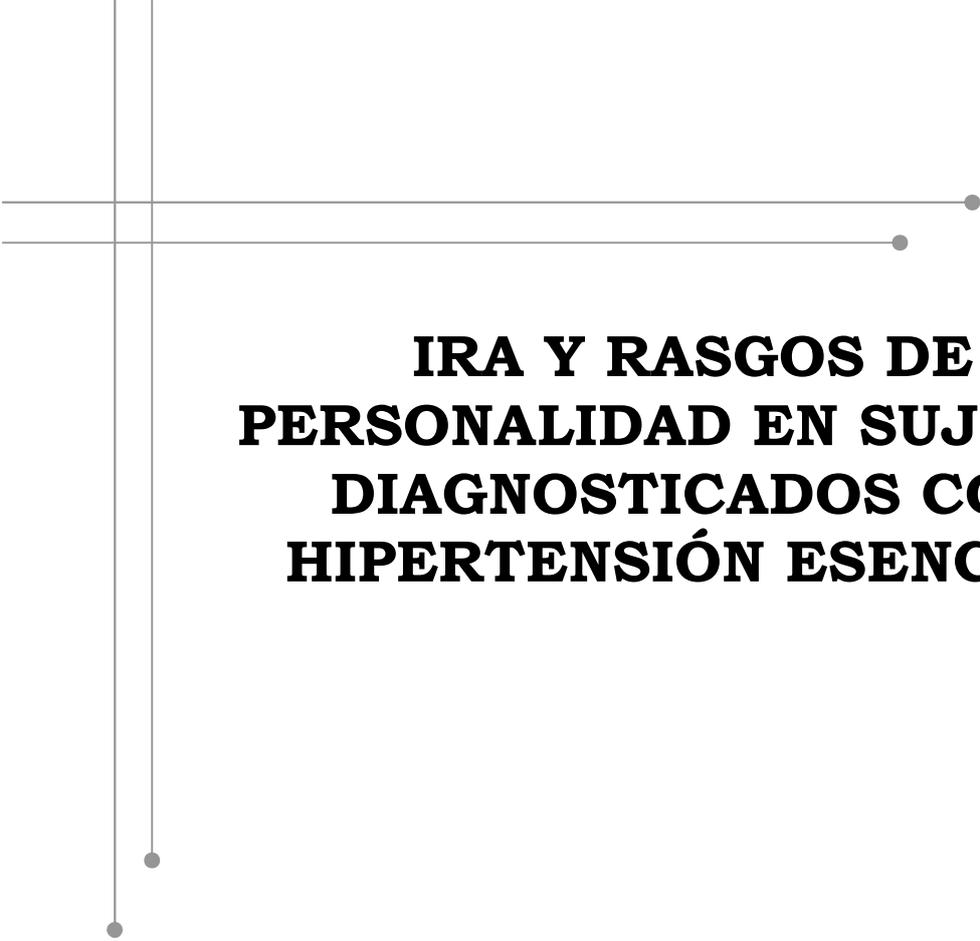


Universidad Empresarial Siglo 21

Trabajo Final de Graduación



IRA Y RASGOS DE PERSONALIDAD EN SUJETOS DIAGNOSTICADOS CON HIPERTENSIÓN ESENCIAL

**Autor. Carlos Descalzo
Lic. en Psicología**

30 de junio de 2009

Agradecimientos

A mis padres Zulma y Carlos que son mi fuente de amor, ejemplo, fuerza y esperanza, por creer en mí y darme su apoyo incondicional.

A mis profesores de quienes siempre aprendí con cada encuentro, en especial a Teresa Reyna y Beatriz Ergo por su participación en el presente trabajo final de grado en calidad de CAE.

A la Lic. Alelí Ortiz, por su amistad, su contención y ayuda en la parte metodológica.

Al Dr. Juan Carlos Ávalos por su ayuda desinteresada, y por facilitarme el trabajo de campo en el dispensario del Barrio Ciudad de mis Sueños, brindándome un espacio sin restricciones.

A los pacientes diagnosticados con Hipertensión Arterial Esencial que participaron voluntariamente ofreciéndome su tiempo y sincera colaboración, sin la cual no se podría haber realizado este trabajo.

Cualquiera puede enfadarse, eso es algo muy sencillo.

Pero enfadarse con la persona adecuada, en el grado
exacto,

en el momento oportuno, con el propósito justo

y del modo correcto, eso, ciertamente, no resulta tan
sencillo.

Aristóteles

INTRODUCCIÓN.....	2
FUNDAMENTACIÓN.....	3
OBJETIVOS.....	8
APARTADO I: LA IRA.....	9
Sentimiento de Ira, Pensamiento Hostil y Conductas Agresivas.....	16
APARTADO II: PERSONALIDAD.....	21
Teorías de los Rasgos de Personalidad.....	25
APARTADO III: TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS.....	29
Factores Determinantes de los Trastornos Psicofisiológicos.....	34
Hipertensión Arterial.....	38
La Ira en relación con la Hipertensión Arterial.....	42
METODOLOGÍA.....	50
Muestra.....	51
Material.....	53
Aplicación.....	71
RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS.....	72
I. Primer Análisis Descriptivo de Resultados: Test Sociodemográfico.....	73
II. Segundo Análisis de Resultados: Cuestionario 16PF-5.....	74
III. Tercer Análisis de Resultados: Cuestionario STAXI-2.....	90
IV. Cuarto Análisis de Resultados: Correlaciones de del 16PF-5 y el STAXI.....	102
CONCLUSIONES.....	106
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	114

INTRODUCCIÓN

La presente investigación pretende determinar si existen relaciones entre los rasgos de personalidad y el manejo de la ira en sujetos diagnosticados con Hipertensión Arterial (HTA) Esencial.

Para esto se realizó un estudio exploratorio, aplicando el cuestionario 16PF-5 de personalidad y el STAXI-2 para evaluación del manejo de la ira rasgo – estado, a una muestra de sujetos diagnosticados con HTA Esencial, de la ciudad de Córdoba.

El trabajo fue estructurado en cuatro grandes apartados. El primero contiene la fundamentación y objetivos del trabajo, siendo estos de vital importancia para definir la viabilidad de la realización de la investigación. El segundo apartado esta compuesto por el marco teórico y el análisis de las variables desde distintas perspectivas. El tercer apartado contiene la metodología, el análisis de datos y conclusiones. Y finalmente se presentan la bibliografía consultada y los anexos correspondientes.

FUNDAMENTACIÓN

El presente trabajo, responde a la culminación del cursado de la Licenciatura en Psicología Clínica de la Universidad Empresarial Siglo 21. El mismo pretende materializar de forma conjunta diferentes conocimientos adquiridos de carácter intelectual, social y humano.

El marco del Trabajo Final de Graduación tiene por objetivo presentar un proyecto de investigación aplicada (PIA) destinado a documentar una investigación que aborda una problemática determinada desde un cuerpo teórico y metodológico ya existente. En este caso lo que se intenta es obtener una correlación entre rasgos de personalidad e índice de Ira en pacientes diagnosticados con Hipertensión Esencial.

Dentro del campo de los trastornos psicofisiológicos existen muchos estudios que pretenden identificar rasgos de personalidad característicos para cada trastorno.

Una de las formulaciones más clásicas es la de Alexander (1939), quien postuló una base psicodinámica en la Hipertensión Esencial en cuyo núcleo estaría un conflicto entre tendencias pasivo-dependientes y los impulsos agresivos reprimidos. La constatación de esta hipótesis se enfrenta con dificultades metodológicas por lo que en la actualidad los estudios que intentan encontrar rasgos de personalidad característicos del sujeto hipertenso suelen trabajar dos líneas:

- Estudiar la incidencia de la Hipertensión en poblaciones psiquiátricas

FUNDAMENTACIÓN

- La utilización de pruebas objetivas (tests) en muestras de sujetos normotensos e hipertensos.

Algunos autores destacan la posibilidad de que una situación de stress, en conjunción con un patrón de personalidad específico y una sensibilidad incrementada de la regulación neurohormonal cardiovascular, puede tener consecuencias vasculares patológicas

Harbug, Blakelock y Roeper (1979) resaltan la importancia de la supresión de Ira como variable que contribuye a elevar la presión sanguínea, y por consiguiente, a presentar Hipertensión.

En los trabajos de Baer, Collin, y Ketchel en 1979, se encontraron diferencias significativas entre distintas muestras de sujetos hipertensos; estos obtuvieron puntuaciones altas en relación a la ira, la ansiedad y el resentimiento.

En 1984 Schalling y Svensson estudiaron la relación entre rasgos de personalidad y la presión sanguínea en reclutas de la armada sueca. Se encontraron que los sujetos puntuaban alto en las escalas de ansiedad, tensión, neuroticismo e “inhibición de agresión”; Describen el perfil del hipertenso como un individuo ansioso, que reprime o inhibe la ira y que no es asertivo.

Van Der Ploeg, Van Bauren y Van Brummelen en 1985, trabajando con muestras de pacientes hipertensos, utilizando el State-Trait Anger Expression Inventory, encontraron en el grupo de hipertensos puntuaciones altas en estado de ira y expresión de ira.

En 1993 Miguel-Tobal llevaron a cabo una investigación con una muestra de 105 sujetos compuesta por hipertensos y

FUNDAMENTACIÓN

normotensos, ambas muestras equiparadas indicaron diferencias significativas en relación a la ira dirigida hacia la propia persona en sujetos hipertensos.

En el último siglo se produjo un avance asombroso en la salud de las poblaciones, particularmente en las sociedades más desarrolladas. Una medida de este cambio es el avance de la edad al morir, o sea la mayor esperanza de vida. Sin embargo persisten las enfermedades y las muertes prematuras prevenibles y en las últimas décadas ha ido adquiriendo una mayor relevancia la enfermedad hipertensiva, la obesidad y la diabetes, cada una de las cuales constituye una causa importante de enfermedad cardiovascular.

Las tasas de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio, según la OPS (Organización Panamericana de la Salud) son muy altas en Latinoamérica y no han sufrido alteraciones significativas entre 1980 y 1990. Entre las tasas de mortalidad más representativas en relación a este tema está en primer lugar la Argentina con un 46.6 %, seguido de Uruguay con un 44 %; Puerto Rico con un 40 % y Chile con un 29,4 %.

En Argentina, las enfermedades cardiovasculares (ECV) representan la segunda causa de muerte. Un grupo de investigadores de factores de riesgo de cardiopatía isquémica de la universidad nacional de Córdoba en conjunto con el hospital privado (Centro Médico) de Córdoba realizó un estudio en 1998 acerca de la epidemiología de la Hipertensión Arterial en la ciudad de Córdoba, a cargo de los doctores Dante Nigro, Juan C. Vergottini, Emilio Kuschnir, Mario Bendersky, Ivon Campo, Hebe G. De Roiter Y Gregorio

Kevorcof y concluyeron prosiguiendo una línea de investigación epidemiológica en tensión arterial (TA) que el 29,9% de la población presentó Hipertensión Arterial (HTA) (mujeres 27,9% y varones 32,4%).

El estudio comenzó con niños y adolescentes de Córdoba, realizando una encuesta domiciliaria y controlando la tensión arterial según técnicas pautadas a 6.875 individuos entre 15 y 85 años de edad (varones 47%, mujeres 57 %), muestra representativa de todas las seccionales de la ciudad de Córdoba. De acuerdo con este estudio, la prevalencia de HTA en la ciudad de Córdoba fue del 29,9%, similar a la referida en otras provincias argentinas y en otros países.

Es preocupante la cantidad de pacientes hipertensos que no conocen su enfermedad, o que conociéndola no reciben tratamiento, o éste es inadecuado, lo que constituye un serio problema sanitario y pone en descubierto las graves falencias existentes a nivel educacional en la población y en las estrategias de prevención. En este sentido, las investigaciones respecto al tema deben conducir a la implementación de políticas sanitarias preventivas tendientes a disminuir la morbimortalidad y a mejorar la calidad de vida de la población. La Hipertensión Arterial es, precisamente, una enfermedad que librada a su evolución espontánea, puede ocasionar severos daños orgánicos, como los cardiovasculares, que pueden evitarse con la aplicación temprana de los recursos terapéuticos efectivos actualmente disponibles.

El diagnóstico precoz de la Hipertensión Arterial permite evitarlo, o por lo menos, demorar la posibilidad de complicaciones serias (accidentes cerebro vasculares, infarto

FUNDAMENTACIÓN

de miocardio, insuficiencia cardíaca) que no sólo ponen en serio riesgo la vida, sino que, en aquellos que sobreviven, pueden provocar defectos invalidantes que impiden o modifican sus capacidades interpersonales.

Es por esto importante conocer patrones de comportamiento específico que puedan derivarse en la instauración de una enfermedad; numerosas investigaciones sugieren que el enojo y la hostilidad, contribuyen a la patogénesis de varios desórdenes médicos, incluyendo Hipertensión. En este sentido, el presente trabajo se dirige hacia la comprensión de factores que puedan ser en lo posible modificados, sino atenuados para mejorar la calidad de vida en sujetos diagnosticados con Hipertensión Arterial.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Determinar si existen rasgos de personalidad y niveles de ira característicos en sujetos diagnosticados con Hipertensión Esencial.

Objetivos Específicos:

- Estudiar si existen rasgos de personalidad comunes en los pacientes diagnosticados con Hipertensión Esencial.
- Determinar los niveles y el manejo de la ira en los pacientes diagnosticados con Hipertensión Esencial.
- Estudiar la relación existente entre ira y rasgos de personalidad en sujetos diagnosticados con Hipertensión Esencial.

APARTADO I: LA IRA

Son muchas las definiciones que se pueden encontrar sobre el concepto de Ira, y en la literatura psicológica y psiquiátrica hay tres términos que se refieren a conceptos distintos aunque relacionados: Ira, hostilidad y agresión. Spielberger, Jacobs, Rusell y Crane (1983) proponen una definición operativa de dichos constructos. Según estos autores, la Ira es un concepto más simple que la hostilidad o la agresión. Ira se refiere a un estado emocional que consiste en sentimientos que varían en intensidad, desde un ligero enfado o irritación hasta la furia o rabia intensa.

Aunque la hostilidad usualmente implica sentimientos de enfado o Ira; este concepto tiene la connotación de un grupo complejo de actitudes que motivan a los individuos hacia comportamientos agresivos dirigidos a la destrucción de objetos o al insulto a otras personas. Por otra parte mientras la Ira y la hostilidad se refieren a sentimientos y actitudes, el concepto de agresión implica un paso más allá, con la aparición de comportamientos destructivos o punitivos dirigidos a otras personas u objetos.

Kaufman (1970) define la Ira como una emoción que implica un estado de activación fisiológica que conlleva actos fantaseados o intencionales, Schachter (1971) y Novaco (1975) la definen como un estado emocional, en el que se incluyen tanto factores cognitivos como fisiológicos. Más tarde, en 1982 Diamond conceptualiza la Ira como un estado con componentes expresivos, subjetivos, viscerales y somáticos. La Ira tiende también a aumentar si en un individuo prima el

MARCO TEÓRICO.
APARTADO I: LA IRA

ataque como modo de afrontamiento y/o posee expectativas de resultados positivos de ataque (Lazarus, 1991).

Es importante hacer una distinción entre Ira como estado y rasgo de Ira (Spielberger y cols., 1983; Spielberger, Krasner y Solomon, 1988; Deffenbacher, 1992). El estado de Ira se define como el estado emocional o condición que consta de sensaciones subjetivas de tensión, enojo, irritación, furia o rabia, con activación concomitante del sistema nervioso autónomo. Por otro lado el rasgo de Ira es definido como una dimensión estable de personalidad correspondiente a la tendencia general a experimentar elevaciones de la Ira de modo más frecuente, más intenso y, a menudo, de mayor duración. Los sujetos de alta y baja irritabilidad no se diferencian en la clase de síntomas de los que informan, sino únicamente en la intensidad de la respuesta (Deffenbacher, 1992).

