edad comprendido entre los 18 y los 70 años.

La distribución de la muestra según el sexo, los grupos establecidos para la edad y la historia de la enfermedad se muestran en las Tablas 1 y 2. Como puede apreciarse en la Tabla 1, en relación con la historia de la enfermedad, un 16,9% del total de los pacientes se situó en el grupo de “menos de un año de diagnóstico”; un 45,7% en el grupo de “entre 1 y cinco años de diagnóstico”; y un 37,4% en el de “más de 5 años”. En cuanto a la edad un 23,7% de la muestra se distribuyó en el grupo de jóvenes y un 76,3% en el grupo de mayores.

Los estadísticos descriptivos obtenidos con el total de la muestra en las variables utilizadas, así como los coeficientes alpha de las escalas, se indican en la Tabla 3.

Relación entre el sexo y la edad con la historia de la enfermedad

Con respecto al grado de asociación entre el sexo, la edad y la historia de la enfermedad en la muestra total, se evidenció que la asociación entre el sexo y la historia era significativa ($\chi^2(2) = 14,90$, $p < .001$; correlación $Eta = .26$, $p < .001$), observándose que las mujeres presentaban una historia de enfermedad significativamente más larga que los hombres. En cuanto a la relación entre la edad y la historia, el resultado también fue significativo ($\chi^2(2) = 15,91$, $p < .001$; correlación $Eta = .27$, $p < .001$), encontrándose que en el grupo de participantes de mayor edad, la historia de la enfermedad era significativamente más larga, que la de los participantes más jóvenes.

Tabla 1

Distribución de la muestra según sexo, edad e historia de la enfermedad

HISTORIA DE ENFERMEDAD	SEXO N (%)			EDAD N (%)		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	JOVENES (18-48 años)	MAYORES (49-70 años)	TOTAL
MENOS DE 1 AÑO (% sobre el total)	24 (11,0%)	13 (5,9%)	37 (16,9%)	18 (8,2%)	19 (8,7%)	37 (16,9%)
ENTRE 1 Y 5 AÑOS (% sobre el total)	55 (25,1%)	45 (20,5%)	100 (45,7%)	21 (9,6%)	79 (36,1%)	100 (45,7%)
MÁS DE 5 AÑOS (% sobre el total)	26 (11,9%)	56 (25,6%)	82 (37,4%)	13 (5,9%)	69 (31,5%)	82 (37,4%)
MUESTRA TOTAL (% sobre el total)	105 (47,9%)	114 (52,1%)		52 (23,7%)	167 (76,3%)	

Tabla 2

Distribución de la muestra según el sexo y los grupos de edad

EDAD	SEXO N (%)		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
JOVENES (18-48 años)	31 (14,1%)	21 (9,56%)	52 (23,7%)
MAYORES (49-70 años)	74 (33,8%)	93 (42,5%)	167 (76,3%)
MUESTRA TOTAL	105 (47,9%)	114 (52,1%)	

Tabla 3

Descriptivos de las variables emocionales y del incumplimiento del tratamiento para el total de la muestra

	M (DT)	Rango Real	Rango Posible	Coefficiente Alpha
Alexitimia	51,4 (13,00)	20 - 86	20 - 100	.84
Malestar Emocional	13,69 (7,49)	0 - 40	0 - 42	.86
Ira Exteriorizada	18,16 (6,39)	10 - 40	10 - 40	.86
Ira Interiorizada	14,89 (4,94)	7 - 28	7 - 28	.81
Incumplimiento	46,54 (15,21)	21 - 105	21 - 105	.87

La asociación entre el sexo y la edad fue asimismo significativa ($\chi^2(2) = 8,05, p < .05$; correlación Eta $r = .19, p < .05$), constatándose que en el grupo de pacientes de mayor edad había más mujeres.

Estos datos indicaban, por lo tanto, que existía una asociación entre el sexo y la historia de la enfermedad, apreciándose que conforme aumentaba la duración de la historia de enfermedad, el número de mujeres con hipertensión también era mayor. Además, se puso de manifiesto la asociación entre la edad y la historia de enfermedad, de manera que cuanto mayor era la edad de los pacientes, su historia de hipertensión era también más larga.