Aunque la correlación en niveles normales o bajos no está clara, Deffenbacher (1993) sugiere que las explicaciones pueden ser varias: 1. los sentimientos de Ira pueden provocar ansiedad al anticipar consecuencias aversivas; 2. La irritabilidad crónica puede derivar o estar influida por las consecuencias de un elevado rasgo de ansiedad; 3. Tanto la Ira como la ansiedad son parte de una afectividad general negativa debido a la cual los individuos son más propensos a presentar emociones negativas.

Los individuos que están frecuentemente irritados no son necesariamente agresivos. En ocasiones muestran agresión verbal o física, pero ésta tiende a ser relativamente suave e infrecuente comparada con los períodos relativamente frecuentes e intensos de las emociones de Ira. Es decir que,

MARCO TEÓRICO.
APARTADO I: LA IRA

experimentan en mayor grado un trastorno emocional de Ira que un trastorno de control de los impulsos de agresión conductual (Deffenbacher, 1993).

En cuanto a las implicaciones de la Ira, ésta interfiere en las relaciones interpersonales hasta el punto de llegar a ser relaciones conflictivas y muy tensas. También pueden verse afectadas las actividades profesionales, suponiendo una dificultad para las interacciones interpersonales interfiriendo en la concentración y la realización de tareas. Igualmente la Ira influye en el estado general de salud puesto que debilita el sistema inmunitario y, desde fechas tempranas existe una extensa literatura que puntualiza la Ira y la hostilidad como factores importantes que predisponen a padecer diferentes trastornos (Diamond, 1982; Spielberger, 1988).

Izard, (1977) describe la Ira como una emoción primaria que se presenta cuando un organismo es bloqueado en la consecución de una meta o en la satisfacción de una necesidad.

Las emociones nos guían cuando se trata de enfrentar momentos difíciles y tareas demasiado importantes para dejarlas sólo en manos del intelecto: los peligros, las pérdidas dolorosas, la persistencia hacia una meta a pesar de los fracasos, los vínculos con un compañero, la formación de una familia. Cada emoción ofrece una disposición definida a actuar; cada una nos señala una dirección que ha funcionado bien para ocuparse de los desafíos repetidos de la vida humana.

En esencia, todas las emociones son impulsos para actuar (Goleman, 1995), planes instantáneos para enfrentarnos a la

MARCO TEÓRICO.
APARTADO I: LA IRA

vida que la emoción nos ha inculcado. La raíz de la palabra emoción es “motere”, el verbo latino “mover”, además del prefijo “e”, que implica “alejarse”, lo que sugiere que en toda emoción hay implícita una tendencia a actuar.

En nuestro repertorio emocional, cada emoción juega un papel singular: Con la Ira, la sangre fluye a las manos, y así resulta fácil tomar un arma o golpear a un enemigo; el ritmo cardíaco se eleva, y un aumento de hormonas como la adrenalina genera un ritmo de energía lo suficientemente fuerte como para originar una acción vigorosa. Estos cambios orgánicos y sus razones evolutivas han sido documentados por Ekman y Davidson en 1994.

La Ira, una Aproximación Psicobiológica

Para desentrañar las posibles causas psicobiológicas de la Ira es necesaria una revisión de la Agresión, ya que de esta manera se puede llegar a un mayor entendimiento de su evolución hasta el comportamiento humano sobre todo en relación a su correlato emocional Ira.

La psicobiología es un término (Hebb, 1949) que hace referencia al estudio de la relación existente entre función cerebral y comportamiento. A pesar de que extrae información a partir de muchas disciplinas su enfoque central es el desarrollo de una ciencia del comportamiento basada en la función cerebral.

En el curso de millones de años de evolución, el cerebro ha crecido de tal manera que sus centros más elevados se desarrollaron como elaboraciones de partes más inferiores y más antiguas. La parte más primitiva del cerebro, compartida con todas las especies que tienen más de un sistema nervioso mínimo, es el tronco cerebral que rodea la parte superior de la médula espinal. Esta raíz cerebral regula las funciones vitales básicas como la respiración y el metabolismo de los otros órganos del cuerpo, además de controlar las reacciones y movimientos estereotipados.

A partir del tronco cerebral surgieron los centros emocionales, millones de años más tarde en la historia de la evolución se desarrollaron el cerebro pensante o “neocorteza”.

A partir del lóbulo olfativo empezaron a evolucionar los antiguos centros de la emoción, haciéndose por fin lo suficientemente grandes para rodear la parte superior del

MARCO TEÓRICO.
APARTADO I: LA IRA

tronco cerebral. En sus etapas rudimentarias, el centro olfativo estaba compuesto por poco más que delgadas capas de neuronas para analizar el olor. Una capa de células tomaba lo que se olía y lo separaba en las categorías más importantes: comestible o tóxico, sexualmente accesible, enemigo o alimento. Una segunda capa de células enviaba mensajes reflexivos a todo el sistema nervioso indicando al organismo lo que debía hacer: morder, escupir, acercarse, huir, perseguir.

Más tarde con la llegada de los primeros mamíferos, aparecieron nuevas capas claves del cerebro y de la emoción; estas capas rodeadas por el tronco cerebral se llamaron “sistema límbico”, de la palabra latina “limbus”, que significa “borde”. Este nuevo territorio nervioso añadía emociones adecuadas al repertorio del cerebro; de tal manera que cuando estamos dominados por el deseo o por la ira, trastornados por el enamoramiento o retorcidos por el temor, es el sistema límbico el que domina (Maclean, Paul. 1990).

La idea del sistema límbico como centro emocional del cerebro fue introducida por el neurólogo Paul MacLean; pero más adelante descubrimientos como los de Leroux en 1993 han perfeccionado el concepto de sistema límbico, mostrando que algunas de sus estructuras centrales como el hipocampo están menos directamente implicadas en las emociones, mientras que circuitos vinculados a otras partes del cerebro, sobre todo los lóbulos prefrontales y la amígdala son más centrales.

Cada vez se acepta más el hecho de que cada emoción puede recurrir a distintas partes del cerebro. Los neurocientíficos suponen que cuando quede concluido el mapa cerebral de las emociones, cada emoción principal

MARCO TEÓRICO.
APARTADO I: LA IRA

tendrá su propia topografía, un mapa definido de senderos nerviosos que determinarán sus cualidades singulares, aunque muchos de estos circuitos, o la mayoría de ellos están probablemente interconectados en uniones clave del sistema límbico, como la amígdala, y la corteza prefrontal (Le Doux, 1993).

Sentimiento de Ira, Pensamiento Hostil y Conductas Agresivas

Al abordar el tema de la Ira se puede encontrar, en principio, la dificultad de la elección de la palabra apropiada para individualizarla. Tanto en inglés como en español existen términos intercambiables para designarla, lo que hace compleja la determinación del término a elegir. Para Argentina la denominación más apropiada sería la de “enojo” como equivalente al término “Anger” del inglés y en Centroamérica su equivalente es “cólera”. En el presente trabajo se utiliza el término general “Ira” como se presenta en el manual español del inventario STAXI (Spielberger, C. D. & Moscoso, M. S., 1996).

Spielberger (1996) incluye la definición de “Ira” dentro de lo que llama síndrome AHA considerando Anger = "Ira" para la emoción, Hostility = Hostilidad para la actitud, Agretion = Agresión para la conducta.

Existe una falta de categorización y atención de los Trastornos de Ira como cuadro primario. Esto se evidencia en el DSMIV (1995), en el que la Ira aparece sumida en decenas de cuadros psicopatológicos como un signo más. Es decir que aún no es reconocida como sí lo son la depresión y la ansiedad.

La Ira y el Inventario STAXI

En líneas generales, el STAXI permite evaluar la experiencia y expresión de la Ira, en sus dos dimensiones (estado y rasgo) y en sus tres direcciones (expresión, supresión y control de Ira).

El *Estado de Ira* es definido por Spielberger (1991) como una emoción en un momento particular, caracterizada por sentimientos subjetivos que varían en intensidad, desde una molestia o irritación hasta furia o rabia intensa. Esta emoción, va acompañada generalmente de tensión muscular y activación del Sistema Nervioso Autónomo (SNA). El *Rasgo de Ira* se define como la disposición a percibir una amplia gama de situaciones como molestas o frustrantes, y a experimentar un aumento en el estado de Ira.

Este autor distingue tres direcciones de la expresión de la Ira, a las cuales denomina: la Ira hacia afuera, la Ira hacia adentro y control de la Ira. La *Ira hacia afuera* es la expresión de esta emoción hacia otras personas u objetos del entorno (Ej.: dar portazos, insultar, gritar, golpear objetos o personas, etc.). Se la considera una forma inadecuada de expresarla.

La *Ira hacia adentro* es la supresión de los sentimientos de Ira (Ej.: guardarse los pensamientos relacionados con la situación que provocó la ira, sentirse furioso pero no manifestarlo, etc.). Esta dirección que toman dichos sentimientos también se la considera inadecuada.

Y el *Control de la ira* es el intento de manejar o dominar la expresión de la misma. Muchas veces se confunde “control” con “supresión” de la Ira. En este punto es importante tener

en cuenta que controlar la Ira implica poder expresarla adecuadamente (Ej.: tener paciencia con los demás, ser tolerante y comprensivo, manejar los sentimientos de enojo al intercambiar puntos de vistas con otros sujetos, etc.).

Desarrollo de las escalas

El STAXI (Spielberger, op.cit.) fue desarrollado a partir de dos programas de investigación independientes, aunque relacionados, Uno de los programas se centró en la definición y el desarrollo de medidas de Ansiedad e Ira como estados emocionales básicos y como rasgos de personalidad. El otro programa se centró en la identificación de predictores de desórdenes médicos comunes, incluyendo Hipertensión, enfermedades coronarias y cáncer.

El primer paso en la construcción de las escalas fue definir operativamente las variables estado y rasgo de Ira. Basándose en dichas definiciones, se generaron un total de 22 ítems de *rasgo* para evaluar dicho constructo. Estos ítems fueron administrados a una muestra de 146 estudiantes del “college” solicitándoles que completaran el inventario de acuerdo a lo que ellos generalmente sentían, con una escala de 4 puntos (casi nunca, algunas veces, a menudo, casi siempre).

Para el desarrollo de la escala *estado* fueron consultados diferentes diccionarios para identificar sinónimos que describan la ira y fueron seleccionados un conjunto de 20 ítems relacionados con su definición operacional.

MARCO TEÓRICO.
APARTADO I: LA IRA

Estos ítems, junto a los de *rasgo*, fueron administrados a 270 soldados de la Marina de EEUU. A partir de esta primera administración, algunos ítems fueron descartados y otros reformulados.

El autor de la prueba consideró que la expresión de la Ira debe ser diferenciada, tanto conceptual como empíricamente, de la experiencia de Ira. Dada esta necesidad, se construyó una escala que evalúa independientemente la expresión de Ira.

Se definieron operacionalmente las direcciones de la Ira y se acordó que los individuos fueran clasificando como *Ira hacia adentro* si tienden a suprimirla o la dirigen hacia el ego o el self y como *Ira hacia afuera* si la expresan abiertamente hacia objetos o personas del medio ambiente.

La *Ira hacia afuera*, puede ser expresada a través de insultos, amenazas verbales, cinismo, destrozando objetos, dando portazos, criticando, etc. Tanto las manifestaciones físicas como verbales, pueden ser expresadas directamente hacia la fuente provocadora de ira o indirectamente hacia sujetos u objetos asociados al agente provocador. Generalmente, elevada *Ira hacia afuera* implica experimentar intensos estado de ira y comportamientos agresivos.

Inicialmente, en el desarrollo de la escala para medir expresión de la ira se asumió que la misma podía ser definida en términos de una simple dimensión bipolar. Se suponía que las conductas variaban desde una fuerte supresión de los sentimientos de ira a una expresión extrema de dicha emoción (a través de conductas agresivas dirigidas hacia objetos o personas del entorno).

MARCO TEÓRICO.
APARTADO I: LA IRA

Aunque el intento inicial fue desarrollar una escala unidimensional, los análisis estadísticos indicaron claramente la necesidad de considerar dos dimensiones independientes: *Ira hacia adentro* e *Ira hacia afuera*.

Por otra parte, se incluyó una escala para evaluar una tercera dirección de la Ira: el *Control*.

APARTADO II: PERSONALIDAD

Para el presente trabajo se considera la clasificación que realizó Lawrence Pervin (1996) en su libro “La ciencia de la Personalidad”, dicha clasificación está hecha sobre la base del tipo de aproximación que realizaron diferentes autores al objeto de estudio: La Personalidad. Es así que los representantes de las teorías correlacionales de la Personalidad son:

- Francis Galton. (1822 – 1911)
- Hans J. Eysenck. (1916–1997)
- Raymond B. Cattell. (1905–1944)

La aproximación correlacional de la personalidad destaca las diferencias individuales y la existencia de relaciones entre diferentes características de la personalidad. Además, desde esta aproximación se subraya la medición y la utilización de datos en una gran cantidad de sujetos.

Los orígenes de esta aproximación se remontan hasta Francis Galton quien es considerado “fundador de la psicología individual” ya que sus trabajos se centran en las diferencias individuales, así como en la medición y la herencia como factores importantes. Es así que Galton centra su interés en el estudio de las diferencias individuales de las capacidades humanas, siempre desde una perspectiva adaptativa y biológica. Para ello, se centró en el estudio de los procesos mentales simples, la utilización de tests, cuestionarios, clasificaciones y la utilización de un gran número de sujetos. Estos factores son las características básicas de la aproximación correlacional de la personalidad.

MARCO TEÓRICO.
APARTADO II: PERSONALIDAD

Este trabajo fue ampliado por su discípulo Karl Pearson (1857–1936), un prominente científico, matemático, historiador y pensador británico, que estableció la disciplina de la estadística matemática. Desarrolló una intensa investigación sobre la aplicación de los métodos estadísticos en la biología y fue el fundador de la bioestadística. Pearson fue el creador del procedimiento estadístico conocido como correlación del producto–momento de Pearson.

Otro seguidor de Galton fue Charles Spearman, quien continuó el trabajo sobre la medición de aptitudes que había iniciado Galton. Spearman Formuló la teoría de que la inteligencia se compone de un factor general y otros específicos. Creyó en la existencia de un factor general que interviene en todas las fases de la conducta humana y atribuyó a las capacidades específicas papel determinante en cada actividad; de esta manera creó el procedimiento estadístico de “análisis factorial”, mediante el cual se pueden encontrar grupos, llamados factores, dentro de una gran cantidad de datos. En psicología el análisis en factores para diferenciar a los sujetos estudiados, es fundamental, de esta manera el análisis factorial se convirtió en la base de todo estudio correlacional.

Hacia 1940 comienza a desarrollarse la aproximación correlacional, evidenciada por la difusión del uso de cuestionarios y escalas de medidas como fuentes de información de la personalidad, también se usaba el análisis factorial como técnica estadística y el concepto de rasgo como elemento básico de la personalidad. Es así que se comienza a resaltar la importancia de la medición y las diferencias

MARCO TEÓRICO.
APARTADO II: PERSONALIDAD

individuales como fundamentales de la aproximación correlacional para la investigación científica

James McKeen Cattell (1860 – 1944) fue un psicólogo norteamericano considerado uno de los psicólogos más importantes de finales del siglo XIX y principios del XX y es representante de la llamada escuela americana en psicología.

Cattell desarrolló una taxonomía de los elementos de la personalidad o rasgos. Fue influenciado por la teoría de análisis factorial de Spearman, el cual iba a convertirse en el instrumento para el establecimiento de los elementos de la psicología de la personalidad. Según Cattell los elementos de la personalidad tenían que ser rasgos o comportamientos que típicamente covariaban.

Muchas de las ideas de Cattell son también una evolución de lo planteado por Francis Galton, suponiendo una continuación en el estudio de la psicología diferencial. Cattell, desarrolló una lista de términos de la personalidad, en su mayor parte rasgos de personalidad, hallados en el uso común del lenguaje. Un centenar de adultos fueron evaluados a partir de estos términos, dichas evaluaciones fueron posteriormente sometidas al análisis factorial para determinar las unidades o grupos básicos.

Siguiendo la línea de la aproximación correlacional, encontramos los trabajos de Hans J. Eysenck quien destacó tres dimensiones básicas de los rasgos de personalidad: introversión–extroversión, Neuroticismo (Estable–Inestable), y Psicotisismo (Insensible–Sensible). Eysenck construyó un cuestionario para evaluar las diferencias individuales en las tres dimensiones.

MARCO TEÓRICO.
APARTADO II: PERSONALIDAD

En la actualidad hay muchas opiniones con relación al número real de factores básicos de la personalidad. Algunos estudiosos del tema proponen una aproximación según la cual son cinco los factores básicos o dimensiones (Tupes y Christal, 1961); John Norman, 1989), este acuerdo es conocido como el Modelo de los Cinco Factores (MCF) de la personalidad. Los factores serían: Neuroticismo, Extroversión, Conciencia, Afabilidad y Apertura a la experiencia.

Teorías de los Rasgos de Personalidad.

La orientación de estas teorías es principalmente cuantitativa o empírica (Pervin op. cit.); se centra sobre la medición de la personalidad en términos de características psicológicas específicas del individuo denominadas rasgos. Según estas teorías la personalidad se encuentra integrada por una serie de atributos previsibles denominados rasgos o factores.

La **primera teoría** de rasgos de personalidad fue aportada por Gordon W. Allport (1897–1967) que fue un psicólogo estadounidense famoso por su teoría de la personalidad, la cual se enfoca sobre el adulto en sí mismo más que en la niñez o las experiencias y emociones infantiles consideraba a los rasgos como componentes estructurales básicos de la personalidad. Un rasgo era una predisposición para responder de una forma determinada, o sea, marcaba una estabilidad en las respuestas, expresando diversas formas de conducta adaptativa. Para Allport los rasgos estaban basados en los sistemas neurofisiológicos y podían ser observados en la conducta diaria de los sujetos.

Allport sugirió las categorías Idiográfica y Nomotética para clasificar los rasgos:

- Categoría Idiográfica: esta categoría englobaba a todos los rasgos que solo pudieran describir la individualidad de la persona, o sea, que pudieran distinguirla por ser únicos de la persona.

MARCO TEÓRICO.
APARTADO II: PERSONALIDAD

- Categoría Nomotética: en esta categoría entraban todos los rasgos que podían ser utilizados para describir a la gente en general.

Dentro de las categorías anteriores, Allport plantea los siguientes rasgos basándose en su grado de dominancia:

- Rasgo Cardinal: En este caso se refiere a rasgos que influyen la conducta de una persona en su totalidad.
- Rasgos Centrales: Representan amplias consistencias de conductas, aunque más limitado que el tipo anterior. Hace referencia a rasgos como honradez, bondad y asertividad.
- Disposiciones Secundarias: En este caso se hace referencia a tendencias de la conducta que son menos generalizadas y uniformes.

Como se puede ver, Allport plantea que las personas poseen rasgos con diferentes grados variables de importancia y generalidad.

La **segunda teoría** de rasgos es la propuesta por Eysenck quien hizo un amplio uso del análisis factorial, pero hay dos aspectos básicos en los cuales difiere de Cattell. Por un lado proponía menos dimensiones que Cattell y prefirió trabajar en el ámbito de los tipos, que son la base de los rasgos. Y por otro lado, intenta relacionar los rasgos con las diferencias en el funcionamiento biológico con mayor fuerza que Cattell.

Eysenck destaca tres dimensiones básicas:

- Introversión-Extroversión (E):
Sociable, Ágil, Activo, Agresivo, Buscador de

MARCO TEÓRICO.
APARTADO II: PERSONALIDAD

Sensaciones. Despreocupado, Dominante, Emprendedor.

- Neuroticismo (N): Ansioso, Depresivo, Sentimiento de Culpabilidad, Baja Autoestima, Tenso, Irracional, Tímido, Taciturno, Emotivo.

- Psicoticismo (P): Agresivo, Frío, Egocéntrico, Impersonal, Impulsivo, Antisocial, Sin Empatía, Creativo, Realista.

La dimensión Introversión–Extroversión se refiere a las diferencias de sociabilidad e impulsividad. Eysenck sugiere que las variaciones en la personalidad de cada sujeto están reflejadas en el funcionamiento biológico. Siguiendo los planteos de Eysenck, las personas que se encuentran dentro de la dimensión neuroticismo, tienden a ser emocionalmente inestables, ansiosas y tienden al lamento por las procuraciones por problemas, así como de los dolores corporales. Y con relación a la dimensión psicoticismo no está tan definida como las anteriores, pero se relaciona con tendencias agresivas y egoístas, frialdad, impersonalidad, también suelen ser creativos y originales. A pesar de que esta dimensión se puede relacionar con la psicosis como patología, es importante tener en cuenta que las personas se pueden ubicar en diferentes puntos de la línea, sin caer en la patología. Eysenck plantea tomar en cuenta la presencia de factores transculturales y la fuerza de los componentes biológicos.

La **tercera teoría** del Rasgo fue planteada por Raymond B. Cattell, reconocido por ser una de las grandes figuras de la psicología del rasgo. Si bien las aportaciones de Cattell van

MARCO TEÓRICO.
APARTADO II: PERSONALIDAD

más allá de la psicología del rasgo, y están relacionadas también a la herencia e inteligencia, el presente trabajo se centra en sólo sus aportaciones sobre los rasgos de personalidad.

Cattell utilizó el análisis factorial para determinar los grupos, o, mejor dicho, como se agrupaban los diferentes términos de acuerdo a su similitud. Este autor llegó a la conclusión que aparecían 15 factores que explicaban la mayor parte de la personalidad.

Después de una aplicación de miles de ítems de cuestionarios a una cantidad considerable de sujetos, Cattell aplicó el análisis factorial, de lo que obtuvo 16 factores o grupos de ítem, a partir de esto construyó el Cuestionario de los 16 factores de la Personalidad (16PF) con la finalidad de medir las diferencias individuales con relación a las dimensiones pertinentes del rasgo.

Cattell estaba interesado en las causas determinantes de los rasgos y cómo estos se desarrollaban. Además de las causas, Cattell investigó como evolucionaban, se desarrollaban, o progresaban los rasgos en el tiempo.

Entre las ventajas que tiene el 16PF es que este test mide la normalidad, y no la patología. Además, es uno de los test más completos en relación a la cantidad de variables que evalúa. Por último el 16PF está validado a nivel mundial y no genera distorsiones por los cambios culturales o sociales de cada muestra en particular.

MARCO TEÓRICO.
APARTADO III: TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS

APARTADO III: TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS

Los trastornos psicofisiológicos, tradicionalmente denominados enfermedades psicosomáticas, han sido definidos generalmente como aquellos trastornos que presentan una clara evidencia de enfermedad orgánica pero en los cuales, una proporción significativa de sus determinantes son de índole psicológico (Maher, 1978).

Los trastornos psicofisiológicos se caracterizan por la existencia de síntomas físicos o disfunciones en varios órganos del cuerpo, estrechamente relacionados con factores psicológicos (Gatchel, Baum y Krantz, 1989). Este tipo de trastornos psicofisiológicos tienden a envolver en su campo de acción, principalmente, al sistema nervioso autónomo, somático y órganos afines: circulatorio, respiratorio, digestivo, etc. (Dimsdale, 1985; Gatchel y cols., 1989)

La principal regla para diagnosticar un trastorno bajo la etiqueta de psicofisiológico sigue siendo en parte, el hecho de que tras una completa evaluación médica no aparezca ningún factor orgánico como causa primaria y exista, así mismo, evidencia de que los factores emocionales sean antecedentes o concomitantes de dicha alteración.

Tradicionalmente, este tipo de trastornos han sido tratados desde una perspectiva médica, haciendo hincapié en los aspectos farmacológicos, nutricionales, etc. Sin embargo, con el auge de la medicina Conductual y la Psicología de la salud, han ido cobrando relevancia en el tratamiento una serie de variables relacionadas directamente con aspectos psicológicos.

Formas De Abordaje De Los Trastornos Psicofisiológicos

La creencia de que los factores psicológicos contribuyen a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud ha sido recogida desde hace milenios en escritos de civilizaciones como la china, la griega o la romana. A pesar de esta larga historia de reconocimiento de que los factores psicológicos y/o conductuales pueden afectar a la salud, hasta tiempos más recientes éstos han recibido poca atención por parte de la medicina ortodoxa.

Entre las disciplinas o áreas de trabajo que combina o relacionan las variables comportamentales o psicológicas con las médicas u orgánicas destacan: la medicina psicosomática, la medicina conductual y la psicología de la salud.

Medicina Psicosomática

El nacimiento del término psicosomático tiene su origen en 1818 acuñado por Heinroth. Reflejando el modo de pensar expuesto en la literatura alemana de comienzos del siglo XIX, este término hace referencia a la relación entre procesos psicológicos y estructuras somáticas (Lachman, 1972).

La medicina psicosomática se caracterizó durante mucho tiempo por defender un concepto de causalidad, en donde lo psicológico producía lo somático. Es un concepto simplista y lineal de los trastornos, e incompatible con las actuales nociones de enfermedad con etiología multifactorial, en las que la emoción constituye solo una parte de la reacción

MARCO TEÓRICO.
APARTADO III: TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS

psicofisiológica del individuo ante la situación, pero no es la causa única de la reacción (Fuentenebro 1990).

La medicina psicosomática actual es una disciplina científica relacionada con el estudio empírico de las interrelaciones biopsicosociales en la salud y la enfermedad. Por este motivo, no está determinada por un método específico de investigación sino por la dirección en la que aplica sus conocimientos, es decir, por el nivel práctico de aplicación (Fuentenebro op. cit.).

Esta aplicación práctica es la responsable de la relación existente entre la medicina psicosomática (concretada en la psiquiatría y psicología en el ámbito del hospital) y la medicina conductual, constituyendo esta última la aplicación de la psicología conductual al ámbito de la medicina (Gentry, 1984) y contribuyendo al desarrollo e integración del conocimiento de las ciencias de la conducta y biomédicas a los programas de salud, así como su aplicación a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Lipowski, 1986).

Medicina Conductual

El término Medicina Conductual es acuñado en 1973 por Birk, empleándolo como sinónimo de la investigación y la aplicación de las técnicas de biofeedback en el campo médico: "...esperemos que en medicina podamos ser suficientemente abiertos y flexibles para continuar con posterior investigación básica y clínica, explorando, validando y refinando los diversos usos clínicos del biofeedback, la nueva Medicina Conductual." (Birk, 1973, Pág. 204).

MARCO TEÓRICO.
APARTADO III: TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS

La Medicina Conductual es la aplicación sistemática de los principios y tecnología de la Psicología Conductual al campo de la medicina, salud y enfermedad. La Medicina Conductual representa el campo multidisciplinario promovido por psicólogos y médicos, que acentúa el desarrollo e integración de conocimientos y técnicas de las ciencias conductuales y biomédicas, con el objetivo de la comprensión, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, además de promover, intensificar y mantener la salud. “Nace de la necesidad de una compaginación metodológica de las ciencias biomédica y conductual, como un intento por superar los modos de conceptualización de los problemas entre las dos comunidades científicas” (Reig, 1981)

Dentro de la Medicina Conductual no podemos obviar el aporte de la psicofisiología experimental cuyos avances contribuyen a esclarecer los motivos de este trabajo. La psicofisiología experimental es el estudio de la relación entre factores fisiológicos y factores psicológicos. Intentando de este modo dar una explicación a variedad de procesos conductuales a partir de la interacción de ambos factores (Vila, 1983)

En la actualidad la OMS otorga el reconocimiento de los factores conductuales como el estilo de vida, la motivación, la conformidad y las interrelaciones psicofisiológicas, como factores relevantes en la salud y la enfermedad.

Psicología De La Salud

La APA define la Psicología de la salud como el conjunto de contribuciones educacionales, científicas y profesionales, de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, así como para la identificación de la etiología de los correlatos diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, el análisis y mejora del sistema de cuidado y de formación de la salud.

Según esta definición, cualquier actividad de la psicología relacionada con cualquier aspecto de la salud, la enfermedad, el sistema de cuidado de la salud o la formación de la salud, es considerada dentro del campo de la Psicología de la salud.

La Medicina Conductual puede ser el campo o puente común entre la psicología y la medicina (Donker, 1991), la Psicología Conductual engloba o representa lo que se denomina actualmente como Medicina Conductual. La principal diferencia en el uso de ambos términos es la ciencia de la que se parte, el prisma desde el cual se trabaja: Medicina o Psicología. Pero en última instancia, sus inquietudes básicas y sus aplicaciones van dirigidas en la misma línea.

Factores Determinantes De Los Trastornos Psicofisiológicos

Los trastornos psicofisiológicos tienen un carácter múltiple en su etiología, este hecho dificulta el estudio de dichos trastornos si tenemos en cuenta que los distintos y variados factores desencadenantes pueden adoptar diversas combinaciones, haciendo que el peso específico de cada factor sea diferente en cada caso, así como la interacción resultante.

Dichas combinaciones pueden variar a su vez en función del estadio evolutivo en que se encuentre el trastorno, como en el caso de la Hipertensión Esencial (Obrist, Lanmger, Light y Koepke, 1983)

El interés por los factores determinantes de los trastornos psicofisiológicos ha potenciado su investigación. Se ha hecho hincapié principalmente en los factores fisiológicos, factores genéticos, factores ambientales y factores psicológicos o rasgos de personalidad.

Factores Fisiológicos

Existe un amplio número de investigaciones y de modelos explicativos de los trastornos psicofisiológicos que consideran que las consecuencias derivadas de la respuesta fisiológica a las situaciones de stress son la causa principal que incide en el desarrollo de dichos trastornos.

Dichas investigaciones y modelos parten de un eje común: el organismo necesita para realizar su actividad diaria cierto

MARCO TEÓRICO.
APARTADO III: TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS

grado de activación fisiológica. Pero hay que tener en cuenta dos elementos importantes:

a) Por un lado, el organismo no puede mantener de forma constante un ritmo de activación por encima de sus posibilidades.

b) Por otro lado, en el medio en el que se desarrolla el hombre actual, la forma de responder ante un evento estresante es por medio de una respuesta de afrontamiento cognitiva. Estas respuestas cognitivas no siempre son suficientes.

Estos dos factores pueden dar lugar a la sobrecarga de determinados órganos, pudiendo desencadenar trastornos a diferentes niveles. Son los denominados trastornos psicofisiológicos, tales como la Hipertensión, la úlcera, el asma, el insomnio, las disfunciones sexuales, etc.

Por lo tanto las probabilidades de que un trastorno psicofisiológico se desarrolle aumentarán con el incremento de la frecuencia o la duración de la respuesta de activación provocada por la propia situación de stress o por la situación considerada como tal por el sujeto (Miguel - Tobal, 1993).

Factores Genéticos

El papel de la herencia o factores genéticos en la predisposición de padecer una enfermedad ha sido considerado uno de los elementos importantes en los trastornos psicofisiológicos.

Numerosos estudios (Jorgensen y Houston, 1981; Manuck y Proietti, 1982; Ditto, 1986) concluyen que las personas con antecedentes familiares de Hipertensión Esencial manifiestan una mayor reactividad cardiovascular (presión sanguínea,

MARCO TEÓRICO.
APARTADO III: TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS

preferentemente sistólica, y tasa cardíaca) ante situaciones de stress al ser comparados con sujetos sin tales antecedentes.