Diferencias en los factores emocionales y el incumplimiento del tratamiento según el sexo y la historia de la enfermedad

Los ANCOVAS realizados, en los cuales se introdujo la edad como covariante, indicaron que, considerando el efecto conjunto del sexo y la historia de la enfermedad, había diferencias significativas en todas las variables emocionales salvo en la ira exteriorizada y el incumplimiento del tratamiento (ver Tabla 4).

La inspección de los ANOVAs revela, en primer lugar, que la historia de la enfermedad estaba significativamente relacionada con la alexitimia ($F_{(2, 218)} = 3,20, p < .05$) y con la ira interiorizada ($F_{(2, 218)} = 7,49, p < .001$). En particular, se encontró que los participantes cuyo diagnóstico se había realizado hacía más de cinco años, tenían por un lado, un mayor grado de alexitimia, en comparación con las personas que habían sido diagnosticadas de hipertensión hacía menos de un año; y por otro, su nivel de ira interiorizada era más bajo que el de los pacientes cuyo diagnóstico de hipertensión se había hecho entre uno y cinco años antes.

Asimismo, se encontró que el sexo afectaba al nivel de malestar ($F_{(1, 218)} = 8,97, p < .05$), apreciándose que las mujeres presentaban en esta variable una puntuación significativamente más alta, en comparación con los hombres. En el resto de factores emocionales, no se encontraron diferencias significativas en función del sexo.

Finalmente, se observó una asociación significativa de la historia de la enfermedad ($F_{(2, 218)} = 6,40, p < .05$) y la edad ($F_{(1, 218)} = 12,89, p < .05$) con respecto al incumplimiento del tratamiento. En concreto, los pacientes hipertensos cuyo diagnóstico era inferior a un año presentaron menores niveles de incumplimiento del tratamiento, es decir, mejor adherencia, frente a los pacientes con más de cinco años de diagnóstico y a los pacientes cuyo diagnóstico se había hecho entre uno y cinco años antes (ver tabla 4). De otro lado, los participantes con mayor edad refirieron menores niveles de incumplimiento ($M_{\text{ajust}} = 150$) en comparación con los pacientes más jóvenes ($M_{\text{ajust}} = 159$).

Tabla 4

ANCOVAs y medias ajustadas en los factores emocionales y el incumplimiento del tratamiento en función del sexo y la historia de la enfermedad

	ANCOVAs	Sexo		Historia		
		Mujer	Hombre	Menos de 1 año	Entre 1 y 5 años	Más de 5 años
Alexitimia	$F_{(6,218)}=2,55^{**}$	48,85	51,55	46,54 _b	50,64	53,42 _b
Malestar Emocional	$F_{(6,218)}=3,06^{**}$	11,61 _a	14,99 _a	13,02	13,38	13,50
Ira exteriorizada	$F_{(6,218)}=,64$,61	,62	,06 ₃	,05 ₉	,06 ₂
Ira interiorizada	$F_{(6,218)}=3,04^{**}$	15,15	15,03	16,47 _c	15,67 _d	13,16 _{c, d}
Incumplimiento	$F_{(6, 218)}=4,63^{**}$,14 ₉	,15 ₁	,140 _{e, f}	,151 _e	,157 _f

* Subíndices iguales indican diferencias significativas entre los grupos en cada una de las variables del estudio; ** $p < .05$.

Relaciones entre las variables emocionales y el incumplimiento del tratamiento

En relación con el grado de asociación que tenían las diferentes variables emocionales (alexitimia, malestar emocional, ira exteriorizada e ira interiorizada) entre sí, se encontró que el malestar emocional correlacionaba de forma positiva con la alexitimia y la ira exteriorizada. Asimismo, la alexitimia se relacionó con mayores niveles de ira exteriorizada (ver Tabla 5).

De esta forma, conforme mayor era el malestar emocional de los participantes, mayor era el grado de dificultad que tenían para identificar y expresar sus emociones y más elevada era también la exteriorización de la ira.

Con respecto a la asociación entre las variables emocionales con el incumplimiento del tratamiento, se encontró que el incumplimiento se relacionaba con mayores niveles de ira interiorizada y con un menor grado de alexitimia (ver Tabla 5).

Tabla 5

Intercorrelación entre las variables emocionales y el incumplimiento

	Alexitimia	Malestar Emocional	Ira Exterior.	Ira Interior.	Incumplimiento
Alexitimia	1				
Malestar Emocional	,51 (**)	1			
Ira Exteriorizada	,25 (**)	,15 (*)	1		
Ira Interiorizada	-,08 (ns)	-,01 (ns)	,07 (ns)	1	
Incumplimiento	-,15 (*)	-,02 (ns)	,40 (**)	,054 (ns)	1

* $p < .05$; ** $p < .01$.

Discusión

Con el presente estudio se ha tratado de examinar, en una muestra de pacientes diagnosticados de hipertensión arterial esencial, las posibles diferencias que, en función del sexo y la historia de enfermedad (años de diagnóstico), podía haber en el perfil emocional de los pacientes (en particular en los niveles de alexitimia, malestar emocional, ira interiorizada y exteriorizada) y en el incumplimiento del tratamiento, controlando al mismo tiempo el efecto de la edad. Por otra parte, se ha analizado la relación que había entre los factores emocionales, y entre estas variables y el incumplimiento del tratamiento.

En primer lugar, es preciso señalar que de forma preliminar se apreció una asociación significativa entre el sexo y la historia de enfermedad, y en la misma línea entre la edad y la historia de enfermedad. De este modo, conforme más larga era la historia de enfermedad, mayor era también el número de mujeres, o lo que es lo mismo, había más mujeres con más años de diagnóstico que hombres. Asimismo, se evidenció que en la medida en que se incrementaba la edad, la historia de la hipertensión resultaba más larga, es decir, había más años de diagnóstico.

Estos resultados coinciden con el dato de que en las enfermedades cardiovasculares, el número de mujeres con una edad más avanzada es mayor (Banegas et al., 2006). No obstante, también se podría interpretar este resultado teniendo en cuenta la mayor frecuentación que las mujeres tienden a hacer de los servicios sanitarios (Grace et al., 2005), lo cual puede facilitar la realización de diagnósticos más tempranos y por lo tanto, el establecimiento de un contacto más largo con la enfermedad, o al menos con la conciencia de padecerla.

Con respecto a la posible variación en los aspectos emocionales y el incumplimiento del tratamiento según la historia de enfermedad y el sexo, los resultados apoyaron, de acuerdo con lo esperado, la existencia de un patrón emocional y de incumplimiento distinto y significativo según la duración de la hipertensión esencial y el sexo, independiente de la edad.

En concreto, las personas con una historia de enfermedad más larga mostraron una menor ira interiorizada y un mayor grado de alexitimia, en comparación con los pacientes que tenían un menor contacto con la enfermedad al ser su diagnóstico inferior a un año.

Estos datos pusieron de manifiesto, por una parte, que el nivel de ira interiorizada podía cambiar en función del tiempo de contacto con la enfermedad. Así, de acuerdo con los resultados hallados y en consonancia con estudios previos (Räikkönen et al., 2001 y Schneider et al., 1986), en la fase inicial del diagnóstico los niveles de ira interiorizada parecen ser más altos; mientras que conforme se prolonga el contacto con la enfermedad, este tipo de ira tiende a disminuir. Este proceso podría explicarse si tenemos en cuenta que en las primeras fases de la enfermedad, la persona ha de asumir su diagnóstico y tratar de adaptar-

se a ella, lo cual puede generar una respuesta de rabia e ira (García et al., 2010) En las fases posteriores, sin embargo, el paciente podría sentirse más capaz de aceptar la HTA, reaccionando ante ella con una mayor neutralidad emocional en lo que a la ira se refiere.

Por otra parte, en referencia a la alexitimia, los resultados obtenidos pusieron de relieve que este proceso emocional era significativamente más elevado en las fases avanzadas de la enfermedad. En particular, se evidenció que el grupo de pacientes en el grupo de más de cinco años, mostraba un mayor grado de alexitimia en contraste con los pacientes que se encontraban en el grupo con una duración de la enfermedad inferior al año.