No podemos dejar de señalar el hecho de que entre miembros de determinadas familias haya una predisposición a padecer diversas alteraciones (fundamentalmente aquellas de carácter psicofisiológico) puede estar determinado, además de factores genéticos, por otros factores como experiencias de aprendizaje comunes, hábitos de vida, variables de personalidad similares, situaciones estresantes compartidas, etc.

Factores Psicológicos

Uno de los pioneros en resaltar la relación entre determinadas enfermedades y características particulares de personalidad fue Dumber, en 1943. A partir de entonces surgen numerosos intentos por delimitar los rasgos de personalidad asociados a determinados trastornos psicofisiológicos.

Una de las primeras formulaciones psicológicas sobre alteraciones psicosomáticas fue elaborada por Alexander en 1950. Este autor propuso una hipótesis basada en su experiencia clínica psicoanalítica, según la cual, cada trastorno psicofisiológico estaba asociado con conflictos emocionales inconscientes específicos, así por ejemplo, sostuvo que el núcleo de la colitis ulcerosa se hallaba en la frustración de las necesidades de dependencia que estimulan las tendencias agresivas orales.

MARCO TEÓRICO.
APARTADO III: TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS

Con respecto a este mismo trastorno, en 1955, Engel señala que el desarrollo de la enfermedad está más en conexión con las relaciones interpersonales que con un conflicto intrapsíquico, añadiendo que esta falta de capacidad para relacionarse con los demás deriva de la relación con una madre dominante, perfeccionista, exigente, fría y con tendencias depresivas. La colitis ulcerosa surge, según esta hipótesis, cuando el paciente es incapaz de satisfacer las expectativas maternas.

Formulaciones posteriores como la de Sifneos (1967) y Nemiah (1973, 1975) utilizan el concepto de alexitimia para referirse a un conjunto de rasgos cognitivos caracterizados básicamente por la dificultad o incapacidad de los pacientes con trastornos psicofisiológicos para describir sus sentimientos. Nemiah señala tres componentes o características básicas de la personalidad alexitímica:

- Incapacidad para describir los sentimientos propios verbalmente.
- Notable ausencia de fantasía.
- Dificultad para realizar cambios psicológicos internos en el curso de una psicoterapia orientada psicodinámicamente.

Por lo cual se puede deducir que individuos que presenten rasgos cognitivos compatibles con la alexitimia, tendrían una mayor posibilidad de presentar trastornos psicofisiológicos.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La Hipertensión Arterial se caracteriza por el incremento de los niveles de presión con los que la sangre pasa por los vasos sanguíneos. Estos niveles elevados en la presión de la sangre, están por encima de los requerimientos metabólicos del organismo y facilita la aparición de accidentes cardiovasculares a medio y largo plazo (infartos, hemorragias cerebrales, etc.)

Atendiendo a su origen existen dos grandes tipos de Hipertensión:

1. Hipertensión Esencial o primaria, cuyo origen no puede ser determinado orgánicamente siendo, por tanto, un trastorno funcional. Es en este tipo de Hipertensión en el cual la psicología de la salud se ha interesado especialmente.

2. Hipertensión Secundaria, cuyo origen está relacionado con un fallo o daño orgánico. En ocasiones la Hipertensión secundaria puede aparecer como consecuencia de daños provocados por una Hipertensión Esencial no tratada.

La distinción entre una y otra radica en los factores etiológicos que la originan. La Hipertensión Secundaria aparece como resultado de la alteración en uno o varios elementos claves de control del sistema cardiovascular (Guyton, 1986).

Sin embargo, la mayor parte de los casos, concretamente alrededor del 90% de las personas que padecen Hipertensión

MARCO TEÓRICO.
APARTADO III: TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS

no presentan alteración orgánica o funcional evidente que justifique tal elevación de la presión arterial, es decir, los mecanismos etiopatológicos no están establecidos, sufren por tanto de Hipertensión Esencial o primaria (Guyton op. cit.)

La Hipertensión Arterial esencial es de naturaleza insidiosa, puede mantenerse latente durante largo tiempo. Así mismo, es un trastorno atípico en el sentido de que en general, carece de sintomatología específica (Pennebaker, Gonder-Frederic, Stewart y cols., 1982), es decir, es una enfermedad silenciosa, por lo que su detección es aún más difícil.

Debido a su frecuencia, y a sus graves repercusiones dado el alto porcentaje de muertes debidas a enfermedad cardiovascular como resultado de una Hipertensión grave (Kannel, 1977), así como el elevado costo social y laboral de esta patología (Alderman, 1984), la Hipertensión constituye uno de los problemas más graves en los servicios de salud.

No existe una delimitación clara entre la normotensión y la Hipertensión aunque, habitualmente a nivel clínico se han adoptado los criterios propuestos por la OMS, según las cuales se consideran normotensos a aquellos sujetos cuyas presiones arteriales son menores a 140 mm.Hg. para la presión sistólica y de 90 mm. Hg. Para la presión arterial diastólica. Este organismo establece también una línea divisoria en la que se sitúan aquellas personas cuya presión sistólica oscila entre 140-160 mm. Hg. Y su presión diastólica entre 90 y 95 mm. Hg. Es la denominada Hipertensión borderline. Finalmente la OMS considera hipertensa a toda presión que excede los 160 mm.Hg. para la sistólica y 95 mm. Hg. para la diastólica.

MARCO TEÓRICO.
APARTADO III: TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS

Estudios epidemiológicos señalan que existen factores ambientales como determinantes. Existe entonces una mayor prevalencia de Hipertensión Arterial en sociedades con cambios en sus pautas culturales (industrialización, urbanización, emigración, etc.) siendo menor la frecuencia en sociedades estables. Dentro de las zonas urbanas se ha observado una mayor incidencia de Hipertensión en barrios con bajo nivel socioeconómico y alto índice de criminalidad. Podemos hablar entonces de la influencia en la presión arterial de los procesos de cambio sociocultural que imponen al sujeto continuas demandas adaptativas (Thompson, 1988; Sommers-Flanagan y Greenberg, 1989).

Por otro lado se puede dejar de mencionar que el sobrepeso derivado de una alimentación abundante y desequilibrada, y la ingesta excesiva de sal han sido son dos de los elementos más investigados al relacionar Hipertensión con factores dietéticos, sin embargo los resultados no son concluyentes.

La relación peso-Hipertensión parece evidente, sin embargo no está claro el mecanismo implicado. Algunos autores sostienen que un elemento importante es el hecho de que la resistencia vascular sistémica es menor en los hipertensos obesos (Messerli, 1981); otros autores sostienen que la alta concentración de insulina en plasma propia de los obesos puede ser el factor clave en la etiología de la Hipertensión (Dustan, 1983).

En cuanto a la ingesta de sal existe una correlación positiva entre el consumo diario de sal y la incidencia de la Hipertensión. Sin embargo, el aumento en el consumo de sal provoca incrementos en presión sanguínea en algunas

MARCO TEÓRICO.
APARTADO III: TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS

personas, mientras que en otras incluso produce el efecto inverso (Myers y Morgan, 1983).

Como vemos, las investigaciones sobre factores determinantes de la Hipertensión Esencial, centradas bien en los factores genéticos, bien en los factores ambientales, no son concluyentes por si mismas. Todas ellas implican la necesidad de recurrir a la interacción.

La Ira en relación con la Hipertensión Arterial

La Ira ha sido relacionada con los trastornos coronarios (Mathews, Glass, Rosenman y Bortner, 1977). Alexander postuló ya en 1939 que los hipertensos luchan en contra de sus sentimientos de Ira y tienen dificultad de expresarla. Para este autor, aquellos que se esfuerzan en controlar su Ira presentarían una activación crónica del sistema autónomo y cardiovascular, y eventualmente elevaciones mantenidas de presión sanguínea.

Suárez y Williams (1990) consideran que personas con hostilidad alta y probabilidad de mostrar Ira hacia fuera tienen más riesgo de padecer trastornos coronarios, mientras que quienes suprimen la expresión de Ira tienen un riesgo más alto de padecer Hipertensión.

A partir de la década de los 50, empieza a cobrar importancia la influencia de los factores psicológicos sobre la salud física de los individuos, y no sólo sobre la salud mental. En 1978, la OMS contribuye al asentamiento de esta idea. Desde entonces se considera la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad”.

Desde la perspectiva apoyada por la OMS, se defiende que el funcionamiento del ser humano es excesivamente complejo para ser explicado únicamente atendiendo a los aspectos biológicos. En este orden de cosas, una de las premisas más consistentes aceptadas en la actualidad tiene que ver con la constatación de la influencia que poseen los aspectos

MARCO TEÓRICO.
APARTADO III: TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS

comportamentales y emocionales sobre el bienestar del individuo.

Si bien durante un tiempo la ansiedad fue una de las variables psicológicas más estudiadas y discutidas en el plano de la salud y del funcionamiento conductual del ser humano, los últimos años han asistido al desplazamiento de la ansiedad por parte de una emoción básica que parece ser un factor sistemáticamente encontrado en la base de distintos trastornos: la Ira.

Así, cuando esta emoción básica pierde sus connotaciones adaptativas y funcionales, puede convertirse en un factor que incrementa el riesgo de disfunción y enfermedad.

En algunos trabajos (Smith, 1994) se pone de relieve la conexión existente entre la emoción de Ira (más concretamente del denominado “complejo Ira-hostilidad”) y la mortalidad por cualquier causa. En otros trabajos, específicamente orientados a delimitar la relación existente entre Ira-hostilidad y enfermedad coronaria, también se aprecia una clara conexión de este tipo de trastornos con las elevadas puntuaciones en el citado complejo emocional (Miller, Smith, Turner, Guijarro y Hallet, 1996).

No obstante, aunque la estructuración teórica apoya la existencia de una relación entre el complejo Ira-hostilidad y la salud coronaria, la evidencia empírica ha sido diversa, con lo que el objetivo esencial en este tipo de investigaciones sigue siendo localizar el proceso que subyace a dicha relación. Hay que tener en cuenta que una conexión entre fenómenos psicológicos y enfermedades cardiovasculares puede y debe incluir numerosos y variados procesos fisiológicos.

Modelo de Vulnerabilidad Constitucional

Según este modelo, los determinantes de tipo constitucional son los más importantes para explicar la relación entre el constructo Hostilidad-Ira-Agresión y la enfermedad cardiovascular

Krantz y Manuch (1984) propusieron que, tanto las manifestaciones psicológicas y psicofisiológicas del constructo Hostilidad - Ira - Agresión, como las enfermedades Coronarias, estaban determinadas fundamentalmente por diferencias individuales a nivel biológico o constitucional. Es decir, que estos factores de personalidad y la Enfermedad Coronaria no estarían relacionados causalmente, sino que más bien serían co-efectos o marcadores de diferencias individuales de tipo constitucional.

Esta constitución biológica podría relacionarse con estructuras del sistema nervioso central responsables de la actividad simpática, de los receptores adrenérgicos y/o los órganos diana (Smith, 1992) Sin embargo, aunque la estructura biológica puede influir en la predisposición hacia una mayor reactividad psicofisiológica de los individuos que puntúan alto en el constructo Hostilidad - Ira - Agresión, no es suficiente para explicar las características cognitivas, comportamentales y emocionales del constructo.

En este sentido, Krantz y Durel (1983) sugieren la existencia de una segunda estructura, de tipo cognitivo-actitudinal, que favorecería las evaluaciones e interpretaciones típicas de estos sujetos. La interacción entre

MARCO TEÓRICO.
APARTADO III: TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS

ambas estructuras sería la que produce las manifestaciones comportamentales y emocionales del constructo Hostilidad - Ira - Agresión.

Esta interacción implicaría un mecanismo de feedback somatopsíquico, relacionado con la percepción, evaluación y procesamiento automático de la reactividad psicofisiológica, a partir de la cual dicha actividad autonómica periférica es capaz de influir en la aparición de ira y/o agresión; a su vez las respuestas emocionales y comportamentales darían como resultado un incremento en la reactividad psicofisiológica.

En definitiva, sería a la vez, estímulo para la siguiente respuesta, conformando un “circulo vicioso” difícil de romper (Contrada, 1994). En esta misma línea, Kaplan, Botchin y Manuck (1994) van a plantear que el perfil bioconductual de las personas hostiles está determinado fundamentalmente por disminuciones en la función serotoninérgica (como se sabe, la serotonina ejerce una acción inhibitoria sobre diversas estructuras cerebrales relacionadas con las emociones, tales como la amígdala, y el hipotálamo).

Más concretamente, se postula la existencia de diferencias interindividuales estables en la producción de serotonina central (Higley, Suomi y Linnoila, 1991), las cuales serían responsables de las características emocionales y comportamentales y de la hiperreactividad cardiovascular mostradas habitualmente por estos individuos.

Por otra parte, Saxena y Villalon (1990) han demostrado las relaciones entre receptores serotoninérgicos, como el 5-HT1 y el 5-HT2, y la regulación cardiovascular. El efecto del sistema serotoninérgico sobre la respuesta del sistema

MARCO TEÓRICO.
APARTADO III: TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS

simpático depende del lugar donde se produce la estimulación y del subtipo de receptor implicado. Así parece que cualquier sustancia agonista de los receptores 5-HT₁ produce una disminución en la tasa cardíaca y la presión sanguínea y una reducción de la actividad simpática cuando se la administra centralmente a través de las arterias cerebrales o directamente sobre el tejido cerebral.

Modelo de Reactividad Psicofisiológica

Es uno de los modelos más influyentes dentro de este campo. Su objetivo fundamental ha sido el estudio de la reactividad psicofisiológica y sus efectos en la producción de los procesos patogénicos que dan lugar a la Enfermedad Cardiovascular.

Desde este modelo se sugiere que la hiperreactividad cardiovascular frente al estrés constituye un factor de riesgo significativo. También es conocido que la evocación experimental del estado de ira aumenta la reactividad cardiovascular y neuroendocrina. (Reyes del Paso y García-León, 2000).

En relación con la reactividad neuroendocrina, distintos estudios han destacado la importancia de los sistemas simpático-adreno-medular e hipofisiario-adreno-cortical en la predisposición de los sujetos hostiles con respecto a la Enfermedad Cardiovascular. La relevancia de estas afirmaciones viene proporcionada por una serie de estudios que muestran mayores niveles de adrenalina y/o

MARCO TEÓRICO.
APARTADO III: TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS

noradrenalina (Suarez, Kuhn, Schanberg, Williams y Zimmermann, 1998).

La activación de la emoción Ira; correlato emocional del constructo Hostilidad – Ira – Agresión, es la responsable de la reactividad psicofisiológica y, en parte, de los correlatos conductuales de agresión de dicho constructo.

Todos estos elementos están sujetos a consideraciones de especificidad individual, por lo cual es importante destacar que un sujeto puede tener más o menos sensibilidad emocional y responder más o menos con la emoción ira.

La reactividad psicofisiológica, en este caso cardiovascular, también podría ser más o menos intensa y en cierta medida, se puede suponer que la reactividad cardiovascular sería dependiente de la intensidad de la emoción ira percibida por el sujeto.

El componente conductual de agresión del constructo Hostilidad – Ira – Agresión estaría modulado conjuntamente por la activación de la emoción de ira y por los procesos atribucionales–actitudinales ligados con la hostilidad.

Ambos tipos de influencias, junto con las procedentes de procesos inhibitorios (sensibilidad al castigo, educación, experiencias previas en contextos similares, aprendizaje etc.), pueden modular la selección del tipo de respuesta y el modo de expresión de la ira que se va a utilizar, determinando que se puedan producir respuestas agresivas o conductas más adaptativas. A su vez, el tipo de actividad conductual externa también puede influir en el perfil psicosocial del individuo, el cual probablemente será negativo si predominan las respuestas agresivas.

MARCO TEÓRICO.
APARTADO III: TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS

Según Lemerise y Dodge (1993) la ira cumple una gran variedad de funciones adaptativas, que incluyen básicamente la regulación de procesos internos (fisiológicos y psicológicos) en la reacción de defensa, así como la regulación de las conductas sociales e interpersonales. A pesar de su significado funcional, muchos trabajos han puesto en evidencia que la ira es una de las principales responsables del desarrollo de trastornos coronarios.