Estos datos son coherentes con la evidencia encontrada en algunas investigaciones, en las que se muestra que los pacientes alexitímicos que tienen ECV presentan una satisfacción vital más baja (Valkamo et al., 2001) y una mayor angustia emocional (O'Connor y Ashley, 2008). De esta forma, se podría especular que, conforme la historia de la enfermedad se hace más larga, la alexitimia podría ser un tipo de respuesta emocional con la cual determinados pacientes podrían estar tratando de evitar identificar y sentir sus emociones negativas, intentando negar así la frustración o el malestar asociado con los acontecimientos negativos (Hayes et al., 1999), todo lo cual podría conducirles a un peor ajuste. Esta posibilidad requiere no obstante de un mayor contraste empírico, a través del cual poder delinear con más exactitud el impacto que puede tener la alexitimia en pacientes con una hipertensión de larga duración.

No obstante, la evidencia encontrada en este estudio con respecto a la alexitimia justifica la inclusión de este proceso emocional como variable de estudio, teniendo en cuenta además, el escaso número de estudios que lo han abordado dentro del ámbito de la hipertensión (Grabe et al., 2010; Julia et al., 1999).

Los resultados obtenidos pusieron también de relieve un patrón emocional diferente y significativo en función del sexo. En concreto, observamos que las mujeres, en comparación con los hombres, se caracterizaban por tener mayores niveles de malestar emocional. Estos resultados, si bien son coherentes con otras investigaciones (Grace et al., 2005; Rueda y Pérez, 2006), permiten ampliar la evidencia acerca de las diferencias de género en el marco de la HTA (Cheung et al., 2005), resaltando la necesidad de considerar el sexo como una variable que puede asociarse con factores emocionales diferentes según que el paciente hipertenso sea hombre o mujer.

Con respecto al incumplimiento de las pautas de tratamiento también se constataron diferencias en función de los años de diagnóstico y de la edad de los pacientes. Los datos reflejaron, de una parte, que los pacientes con menor duración de la enfermedad, esto es, inferior al año, eran más cumplidores del tratamiento médico en comparación con los

pacientes que se encontraban en los grupos con una historia de la enfermedad de más de cinco años, o entre uno y cinco años.

De otra parte, los pacientes con mayor edad mostraron un menor incumplimiento del tratamiento, es decir una mejor adherencia, en contraste con los más jóvenes. Estos datos apoyan la evidencia encontrada con respecto a la adherencia al tratamiento en las ECV, según la cual, la adherencia parece ser más difícil de mantener por las personas más jóvenes que por las más mayores (Ross et al., 2004; Taira et al., 2007).

Finalmente, en el estudio examinamos cómo se relacionaban los factores emocionales entre sí y con el incumplimiento del tratamiento. Los resultados mostraron que los pacientes hipertensos que referían un mayor incumplimiento, presentaban también mayores niveles de ira interiorizada y una dificultad más baja para identificar y expresar emociones, es decir, menos alexitimia. Asimismo, conforme mayor era el malestar emocional de los pacientes, mayor era también su grado de alexitimia y la exteriorización de la ira.

Estos datos sugieren, por un lado, que la ira interiorizada en comparación con la ira exteriorizada parece relacionarse con la falta de adherencia al tratamiento, mecanismo éste que podría dar lugar a mantener altos los niveles de la presión arterial incrementando así la prevalencia de la HTA (Dimsdale et al., 1986; Goldstein et al., 1988; Schneider et al., 1986).

Por otra parte, la alexitimia, si bien representa un déficit en el proceso de autorregulación emocional, podría tener un efecto relativamente protector sobre el seguimiento de las pautas de tratamiento, al favorecer que los pacientes alexitímicos pudieran dejarse influir más por el consejo proporcionado por el personal sanitario que los atiende mostrando un mayor grado de conformidad con éste y un menor incumplimiento del tratamiento (Behar, 2011; Espina, 2002).

Esta investigación cuenta con una serie de limitaciones que es preciso tener en cuenta. Por un lado, resultan necesarias nuevas investigaciones con las que esclarecer la influencia de la alexitimia en pacientes hipertensos, y explorar si determinados pacientes, al tener un prolongado contacto con la enfermedad, podrían estar utilizando la alexitimia como un mecanismo de adaptación inefectivo que les podría estar generando al mismo tiempo un mayor nivel de malestar.

Por otro, sería también interesante valorar, junto con el impacto del sexo y la historia de la enfermedad, otras variables que también parecen influir sobre las emociones y la adherencia al tratamiento, tanto en pacientes con hipertensión como en aquellos que padecen otro tipo de ECV. Estas variables incluyen el apoyo social del cual disponga el paciente; las características que tenga el médico o el profesional sanitario que atienda al paciente así como su capacidad para empatizar con éste; y la satisfacción que muestre el paciente con la relación terapéutica (Pérez-García, Sanjuán y Rueda, 2014).

Para concluir, podemos indicar que esta investigación pone de relieve la importancia que tienen la consideración del sexo y la historia de la propia enfermedad sobre el estado emocional del paciente así como sobre la adherencia que éste mantenga con respecto a su tratamiento. El conocimiento e identificación de las relaciones entre todos estos procesos es importante que se tenga en cuenta ya desde Atención Primaria, con el fin de poder plantear actuaciones concretas, efectivas y replicables. En este sentido, intervenciones de tipo cognitivo-conductual, tal y como quedan recogidas en las guías NICE (2009), resultan apropiadas para poder modificar en aquellos pacientes hipertensos que lo requieran los posibles estados cognitivos y emocionales que se encuentran alterados.

Referencias

- Bagby, M., Parker, D. A. y Taylor, J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Banegas, J.R., Villar, F., Graciani, A. y Rodríguez-Artalejo, F. (2006). Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en España. *Revista Española de Cardiología*, 6 (Supl. G), 3-12.
- Behar, R. (2011). Expresión emocional en los trastornos de la conducta alimentaria: Alexitimia y asertividad. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 49, 338-346.
- Benson, J. y Britten N. (2002). Patients decisions about whether or not to take anti-hypertensive drugs: Qualitive study. *British Medical Journal*, 325, 1-5.
- Benson, J. y Britten N. (2003). Keep taking the tablets. Balancing the pros and cons when deciding to take blood pressure treatment. *British Medical Journal*, 326, 1314-1315.
- Bertomeu, V. y Castillo-Castillo, J. (2008). Situación de la enfermedad cardiovascular en España. Del riesgo a la enfermedad. *Revista Española de Cardiología*, 8, 2-9.
- Brink, E., Karlson, B.W. y Hallberg, L.R.M. (2002). Health experiences of first-time myocardial infarction: Factors influencing women's and men's health-related quality of life after five months. *Psychology, Health and Medicine*, 7, 5-16.
- Byrne, N. y Ditto, B. (2005). Alexithymia, cardiovascular reactivity, and symptom reporting during blood donation. *Psychosomatic Medicine*, 67, 471-475.
- Caro, J. J., Salas, M., Speckman, J.L., Raggio, G. y Jackson, J.D. (1999). Persistence with treatment for hypertension in actual practice. *Canadian Medical Association Journal*, 160, 31-37.
- Cheung, B.M.Y., Au, T.H.Y., Chan, S.Y., Lam, C.M., Lau, S.H., Lee, R.P., et al. (2005). The relationship between hypertension and anxiety or depression in Hong Kong Chinese. *Experimental & Clinical Cardiology*, 10, 21-24.
- Consoli, S.M., Lemogne, C., Roch, B., Laurent, S., Plouin, P-F. y Lane, R.D. (2010). Differences in emotion processing in patients with essential and secondary hypertension. *American Journal of Hypertension*, 23, 515-21.
- Degli, E., Sturani, A., Di Martino, M., Falasca, P., Novi1, M.V., Baio, et al., (2002). Long-term persistence with antihypertensive drugs in new patients. *Journal of Human Hypertension*, 16, 439-444.
- Dimsdale, J.E., Pierce, C.H., Schoenfeld, D., Brown, A., Zusman, R. y Graham, R. (1986). Suppressed anger and blood pressure: The effects of race, sex, social class, obesity, and age. *Psychosomatic Medicine*, 48, 430-436.