Los resultados de numerosas investigaciones sugieren que la ira y la hostilidad, contribuyen a la patogénesis de varios desórdenes médicos, incluyendo Hipertensión (Crane, 1981; Harburg et al., 1973; citado en Spielberger, 1991). También, se han realizado una gran cantidad de trabajos que muestran la influencia de la ira sobre la presión sanguínea y la reactividad cardiovascular (Groer, 1994; Burns, 1995).

Respecto a la “experiencia de Ira” Ironson y cols. (1992; citado en Goleman, 1997) encontraron que mientras los pacientes recordaban episodios que los hacían sentirse enojados, la eficacia del bombeo de su corazón descendía un 5 %. Algunos de los sujetos revelaron una disminución del 7 % o más en la eficacia del bombeo, una escala que los cardiólogos consideran señal de isquemia miocárdica (un peligroso descenso del flujo sanguíneo del corazón mismo). La disminución del bombeo no se observó con otros sentimientos perturbadores como la ansiedad.

Por su parte, Williams (1989; citado en Goleman, op.cit.) encontró en un estudio longitudinal realizado a médicos que quienes habían obtenido puntajes elevados en tests de Ira, tenían siete veces más probabilidades de haber muerto a los 50 años, que aquellos que tenían bajos puntajes. El nivel de

MARCO TEÓRICO.
APARTADO III: TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS

Ira era un pronosticador más confiable que otros factores de riesgo, tales como: el hábito de fumar, la presión sanguínea elevada o alto nivel de colesterol.

Respecto de la expresión de la Ira, Funkenstein, King y Drolette (citado en Spielberger, op.cit.) en 1954 realizaron un estudio acerca del efecto de la expresión de esta emoción sobre el sistema cardiovascular. Medían el pulso y la presión sanguínea de estudiantes expuestos a una situación de estrés de laboratorio. Posteriormente los sujetos fueron divididos en dos categorías: “*Ira hacia adentro*” (aquellos que experimentaban Ira, pero no lo expresaban sino que lo suprimían) e “*Ira hacia fuera*” (aquellos que expresaban abiertamente dicha emoción). El aumento en el pulso para los sujetos de la primera categoría fue tres veces mayor que para el segundo grupo.

En otros trabajos se observó que un grupo de sujetos con tendencia a suprimir la Ira tenía niveles de presión sistólica más elevados que el grupo con expresión inadecuada de Ira (Harburg et al., 1980; citado en Spielberger, op.cit.). Gentry y cols. (1972, 1981, 1982; Citado en Spielberger, op.cit.), así mismo observaron que los sujetos con un alto puntaje en una escala que evalúa Ira hacia afuera, tenían niveles bajos de presión diastólica.

De esta manera, Spielberger (op.cit.) concluyó que un alto puntaje en una escala que evalúe Ira hacia adentro, y altos niveles de ansiedad, está asociado a una elevada presión sanguínea o a Hipertensión.

METODOLOGÍA

Diseño

Como se ha ido reflejando en las páginas precedentes, una de las características básicas de los trastornos psicofisiológicos es el carácter múltiple de su etiología. Este hecho dificulta el estudio de dichos trastornos si se tiene en cuenta que los distintos y variados factores desencadenantes pueden adoptar diversas combinaciones, haciendo que el peso específico de cada factor sea diferente en cada caso, así como la interacción resultante.

Para abordar los objetivos del presente trabajo se ha diseñado una batería de pruebas psicológicas que agrupa variables que según distintos autores están más relacionadas con trastornos psicofisiológicos, en especial la Hipertensión Esencial.

Se llevará a cabo un estudio descriptivo/exploratorio con sujetos diagnosticados con Hipertensión Esencial, donde se estudiarán ira y rasgos de personalidad. A través de este estudio descriptivo/exploratorio se pretende abordar el objetivo general de este trabajo, indagando en qué medida las personas diagnosticadas con Hipertensión Esencial presentan rasgos de personalidad y niveles de ira característicos.

Muestra

La muestra de este estudio está formada por un total de 30 sujetos diagnosticados con Hipertensión Esencial.

Los sujetos que forman parte de la muestra son derivados por un médico del dispensario del barrio “Ciudad de mis sueños” de la ciudad de Córdoba entre Noviembre del 2008 y Enero del 2009.

Previo conocimiento del diagnóstico de Hipertensión Arterial de cada paciente, y bajo la supervisión del Dr. Juan Carlos Avalos, cada sujeto es contactado personalmente para ser informado acerca del presente trabajo de investigación. Una vez informados los pacientes dentro del marco del consentimiento informado acceden a participar de la investigación.

Como es sabido el consentimiento informado incluye entre sus requerimientos la conformidad de participación bajo aceptación libre y voluntaria.

A cada sujeto se le explica entonces la naturaleza, duración, objetivos, métodos, alternativas posibles y riesgos potenciales de su participación en la presente investigación

Respecto a las prácticas de investigación, el código de APA se expide de la siguiente manera:

Consentimiento informado en la investigación

Los psicólogos informan a los participantes acerca de:

(1) el propósito de la investigación, la duración estimada, y los procedimientos;

(2) su derecho a rehusarse a participar y retirarse de la investigación una vez que su participación haya comenzado;

(3) las consecuencias previsibles de rehusarse o retirarse;

(4) los factores razonablemente previsibles que puedan influenciar su voluntad de participar, tales como riesgos potenciales, incomodidad o efectos adversos;

(5) cualquier beneficio posible de la investigación;

(6) los límites de la confidencialidad;

(7) los incentivos por la participación;

(8) a quién contactar para preguntar acerca de la investigación y los derechos de los participantes en investigaciones. Dan la oportunidad a los eventuales participantes de formular preguntas y recibir respuestas.

En términos generales, se considera válido el Consentimiento si la persona tiene la capacidad para consentir (comprende los alcances de su acto); ha sido provista de la información significativa relativa al procedimiento; y ha manifestado el consentimiento libremente y sin influencias indebidas (Código APA. 2002).

Material

Para examinar los datos se aplicarán tres instrumentos de relevamiento:

Cuestionario Sociodemográfico

Con el objetivo de enriquecer los datos de la presente investigación se aplicará una encuesta biográfica pertinente a un estudio exploratorio, favoreciendo no solo la limitación de la muestra, sino también que asentará antecedentes sociodemográficos registrando de esta manera una posibilidad abierta para nuevas investigaciones relacionadas al mismo tema. En esta encuesta se deberán cumplimentar una serie de datos personales (edad, nivel de estudios, consumo de alcohol, consumo de tabaco, ejercicio físico, etc.).

Deberán reflejar la fecha aproximada de diagnóstico de Hipertensión, así como el tratamiento seguido, además deberán informar los niveles de presión arterial correspondientes a las tres últimas tomas realizadas en un lapso de tres meses; las fechas coincidirían con la fecha en que cada paciente busca la medicación en el dispensario del barrio "Ciudad de Dios".

Cuestionario de personalidad 16PF-5

Este cuestionario fue editado por primera vez en 1949 por Cattell. La versión que se utilizará es la quinta edición del

cuestionario (en su adaptación española) y está basada en el resultado de la cuarta edición (1993).

El 16PF-5 Se trata de un cuestionario de 185 elementos, con tres opciones de respuesta, destinados a medir el índice de MI (manipulación de la imagen o deseabilidad social) y los 16 factores primarios de personalidad: Afabilidad, razonamiento, estabilidad, dominancia, animación, atención a normas, atrevimiento, sensibilidad, vigilancia, abstracción, privacidad, aprensión, apertura al cambio, autosuficiencia, perfeccionismo y tensión. A su vez, el cuestionario permite recoger información de 4 factores secundarios o dimensiones: extroversión, ansiedad, dureza e independencia.

Para los fines de este trabajo, es importante profundizar en las dimensiones y rasgos que destaca Cattell y sobre la base de las cuales construyó el cuestionario 16PF.

Cattell plantea que en el cuestionario 16PF podemos analizar tres grandes rasgos:

1. Estilo de Respuesta.
2. Dimensiones Globales
3. Escalas Primarias.

Los estilos de respuesta cumplen la función de detectar sesgos que pudieran haber generado distorsión en el perfil. Las dimensiones globales permiten una visión más amplia de la persona, y, finalmente, las escalas primarias describen detalles específicos de la personalidad.

Para finalizar, se describirán las diferentes escalas que engloba el cuestionario 16PF. Las siguientes definiciones fueron extraídas del Manual de Aplicación del Cuestionario de

Personalidad 16PF-5, quinta versión del cuestionario basada en la cuarta versión y adaptada al español:

Estilo de Respuesta

Manejo De Imagen (MI): Básicamente es una medida de la “deseabilidad social”. Puntuaciones elevadas sugieren respuestas socialmente deseables, mientras que una puntuación baja apunta a un deseo por parte del sujeto de admitir rasgos o conductas socialmente no deseables. Esta actitud puede tener principalmente dos componentes, uno de manipulación de la imagen en relación consigo mismo y otro en relación con los demás, de manera consciente o inconsciente. Puede también reflejar signos de adaptación inteligente a las demandas del entorno, como una manera peculiar de la persona.

Infrecuencia (IN): Está formada por elementos de las demás escalas del cuestionario, pero sólo pasaron a formar parte de ella cuando, en la muestra de tipificación, no fueron elegidas más que por un porcentaje de muy pequeños casos. Para su inclusión en la escala se ha considerado la alternativa intermedia (señalada con un interrogante -?). Por esto, aunque el contenido de un elemento sea infrecuente en sus alternativas A o C, para la escala *IN* sólo se han incluido las respuestas en que la alternativa elegida por el sujeto es la B.

Aquiescencia (AQ): Destinada a apreciar la tendencia “Sí Señor” con el que responden algunos sujetos sin atender al

contenido específico de la cuestión. Podría también ser un índice de incongruencias del sujeto que afirma contenidos dispares, o reflejan una mala imagen de sí mismo o una gran necesidad de la aprobación del examinador.

Dimensiones Globales

Apuntamiento: Los apuntamientos de un perfil (con decatipos extremos, inferiores a 3.5 o superiores a 7.5) normalmente indican características más distintivas de la personalidad del sujeto. Si en un perfil hay muchos apuntamientos, esto sugiere una mayor peculiaridad de la personalidad.

Congruencia: A la hora de interpretar una dimensión global, el profesional debería identificar las escalas que son congruentes con su pertenencia a esa dimensión, y aquellas que van en la dirección opuesta. O sea, una persona que puntúa alto en extroversión sería congruente con esto puntuar alto en las dimensiones relacionadas.

Extroversión (EXT): Esta dimensión ha sido incluida desde las primeras descripciones de la personalidad. El constructo es consensualmente atribuido a Jung, pero ha sido encontrado y descrito en muchos estudios posteriores. En la versión original se dijo que la Extroversión estaba orientada hacia la participación social. El extrovertido suele buscar orientación hacia las personas y a buscar relaciones con los otros, mientras que el introvertido tiende a ser menos sociable

y abierto, porque dedica más tiempo a estar con él mismo que con los demás. Los principales componentes de la Extroversión son: afabilidad, animosidad, atrevimiento, integrado. Mientras que los componentes de la introversión son: reserva, seriedad, timidez, y autosuficiencia.

Hay una fuerte conexión entre la dimensión Extroversión y la deseabilidad social; varias de las escalas que la componen muestran relaciones muy significativas con la escala MI (manipulación de imagen o deseabilidad social). La introversión se puede asociar con la independencia de pensamiento, así como con la tendencia a pensar y deliberar, variables menos implicadas en el ser extrovertido.

La extroversión se relaciona significativamente con otras muchas medidas de la participación social, por ejemplo la afiliación, la exhibición, el cuidar de otros y la ayuda y protección a otros. También, esta dimensión puede incluir conductas propias de una inclinación a manifestar los sentimientos y mostrarse empático. Por otro lado, en el polo bajo, la introversión recoge las cualidades opuestas, poca sociabilidad y baja flexibilidad.

Ansiedad (Ans.): Como ha pasado con extroversión, la ansiedad ha sido descrita desde los primeros estudios de la personalidad. A ella contribuyen varios aspectos implícitos en las escalas primarias: se define una persona reactiva, vigilante, preocupada/aprensiva, y tensa/impaciente.

La ansiedad puede surgir como respuesta a sucesos externos o generarse externamente. Puede ser una activación de la postura de “lucha/huida” asociada a una amenaza real o percibida. Las personas bajas en ansiedad tienden a ser poco

perturbables, sin embargo, podría tratarse de una minimización de los afectos negativos o una falta de motivación ante el cambio. Como las personas ansiosas experimentan en mayor medida los afectos negativos, estas pueden tener dificultades para controlar sus emociones o reacciones y pueden actuar como conductas contraproducentes.

Dureza (Dur): Los que puntúan alto en esta variable son descritos como personas en alerta y dispuestas a tratar los problemas con un punto de vista frío y cognitivo. Los componentes principales de la personalidad dura (puntuación alta) son: tendencia a ser reservado, objetivo, práctico y tradicional. Además de actuar desde un enfoque seco y cognitivo, la persona extremadamente dura puede dar la impresión de ser inamovibles, tal vez por que tiene criterios fijos, o sea, no suele abrirse a otros puntos de vista, ni a personas, ni a nuevas experiencias.

En el otro polo (Puntuación baja), las personas se caracterizan por tener una personalidad receptiva, aparte es afable, sensible, abstraída y abierta al cambio, aunque también puede ocurrir que este sujeto receptivo, al contrario del duro, no tiene en cuenta los aspectos prácticos y objetivos de la situación. Da la impresión de que en la Dureza hay una cierta inflexibilidad y falta de apertura; en realidad, la dureza y la resolución pueden rondar la inflexibilidad y el atrincheramiento.

Las personas “duras” pueden tener dificultades para aceptar nuevos puntos de vista, incluidos los que implican emociones. En contraste, las personas “receptivas” tienen

sentimientos de apertura a la experiencia, incluso a estados afectivos negativos; consecuentemente, estas personas pueden tener dificultades para sobreponerse a reacciones emotivas, para alcanzar la objetividad y, por tanto, para soslayar los aspectos prácticos de las situaciones.

Independencia (Ind): La independencia gira alrededor de la tendencia a ser activo y enérgicamente determinado en los pensamientos y acciones de uno mismo, y a ella contribuyen varias escalas como la tendencia a ser dominante, atrevido, vigilante y abierto al cambio. A la persona independiente le gusta intentar cosas nuevas y expresar curiosidad intelectual. Es evidente un fuerte componente de resolución en lo social, puesto que la persona suele formar y expresar sus propias opiniones.

A menudo es persuasiva y esforzada en ello, animosa de desafiar lo establecido y sospechosa de las interferencias de otros. En el polo extremo, especialmente cuando la conducta no está atemperada mediante el Auto-Control, o la sociabilidad de la Extroversión o la sensibilidad de la Receptividad (Baja dureza), pueden aparecer aspectos desagradables. En el 16PF-5 la independencia puede presentar vicios de inflexibilidad y dominancia. Las personas independientes pueden resultar poco confortables o ineficaces en situaciones que impliquen la necesidad de acomodarse a los demás.

En contraste con la persona independiente, la persona acomodaticia suele ser deferente, tímida, confiada y tradicional. No cuestionan lo que encuentran, al contrario, valoran la acomodación más que la autodeterminación o el

salirse con la suya. Tanto la situación como las demás personas suelen influirle, y tanto en la formación de sus opiniones como en la estructuración de su conducta. Sin embargo, puede resultar poco comfortable o ineficaz en situaciones que exijan auto-expresión, asertividad o persuasión. Su acomodación puede estar relacionada con el deseo de evitar el daño o con la ansiedad.

Autocontrol (AuC): Esta dimensión abarca los deseos o urgencias personales. La persona con puntuación alta es capaz de inhibir sus impulsos, y lo puede hacer de varias formas, dependiendo de la estructura de las escalas primarias implicadas. Por ejemplo, la persona puede ser seria y/o atenta a las normas, y/o práctica/realista, y/o perfeccionista. Puede ocurrir que estas personas no valoren la flexibilidad y espontaneidad, o bien sea autocontrolada a expensas de estas cualidades.

En el otro polo, la persona “desinhibida” suelen atender a sus propias urgencias; esta cualidad se refleja de varios modos: siendo la persona espontánea y animosa, y/o inconformista, y/o abstraída, y/o tolerante con el desorden; pueden ser flexibles en sus respuestas, pero en situaciones que exijan autocontrol puede encontrar dificultades para reprimirse. Puede ser considerada como auto-indulgente, desorganizada, irreprimible o irresponsable, dependiendo de si puede sacar fuerzas para reprimirse cuando sea importante hacerlo.

Escalas Primarias

Afabilidad (A): En los extremos de esta dimensión podemos encontrar a las personas frías, impersonales y distantes, y en el otro a personas afables, cálidas, generosas y atentas con los demás. La escala subraya la tendencia que va desde ser una persona social e interpersonalmente reservada hasta estar cálidamente implicada con las demás; ambos polos son normales.

Teoricidad (B): En los extremos se describe una persona de pensamiento concreto o una persona de pensamiento abstracto. Esta escala contiene elementos relacionados con la capacidad para resolver problemas usando el razonamiento.

Estabilidad (C): En las puntuaciones bajas de esta escala se describe una persona Reactiva y emocionalmente cambiante. Mientras que las puntuaciones altas describen a una persona emocionalmente estable, adaptada y madura.

Dominancia (E): En los extremos de esta escala podemos encontrar a personas deferentes, cooperativas, y que evitan conflictos (puntuaciones bajas). Y por otro lado, las personas que son dominantes, asertivas y competitivas (puntuaciones altas)

Animación (F): Las puntuaciones altas, en esta escala, describen a personas animosas, espontáneas, activas y

entusiastas. Mientras que las puntuaciones bajas, describen personas serias, reprimidas y cuidadosas.

Atención a las Normas (G): En este caso las puntuaciones altas describen a personas atentas a las normas, cumplidoras y formales. Mientras que las bajas están relacionadas a personas inconformistas e indulgentes.

Atrevimiento (H): En esta escala las personas tímidas, temerosas y cohibidas suelen puntuar de forma baja, mientras que las personas atrevidas, emprendedoras y seguras en lo social, suelen puntuar alto.

Sensibilidad (I): Esta escala describe a personas objetivas, nada sentimentales y utilitarias, que son las que puntúan bajo. En el otro extremo se encuentran las personas sensibles y sentimentales.

Vigilancia (L): La vigilancia esta referida a personas que están atentas al ambiente. Las personas confiadas, sin sospechas y adaptables, normalmente puntúan bajo, mientras que las que son vigilantes, suspicaces, escépticas y precavidas puntúan alto.

Abstracción (M): En este caso se refiere a las personas que se encuentran entre los polos de creatividad, abstracción y practicidad, realismo. Las personas que puntúan bajo suelen ser prácticas, con los pies en la tierra y realistas. Mientras que

las que puntúan alto, el otro polo, son personas abstraídas, imaginativas e idealistas.

Privacidad (N): Esta escala se refiere a la posibilidad que tiene la persona de abrirse y mostrarse como son. Las personas abiertas, genuinas, llanas y naturales, normalmente, puntúan bajo. Mientras que las personas que son privadas, cautelosas, discretas y que no se abren, suelen puntuar alto.

Aprensión (O): Esta escala se refiere a la seguridad en uno mismo. Así, las personas seguras, despreocupadas y satisfechas puntúan bajo, pero las personas, aprensivas, inseguras y preocupadas, tienden a tener puntuaciones altas.

Apertura al Cambio (Q1): En este caso, el nombre describe el rasgo que se evalúa. Por un lado, las puntuaciones bajas describen a personas tradicionales y apresadas a lo familiar. Por otro lado, las puntuaciones altas describen a personas abiertas al cambio, experimentales y analíticas.

Autosuficiencia (Q2): En este caso las puntuaciones bajas describen a personas seguidoras y que tienen facilidad para integrarse en los grupos, mientras que las puntuaciones altas describen a personas autosuficientes, individualistas y solitarias.

Perfeccionismo (Q3): El perfeccionismo está relacionada a la flexibilidad que poseen las personas. Las puntuaciones altas describen a las personas perfeccionistas, organizadas y disciplinadas, y que son, por ende, más inflexibles. Mientras

que las puntuaciones altas describen a personas flexibles y tolerantes con el desorden y las faltas.

Tensión (Q4): En los extremos de esta escala se describen personas relajadas, plácidas y pacientes para las puntuaciones bajas, y para el polo opuesto, las puntuaciones altas describen personas tensas, enérgicas, impacientes e intranquilas.

Inventario de expresión de Ira Rasgo – Estado S. T. A. X. I.-2 de Spielberger (1988,1991).

Para el desarrollo de la explicación de este inventario y acorde al presente trabajo se considera la adaptación del mismo realizada por Leibovich de Figueroa y Schmidt en el 2001, publicado en la Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica. Dichas autoras comprobaron su aplicación a nuestro contexto socio-cultural; en líneas generales, el inventario mantiene las características psicométricas originales, mostrando adecuados índices de validez y confiabilidad.

El STAXI-2 consta de 49 ítems distribuidos en tres partes:

Parte I: Compuesta por 15 ítems que reflejan sentimientos o acciones del tipo: estoy furioso, tengo ganas de romper cosas, etc. El sujeto debe responder a cada ítem en una escala de 4 puntos, reflejando como se siente en ese momento (1. no en absoluto; 2. algo; 3. moderadamente; 4. mucho).

Parte II: Compuesta de 10 ítems a los que el sujeto debe contestar en una escala de 4 puntos (1. casi nunca; 2.

algunas veces; 3. a menudo; 4. casi siempre) reflejando en los ítems cómo se siente normalmente. Ejemplo de algunos de estos ítems son: estoy de buen humor, tengo carácter irritable, pierdo los estribos, etc.

Parte III: Compuesta por 24 ítems que reflejan sentimientos o acciones que un sujeto puede realizar cuando se enfada: controlo mi temperamento, tengo paciencia con los demás, como por ejemplo: “digo barbaridades”, “pierdo la paciencia”, etc. El sujeto deberá puntuar cada ítem según una escala de 4 puntos (igual que la escala de la parte II), si los ítems reflejan como reacciona o se comporta cuando está enfadado o enfurecido.

Escalas y subescalas del inventario

Esta prueba está constituida por 49 ítems, distribuidos en 6 escalas, 5 subescalas y un índice de expresión de Ira que ofrece una medida general de la expresión y control de la Ira: Estado de Ira (E), Rasgo de Ira (R), Expresión externa de Ira (E. Ext.), Expresión interna de Ira (E. Int.), Control externo de Ira (C. Ext.), Control interno de Ira (C. Int.). Tres subescalas de la escala de Ira que evalúan distintos componentes de la intensidad de Ira como estado emocional: Sentimiento (Sent.), Expresión verbal (Exp. V), Expresión física (Exp. F.). Dos subescalas de la escala de Rasgo: Temperamento de Ira (Temp.) y Reacción de Ira (Reacc.).

Finalmente a partir de 24 ítems de distintas escalas (las dos de expresión y las dos de control) se obtiene el Índice de Expresión de Ira (IEI).

Escala Estado de ira (E): Mide La intensidad de los sentimientos de ira y el grado en que el sujeto siente que esta expresando su ira en un momento determinado. Las personas con altas puntuaciones en *E*, experimentan probablemente sentimientos de ira relativamente intensos. Si *E* es más alto que *R*, los sentimientos de ira de la persona probablemente están determinados por la situación. Si también son relativamente altas en *R* y *Exp. F.* es más probable que las evaluaciones en *E* reflejen ira crónica.

Subescala Sentimiento (Sent.): Mide la intensidad de los sentimientos de ira experimentados por una persona en ese momento. Las personas con altas puntuaciones en *Sent.* manifiestan sentimientos relativamente intensos de emociones de ira que van desde el enfado a la furia. Si la puntuación en *R* es también alta, la sensación de ira es bastante duradera; en caso contrario, se trata más bien de ira transitoria.

Subescala Expresión verbal (Exp. V): Mide la intensidad de los sentimientos actuales relacionados con la expresión verbal de la ira. Las personas con altas puntuaciones en *Exp. V.* experimentan intensas tendencias a expresar su ira verbalmente, bien sea a alguien concreto o bien a alguien general. Si *R* es también alta puede constituir una situación crónica especialmente si *E. Ext.* es también alta y *C. Ext.* baja. En otro caso, el deseo de expresar la ira verbalmente es seguramente temporal.

Subescala Expresión física (Exp. F.): Mide la intensidad de los sentimientos actuales relacionados con la expresión física de la ira. Quienes obtienen altas puntuaciones en *Exp. F.* tienen tendencias intensas de expresar su ira físicamente. Si las puntuaciones en *E. Ext.* y *Exp. F.* son también elevadas y bajas las de *C. Ext.*, estos sujetos expresarán seguramente su ira físicamente, con notable perjuicio para ellos mismos, tanto del punto de vista económico como en términos de salud y relaciones. Si su puntuación en *Exp. F.* es alta están más inclinados a suprimir su ira, pero también esto podría ocasionarles problemas de salud importantes.

Escala Rasgo de Ira (R): Mide la frecuencia en que la que el sujeto experimenta sentimientos de ira a lo largo del tiempo. Las personas con puntuaciones altas en *R* experimentan frecuentemente sentimientos de ira y a menudo piensan que son tratadas indebidamente por los demás. Probablemente se sienten también muy frustradas. De las puntuaciones en las subescalas *E. Ext.*, *Exp. F.*, *C. Ext.* y *C. Int.* puede deducirse si expresan, suprimen, o controlan su ira.

Subescala Temperamento de Ira (Temp.): Mide la disposición a experimentar ira sin una provocación específica. Quienes puntúan alto en la subescala *Temp.* Son irritables y propensos a expresar sus sentimientos de ira aunque la provocación sea pequeña. A menudo son impulsivos y carentes de control de la ira, pero no son necesariamente violentos o vengativos como para atacar a otras personas. Los que, además de puntuaciones altas en *Temp.*, también las

tienen elevadas en *C. Ext.* y *C. Int.* pueden ser muy autoritarios y utilizar su ira para intimidar a los otros.

Subescala Reacción de Ira (Reacc.): Mide la frecuencia con la que el sujeto experimenta sentimientos de ira en situaciones que implican frustración o en evaluaciones negativas. Las personas con puntuaciones elevadas en *Reacc.* Son muy sensibles a las críticas, a los agravios supuestos y a la evaluación negativa de los demás. En estas circunstancias experimentan sentimientos intensos de ira.

Escala Expresión externa de Ira (E. Ext.): Mide la frecuencia con que los sentimientos de ira son expresados verbalmente o mediante conductas agresivas físicas. Las personas con puntuaciones elevadas en *E. Ext.* manifiestan frecuentemente su ira con una conducta agresiva dirigida a otras personas o a objetos del entorno. La *E. Ext.* puede expresarse en actos físicos, tales como ataques a otras personas o dar portazos, o de forma verbal mediante críticas, sarcasmos, insultos, amenazas, o el uso de blasfemias.

Escala Expresión interna de Ira (E. Int.): Mide la frecuencia con que los sentimientos de ira son experimentados pero no expresados (suprimidos). Los sujetos con altas puntuaciones en *E. Int.* experimentan intensos sentimientos de ira, pero tienden a suprimirlos más que a expresarlos física o verbalmente. Conviene advertir, sin embargo que algunas personas con puntuaciones elevadas en *E. Int.* también pueden tenerlas altas en *E. Ext.*, en cuyo caso

quizás en algunas ocasiones expresen y en otras supriman la ira.

Escala Control externo de Ira (C. Ext.): Mide la frecuencia con que la persona controla la expresión los sentimientos de ira evitando su manifestación hacia personas u objetos del entorno. Los que puntúan alto en *C. Ext.* suelen gastar una gran cantidad de energía en prever y prevenir la experiencia y expresión exterior de la ira. Aunque talvez sea deseable este control de las manifestaciones de la ira, cuando es excesivo pueden conducir a la pasividad, la depresión o al abandono. Las personas con puntuaciones altas en *C. Ext.* y *Reacc.* Combinadas con puntuaciones bajas en *E. Ext.* sufrirán probablemente estos problemas a causa de su ira crónica sin una vía fácil de expresión.

Escala Control interno de Ira (C. Int.): Mide la frecuencia con la que la persona intenta controlar sus sentimientos de ira mediante el sosiego y la moderación en las situaciones enojosas. Las personas con altas puntuaciones en *C. Int.* emplean mucha energía en calmar y reducir su ira tan pronto como les sea posible. El desarrollo de controles internos sobre la experiencia y expresión de la ira se interpreta generalmente de modo positivo, pero puede reducir la disposición de la persona a responder con una conducta asertiva cuando esto facilite una solución constructiva ante una situación frustrante. En todo caso, si una puntuación baja en *C. Int.* se combina con puntuaciones altas en *C. Ext.* y *Exp. F.* puede existir un riesgo notable de que se produzcan problemas médicos.

Índice de Expresión de Ira (IEI): Es un índice general de la expresión de Ira a partir de los elementos de las escalas *E. Ext.*, *E. Int.*, *C. Ext.* y *C Int.* Los sujetos que puntúan alto en *IEI* experimentan intensos sentimientos de ira que pueden ser suprimidos o expresados en conductas agresivas (o producirse ambos hechos). La manera más frecuente con que un sujeto expresa la ira puede estar moderada por las relativas elevaciones de sus puntuaciones en *Exp. F.* y *E. Ext.* Las personas con puntuaciones altas en *IEI* y, a la vez, en *E. Ext.* y *Exp. F.* probablemente tienen dificultades en las relaciones interpersonales y un gran riesgo de desarrollar trastornos médicos.

Aplicación

En primer lugar los sujetos serán informados, en términos generales, sobre la naturaleza del estudio explicando los objetivos y finalidad de la presente investigación, marcando el anonimato y confidencialidad de los datos que se registren, y se solicitará su colaboración voluntaria en el mismo.

La evaluación será individual manteniéndose constante el orden de aplicación de las pruebas para todos los sujetos: Cuestionario biográfico, 16PF-5; Inventario de expresión de Ira Rasgo – Estado – STAXI-2

La aplicación será administrada en una sesión de aproximadamente sesenta minutos (60).

Para completar la batería se dará la instrucción general de contestar a todas las preguntas lo más sinceramente posible, intentando no cometer omisiones.

Análisis De Datos

Una vez finalizada la fase de evaluación, las puntuaciones obtenidas serán analizadas en diferentes módulos:

En primer lugar se realizará un análisis simple de los datos estadísticos sociodemográficos En segundo lugar se evaluarán los resultados obtenidos con el test 16PF-5, luego los obtenidos con el test STAXI-2, y finalmente se realizará una correlación entre los diferentes datos para determinar posibles vinculaciones entre los mismos.

Todos los análisis serán realizados por medio del paquete estadístico de programa SPSS.

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Una vez finalizada la fase de evaluación se obtuvo los datos procedentes de la aplicación del test sociodemográfico, las puntuaciones correspondientes al cuestionario de personalidad 16PF-5, así como del inventario de expresión de ira estado-rasgo STAXI-2.