- Espina, A. (2002). Alexitimia y relaciones de pareja. *Psicothema*, 14, 760-764.
- Everson, S.A., Goldberg, D.E., Kaplan, G.A., Julkunen, J. y Salonen, J.T. (1998). Anger expression and incident hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 60, 730-735.
- Everson-Rose, S.A. y Lewis, T.T. (2005). Psychosocial factors and cardiovascular diseases. *Annual Review of Public Health*, 26, 469-500.
- Friedman, M. Schwartz, J.E., Schnall, P.L., Landsbergis, P.A., Pieper, C., Gerin, W., et al. (2001). Psychological variables in hypertension. Relationship to casual or ambulatory blood pressure in men. *Psychosomatic Medicine*, 63, 19-31.
- García, C., Medina, M.E., Solano, G., Gómez, D. y Gómez, V. (2010). El impacto del diagnóstico: Experiencia descrita por mujeres con hipertensión arterial. *Escola Anna Nery*, 14, 33-38.
- Goldstein, H.S., Edelberg, R., Meier, C.F. y Davis, L. (1988). Relationship of resting blood pressure and heart rate to experienced anger and expressed anger. *Psychosomatic Medicine*, 50, 321-329.
- Grabe, H.J., Schwahn, Ch., Barnow, S., Spitzer, C., John, U., Freyberger, H.J., et al. (2010). Alexithymia, hypertension, and subclinical atherosclerosis in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 139-147.
- Grace, S.L., Krepostman, S., Brooks, D., Arthur, H., Scholey, P., Suskin, et al. (2005). Illness perceptions among cardiac patients: Relation to depressive symptomatology and sex. *Journal of Psychosomatic Research*, 59, 153-160.
- Harburg, E., Blakelock, E.H. y Roeper, P.J. (Mayo, 1979). Resentful and reflective coping with arbitrary authority and blood pressure: Detroit. *Psychosomatic Medicine*, 41, 189-202.
- Harburg, E., Gleiberman, L., Russell, M. y Cooper, L. (1991). Anger-coping styles and blood pressure in black and white males: Buffalo, New York. *Psychosomatic Medicine*, 53, 153-164.
- Hayes, S.C., Bissett, R.T., Korn, Z., Zettle, R.D., Rosenfarb, I.S., Cooper, L.D., et al. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record*, 49, 33-47.
- Hosseini, S.H., Mokhberi, V., Mohammadpour, R.A., Mehrabianfard, M. y Lashak, N.B. (2011). Anger expression and suppression among patients with essential hypertension. *International J. of Psychiatry in Clinical Practice*, 15, 214-218.
- Jokisalo, E., Enlund, H., Halonen, P., Takala, J. y Kumpusalo, E. (2003). Factor related to poor control of blood pressure with antihypertensive drug therapy. *Blood Pressure*, 12, 49-55.
- Jula, A., Salminen, J.K. y Saarijärvi, S. (1999). Alexithymia: A facet of essential hypertension. *Hypertension*, 33, 1057-1061.
- Kaplan, N.M. (1991). Clinical hypertension (5ª Ed.). Asociación Civil de Investigación y Desarrollo en Salud (Ed.), *Hipertensión clínica* (pp. 275-407). Buenos Aires: Editorial Medica Hispanoamericana.
- Katon, W. y Ciechanowski, P. (2002). Impact of major depression on chronic medical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 859-863.
- Kearney, P.M., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P.K. y He, J. (2005). Global burden of hypertension: Analysis of worldwide data. *Lancet*, 365, 217-223.
- Kim, M.T., Han, H-R., Hill, M.N., Rose L. y Roary M. (2003). Depression, substance use, adherence behaviors, and blood pressure in urban hypertensive black men. *Annals of Behavioral Medicine*, 26, 24-31.
- Markovitz, J.H., Matthews, K.A., Kannel W.B., Cobb J.L. y D'Agostino R.B. (1993). Psychological predictors of hypertension in the Framingham study. Is there tension in hypertension?. *The J. of American Medical Association*, 270, 2439-2443.