Para cumplir los objetivos específicos del presente trabajo se realizará el análisis en cuatro partes, primero se realiza una descripción simple de los datos estadísticos sociodemográficos, en segundo lugar, se verifican los datos procedentes del cuestionario de personalidad 16PF-5 para estudiar si existen rasgos de personalidad comunes en los pacientes diagnosticados con Hipertensión Esencial, y en tercer lugar se verifican los datos procedentes del inventario de expresión de ira estado – rasgo STAXI-2, para determinar los niveles y el manejo de la Ira en los pacientes diagnosticados con Hipertensión Esencial.

Por último, en un cuarto análisis se verifican las correlaciones más significativas procedentes del paquete estadístico SPSS a partir de los datos obtenidos del 16PF-5 y el STAXI-2 para estudiar la relación existente entre Ira y Rasgos de Personalidad en sujetos diagnosticados con Hipertensión Esencial.

I. Primer análisis descriptivo de resultados del test sociodemográfico

Del total de la muestra el 63% son mujeres y el 37% son varones entre 37 y 82 años, todos en tratamiento médico para la hipertensión esencial, el tiempo de tratamiento médico va de uno a trece años haciendo un promedio de 4,1 años de tratamiento, la mayoría (70%) entre 3 y 5 años.

El 17% de los encuestados son solteros, el 53% casados, el 13% divorciados y el 17% viudos.

El 30% tiene como nivel de estudios alcanzado el primario incompleto, el 33% primario completo, el 7% secundario incompleto, el 17% secundario completo, el 10% terciario incompleto, y el 3% terciario completo

Del total de la muestra el 67% no consume alcohol, y el 33% si consume, del total de encuestados que admite consumir alcohol el 10% consume un litro de alcohol por semana, y el 23% consume entre uno y siete litros por semana.

Del total de la muestra el 60% no consume tabaco, y del 40% que consume tabaco el 20% del total de la muestra consume menos de 10 cigarrillos por día, el 12.5% del total de la muestra entre 10 y 20 cigarrillos por día y el 3 % del total de la muestra consume mas de 20 cigarrillos por día.

Del total de la muestra el 93% admite no realizar ejercicio físico, y del 6% que realiza ejercicio físico el 3% lo realiza entre una y siete horas por semana y el otro 3% realiza ejercicio menos de una hora por semana.

Del total de la muestra el 77% tiene alto nivel de variación de la tensión arterial.

II. Segundo análisis de los resultados del cuestionario 16PF-5

1. Interpretación de las escalas primarias

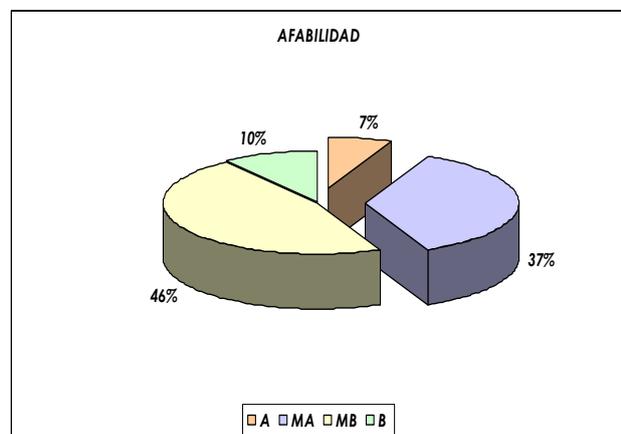
Los apuntamientos de un perfil, con decatipos extremos, normalmente indican las características más distintivas de la personalidad del sujeto, en este caso donde la muestra incluye 30 sujetos no se presentan apuntamientos extremos que definan una mayor peculiaridad en relación a un rasgo, sin embargo se puede verificar el desarrollo de algunos rasgos cuya preponderancia es significativa.

La siguiente lista de escalas primarias no es descrita al azar, sino por su implicación con las escalas globales y por su puntuación preponderante en relación a la muestra total.

AFABILIDAD (A)

En relación con la Afabilidad de la muestra total, el 10% puntuó bajo, el 46 % puntuó medio – bajo, el 37% medio – alto y el 7% puntuó alto.

En la muestra total, el 56% obtuvieron puntajes bajos (46%) y medios-bajos (10%) en la escala primaria A, lo que implicaría que estos sujetos presentan una tendencia a mostrarse fríos,



RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

impersonales y distantes.

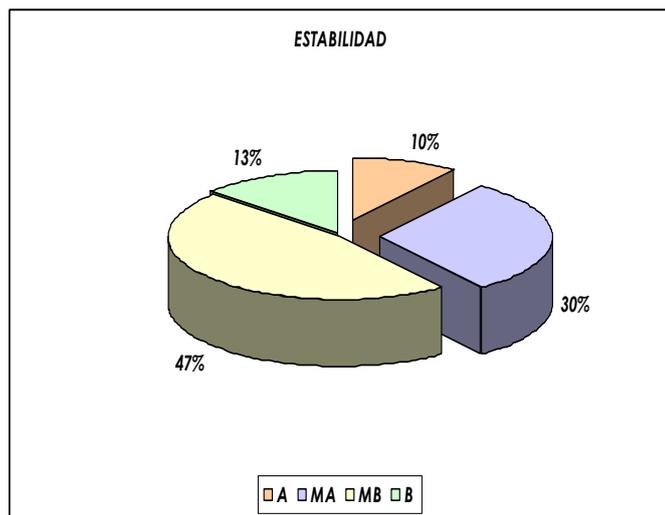
La escala A subraya la tendencia que va desde ser una persona poco sociable e interpersonalmente reservada hasta estar calidamente implicada con los demás, y ambos polos se consideran normales.

El extremo de las **puntuaciones bajas en A puede describir personas que se sienten poco cómodas en situaciones en la que hay mucha relación personal y manifestación de emociones o sentimientos.**

ESTABILIDAD (C)

En relación con la escala primaria C de la muestra total, el 13% puntuó bajo, el 47% puntuó medio – bajo, el 30% medio – alto y el 10% puntuó alto.

El sentido de esta variable se dirige al afrontamiento de los cotidianos problemas de la vida y sus retos. Un 60% de la muestra total tuvieron puntuaciones bajas (13%) y medias-bajas (47%) en la escala C y sólo el 10%



obtuvieron puntuaciones elevadas. **Los sujetos de la muestra presentan entonces una tendencia hacia la baja estabilidad, esta escala describe personas emocionalmente cambiantes.**

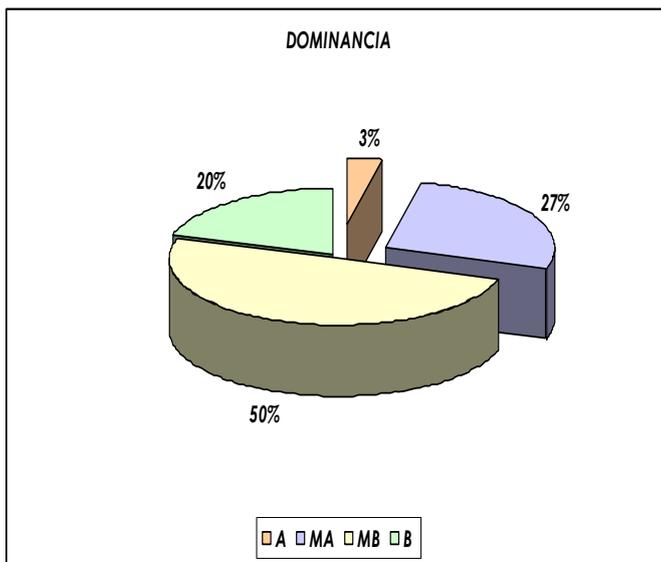
RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Según Cattell **las personas que puntúan bajo en la escala C admiten que tienen más altibajos de humor que la mayoría, que sus necesidades emocionales no están satisfechas y que se sienten como si no pudiera controlar el que pequeñas cosas una y otra vez le sigan saliendo mal.**

DOMINANCIA (E)

En relación con la escala primaria *E* de la muestra total, el 20% puntuó bajo, el 50% puntuó medio – bajo, el 27% medio – alto y el 3% puntuó alto.

El 70% del total de encuestados puntuaron bajo (20%) y medio-bajo (50%) en la escala primaria *E*. Según Cattell **Las puntuaciones bajas en Dominancia describen personas deferentes, y que evitan conflictos,**



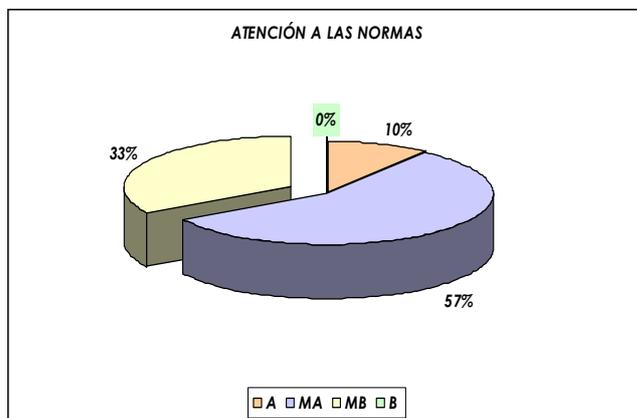
tienden a evitar conflictos asintiendo a los deseos de los otros, además no suelen “plantarse”, posponiendo sus deseos y sentimientos.

ANIMACIÓN (F)

En relación con la escala primaria *F* de la muestra total, el 27% puntuó bajo, el 50% puntuó medio – bajo, el 20% medio – alto y el 3% puntuó alto.

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

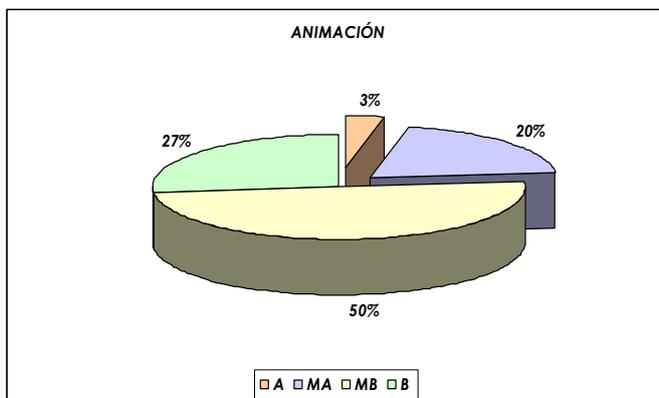
Un 77% de los encuestados obtuvieron puntuaciones bajas (27%) y medias – bajas (50%) en la escala primaria de *F*. **Las puntuaciones bajas en Animación, describen personas serias, reprimidas y cuidadosas, son sujetos que tienden a tomar la vida más seriamente que los que tienen puntuaciones elevadas, son más callados o apagados, y menos dados a la diversión, tienden a inhibir su espontaneidad hasta el punto de parecer reprimidos o circunspectos.**



ATENCIÓN A LAS NORMAS (G)

En relación con la escala primaria G de la muestra total, el 33% puntuó medio – bajo, el 57% medio – alto y el 10% puntuó alto.

Según Cattell la escala de atención a las normas aprecia el grado en que las normas culturales de lo correcto/incorrecto se han interiorizado y se emplean para gobernar la conducta humana. Esta variable se ha asociado con el concepto psicoanalítico de “superego”, que en lo ideales morales de la cultura y el ambiente se interiorizan para controlar



los impulsos autogratificantes del “ello”. El 67% del total de la muestra puntuaron alto (10%) y medio – alto (57%) en la escala

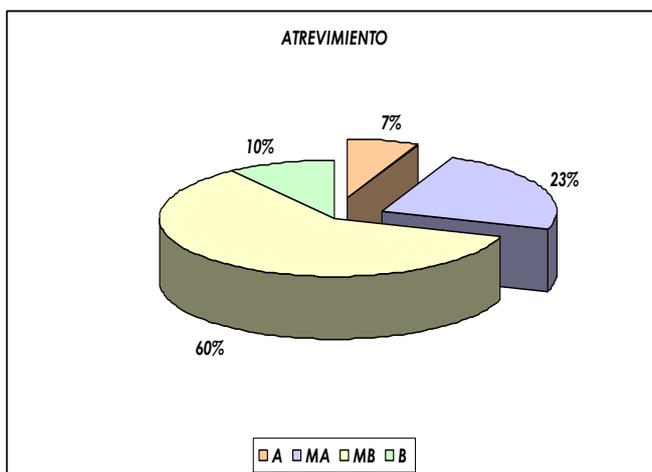
RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

primaria G de la personalidad. **Las puntuaciones altas en Atención a las normas describen a personas cumplidoras y formales.**

ATREVIMIENTO(H)

En relación con la escala primaria H de la muestra total, el 10% puntuó bajo, el 60% puntuó medio – bajo, el 23% medio – alto y el 7% puntuó alto.

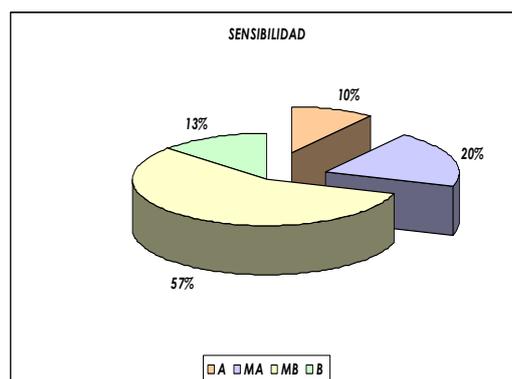
El 70% de los encuestados obtuvieron puntuaciones bajas (10%) y medias – bajas (60%) en la escala primaria H. **Las personas que puntúan bajo en Atravimiento tienden a ser socialmente tímidas, temerosas, cohibidas, cautas y vergonzosas, suelen sentirse descocertadas cuando de pronto pasan a ser el centro de atención social o cuando conocen una persona nueva.**



SENSIBILIDAD (I)

En relación con la escala primaria I de la muestra total, el 13% puntuó bajo, el 57% puntuó medio – bajo, el 20% medio – alto y el 10% puntuó alto.

El 70% de la muestra total obtuvieron puntuaciones bajas (13%) y



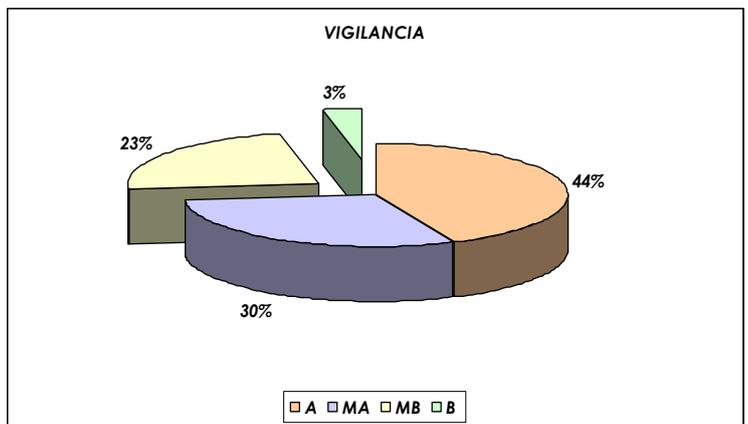
RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

medias – bajas (57%) en la escala primaria *I*, **las puntuaciones bajas en Sensibilidad describen sujetos objetivos, nada sentimentales y utilitarios.**

VIGILANCIA (*L*)

En relación con la escala primaria *L* de la muestra total, el 3% puntuó bajo, el 23% puntuó medio – bajo, el 30% medio – alto y el 44% puntuó alto.

El 74% de los encuestados obtuvieron puntuaciones altas (44%) y medias – altas (30%) en la

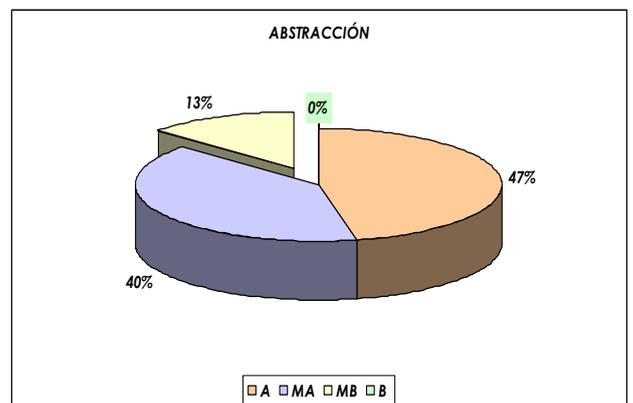


escala primaria *L*, **las personas con puntuaciones altas en Vigilancia se caracterizan por ser suspicaces, escépticas y precavidas.**

ABSTRACCIÓN (*M*)

En relación con la escala primaria *M* de la muestra total, el 13% puntuó medio – bajo, el 40% medio – alto y el 47% puntuó alto.