- Marín, R., De la Sierra, A., Armario, P., Campo, C., Banegas J.R. y Gorostidi, M. (2005). Guía española de hipertensión arterial. *Hipertensión*, 22, 1-84.
- Márquez, E., Martín, J.L., Gil, V., Martel, N., Motero, J. y Casado, J.J. (2008). La inercia clínica profesional y el incumplimiento farmacológico: ¿Cómo influyen en el control de la hipertensión arterial?. *Hipertensión*, 25, 187-193.
- Martin, L., Bayarre, H.D. y Grau, J.A. (2008). Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Revista Cubana de Salud Pública (online)*, 34.
- Minh, H.V., Byass, P., Chuc, N. T. K. y Wall, S. (2005). Gender differences in prevalence and socioeconomic determinants of hypertension: Findings from the WHO STEPs survey in a rural community of Vietnam. *Journal of Human Hypertension*, 20, 109-115.
- Morisky, D.E., Green, L.W. y Levine, D.M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence and long-term predictive validity of blood pressure control. *Medical Care*, 24, 67-74.
- NICE (2009). *Depression in adults with a chronic physical health problem*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- O'Connor, D.B. y Ashley, L. (2008). Are alexithymia and emotional characteristics of disclosure associated with blood pressure reactivity and psychological distress following written emotional disclosure?. *British Journal of Health Psychology*, 13, 495-512.
- Pérez-García, A.M.; Sanjuán, P. y Rueda, B. (2014). *Aspectos psicológicos de la hipertensión*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Porter, L.S., Stone, A.A. y Schwartz, J.E. (1999). Anger expression and ambulatory blood pressure: A comparison of state and trait measures. *Psychosomatic Medicine*, 61, 454-463.
- Rafanelli, C., Offidani, E., Gostoli, S. y Roncuzzi, R. (2012). Psychological correlates in patients with different levels of hypertension. *Psychiatry Research*, 198, 154-160.
- Räikkönen, K., Matthews, K.A. y Kuller, L.H. (2001). Trajectory of psychological risk and incident hypertension in middle-aged women. *Hypertension*, 38, 798-802.
- Ross, S., Walker, A. y MacLeod, M.J. (2004). Patient compliance in hypertension: Role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of Human Hypertension*, 18, 607-613.
- Rueda, B. y Pérez-García, A. M. (2004). Influencia de las emociones negativas sobre la percepción de competencia en salud y la calidad de vida en la hipertensión esencial. *Análisis y Modificación de Conducta*, 30, 841-864.
- Rueda, B. y Pérez-García, A.M. (2006). A prospective study of the effects of psychological resources and depression in essential hypertension. *Journal of Health Psychology*, 11, 129-140.
- Rueda, B. y Pérez, A.M. (2007). Estudio de la alexitimia y de los procesos emocionales negativos en el ámbito de los factores de riesgo y la sintomatología cardiovascular. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, 105-116.
- Sanz, J., García-Vera, M.P., Espinosa, R., Fortún, M., Magán, I. y Segura, J. (2010). Psychological factors associated with poor hypertension control: Differences in personality and stress between patients with controlled and uncontrolled hypertension. *Psychological Reports*, 107, 923-938.
- Schneider, R.H., Egan, B.M., Johnson, E.H., Drobny H. y Hyjulius, S. (1986). Anger and anxiety in borderline hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 48, 242-248.
- Spielberger, C.D., Jacobs, G., Rusell, S. y Crane, R. (1983). Assessment of anger: The State-Trait Anger Scale. En J.N. Butcher y C.D. Spielberger (Eds.), *Advances in Personality Assessment, Vol.2* (pp. 112-134). Hillsdale, NJ: LEA.

- Sterna, S.L., Dhanda, R. y Hazuda, H.P. (2009). Helplessness predicts the development of hypertension in older Mexican and European Americans. *Journal of Psychosomatic Research, 67*, 333–337.
- Taira, D.A., Gelber, R.P., Davis, J., Gronley, K., Chung, R.S. y Seto, T.B. (2007). Antihypertensive adherence and drug class among Asian pacific Americans. *Ethnicity and Health, 12*, 265 -281.
- Valkamo, M., Hintikka, J., Honkalampi, K., Niskanen, L., Koivumaa-Honkanen, H. y Viinamäki, H. (2001). Alexithymia in patients with coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research, 50*, 125-130.
- Wang, Ph.S., Bohn, R.L., Knight, E., Glynn, R.J., Mogun, H. y Avorn, J. (2002). Non-compliance with antihypertensive medications the impact of depressive symptoms and psychosocial factors. *J. of General Internal Medicine, 17*, 504–511.
- Wiehe, M., Fuchs, SC., Moreira, LB., Moraes, RS., Pereira, GM., Gus, M., et al. (2006). Absence of association between depression and hypertension: Results of a prospectively designed population-based study. *Journal of Human Hypertension, 20*, 434–439.
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*, 361-370.