El 87% de la muestra total obtuvieron puntuaciones altas (47%)



RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

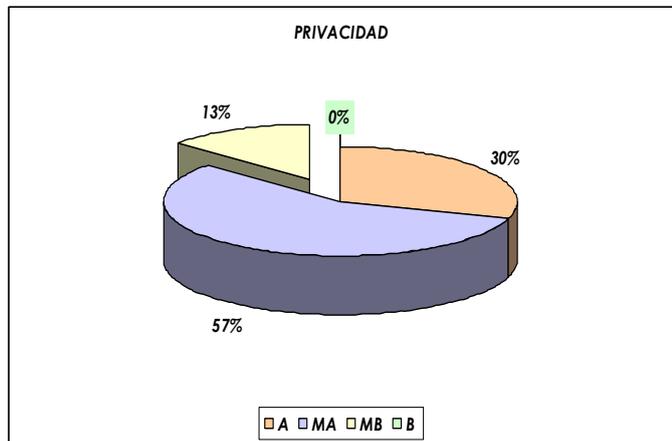
y medias – altas (40%) en la escala primaria *M*, **las puntuaciones altas en Abstracción describen sujetos abstraídos, imaginativos e idealistas.**

PRIVACIDAD(M)

En relación con la escala primaria *N* de la muestra total, el 13% puntuó medio – bajo, el 57% medio – alto y el 30% puntuó alto.

El 87% de los encuestados obtuvieron puntuaciones altas (30%) y medias – altas (57%) en la escala primaria de *N*, **Las puntuaciones altas en Privacidad describen**

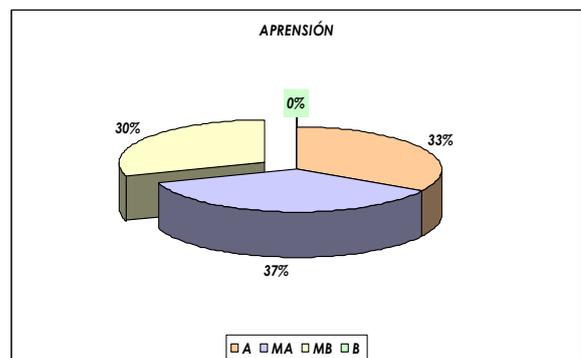
sueños calculadores, discretos, y que no se abren al cambio.



APRENSIÓN(O)

En relación con la escala primaria *O* de la muestra total, el 30% puntuó medio – bajo, el 37% medio – alto y el 33% puntuó alto.

El 70% de la muestra total obtuvieron puntuaciones altas (33%) y medias – altas (37%) en la escala primaria de *O*, **las**



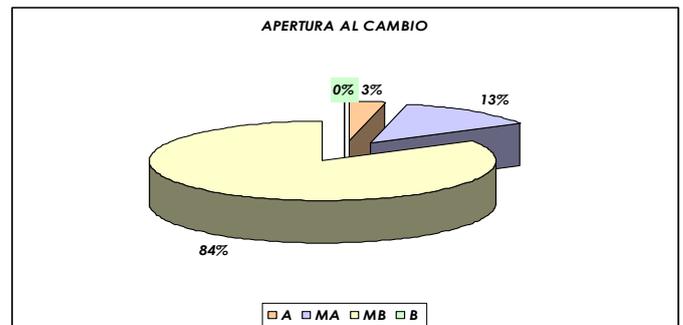
RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

puntuaciones bajas en Aprensión describen sujetos inseguros y preocupados.

APERTURA AL CAMBIO (Q1)

En relación con la escala primaria Q1 de la muestra total, el 84% puntuó medio – bajo, el 13% medio – alto y el 3% puntuó alto.

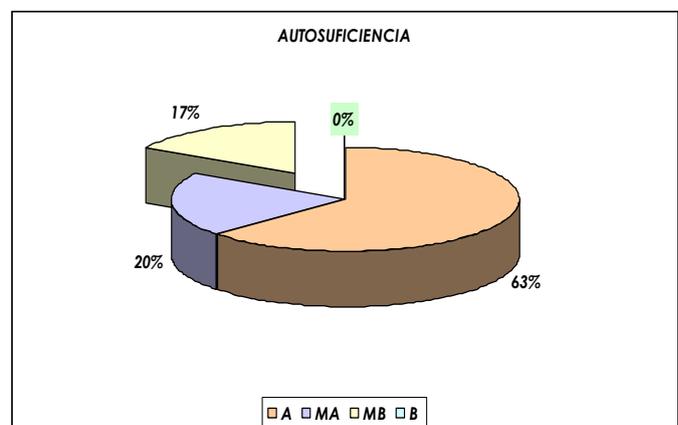
El 84% del total de la muestra obtuvo puntuaciones medias - bajas en la escala primaria Q1, **las puntuaciones medias - bajas en Apertura al cambio describe a sujetos con tendencia hacia lo tradicional y el ser apegado a lo familiar.**



AUTOSUFICIENCIA (Q2)

En relación con la escala primaria Q2 de la muestra total, el 17% puntuó medio – bajo, el 20% medio – alto y el 63% puntuó alto.

El 83% de los sujetos encuestados obtuvieron puntuaciones altas (20%) y medias – altas (63%) en la escala primaria Q2, **las puntuaciones altas en Autosuficiencia describen personas individualistas y solitarias.**

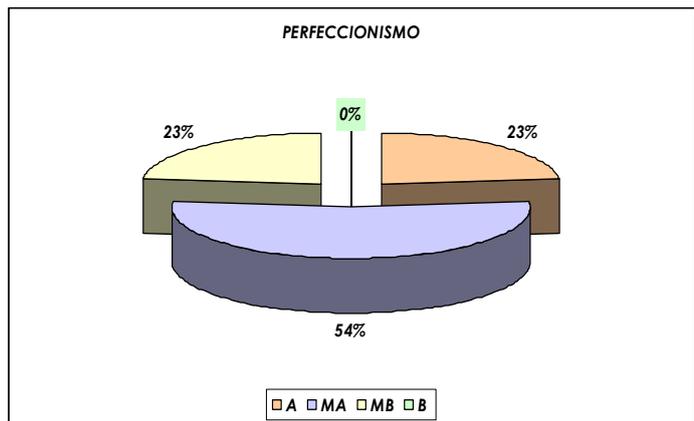


RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

PERFECCIONISMO (Q3)

En relación con la escala primaria Q3 de la muestra total, el 23% puntuó medio – bajo, el 54% medio – alto y el 23% puntuó alto.

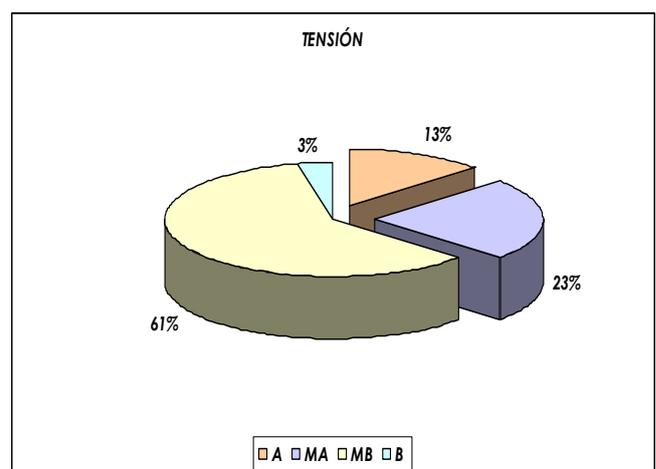
El 77% de la muestra total obtuvo puntuaciones altas (23%) y medias – altas (54%) en la escala primaria Q3, **las puntuaciones altas en Perfeccionismo describen a sujetos con la tendencia a la organización y la disciplina.**



TENSIÓN (Q4)

En relación con la escala primaria Q4 de la muestra total, el 3% puntuó bajo, el 61% puntuó medio – bajo, el 23% medio – alto y el 13% puntuó alto.

El 64% del total de los sujetos encuestados obtuvieron puntuaciones bajas (3%) y medias – bajas (61%) en la escala primaria Q4, **las puntuaciones bajas en Tensión describen sujetos que suelen mostrarse tranquilos ante los cambios. No se mueven hacia el cambio probablemente por un bajo nivel de energía. Cuando la puntuación es elevada puede llevar a la impaciencia y a la irritabilidad.**



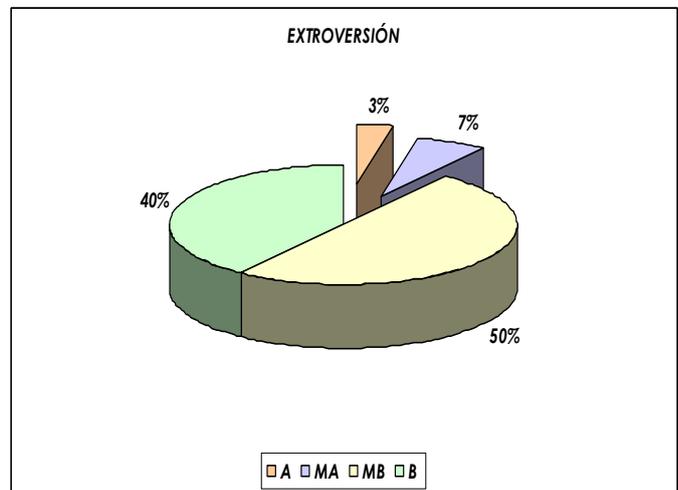
RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

2. Interpretación de las dimensiones globales

EXTROVERSIÓN (EXT):

En relación con la escala global *EXT* de la muestra total, el 40% puntuó bajo, el 50% puntuó medio – bajo, el 7% medio – alto y el 3% puntuó alto.

El 90% de los encuestados puntuaron medio – bajo (50%) y bajo (40%) en la escala global de extroversión. Según Cattell las personas que puntúan bajo en este rasgo se describen como personas introvertidas y poco sociables, porque dedican más



tiempo a estar con ellos mismos que con los demás. **La introversión se puede asociar con la independencia de pensamiento, así como con una tendencia a pensar y deliberar, esta dimensión puede incluir la dificultad para manifestar sentimientos, así como la poca capacidad empática y la baja flexibilidad.**

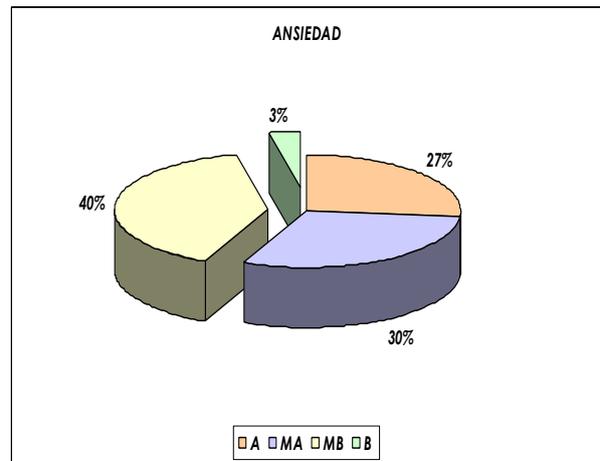
ANSIEDAD (Ans):

En relación con la escala global *Ans* de la muestra total, el 3% puntuó bajo, el 40% puntuó medio – bajo, el 30% medio – alto y el 27% puntuó alto.

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Según Cattell la ansiedad puede surgir como respuesta a sucesos externos o generarse externamente. Puede ser una activación de la postura de “lucha/huida” asociada a una amenaza real o percibida.

Los sujetos de la muestra con tendencia hacia las puntuaciones altas en *Ans.* (57%, o sea 30% de puntuaciones medias – altas y 27% de puntuaciones altas) experimentan en mayor medida los afectos negativos, pueden tener dificultades para controlar sus emociones o reacciones.



El rasgo de **Ansiedad** correlacionó de manera positiva con los rasgos de **Abstracción, Privacidad y Autosuficiencia**, o sea aumentan o disminuyen proporcionalmente ambos al mismo tiempo.

La correlación positiva implica que en los sujetos de la muestra existe una relación entre los dos rasgos de personalidad, **Ansiedad (*Ans.*) y Abstracción (*M*)**, y que van a desarrollarse paralelamente de la misma manera, o sea aumentan o decrecen de igual manera. Según Cattell las puntuaciones elevadas en ***M*** describen sujetos imaginativos e idealistas, y las puntuaciones elevadas en ***Ans.*** caracterizan a personas que tienden a permanecer en estado de vigilancia y preocupación ante situaciones de peligro real o percibido. En función de esto se puede pensar que **estos sujetos tienden a ser suspicaces, tienden a desconfiar de todo, manteniéndose alertas ante cualquier indicio de “peligro”, lo**

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

cual puede estar potenciado por su característica de imaginativo, tendiendo a percibir peligros fantaseados, y al mismo tiempo “estos peligros” aumentan el nivel de ansiedad que experimenta la persona.

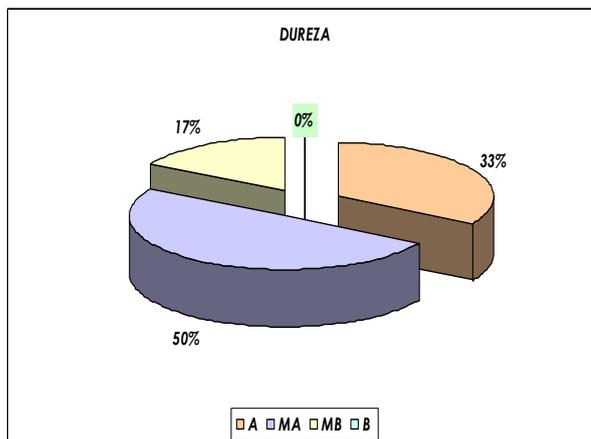
Por otro lado, también se encontró que a mayor desarrollo de las puntuaciones en **Ans.** mayor desarrollo de las puntuaciones del rasgo **Privacidad (N)** (o sea, una correlación positiva), una puntuación alta en **N** está asociada con sujetos discretos, calculadores y que no se abren hacia las otras personas con facilidad. Esto es coherente con lo planteado anteriormente, por que **si son sujetos que se encuentran permanentemente en estado de sospecha sobre potenciales peligros que los puedan desestabilizar emocionalmente, es esperable que tiendan a ser reacios para relacionarse y abrirse emocionalmente con otros.**

Por último a mayor desarrollo de las puntuaciones en la escala global **Ans.**, mayor desarrollo de las puntuaciones del rasgo **Autosuficiencia (Q2)**, por lo que se infiere que aquellos sujetos que han desarrollado mayor ansiedad, también desarrollen paralelamente puntuaciones altas en el rasgo **Q2**, es decir que al mismo tiempo **estos sujetos muestran la tendencia a la individualidad, la soledad, y la toma de decisiones por su cuenta** (características de Autosuficiencia). Esto es coherente con el rasgo de privacidad antes analizado.

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

DUREZA (*Dur*):

En relación con la escala global *Dur* de la muestra total, el 17% puntuó medio – bajo, el 50% medio – alto y el 33% puntuó alto.



Del total de la muestra el 83% puntuaron alto (33%) y medio – alto (50%) en la escala

global *Dur*. de la personalidad. Según Cattell los que puntúan alto en esta variable son descritos como personas en alerta y dispuestas a tratar los problemas con un punto de vista frío y cognitivo.

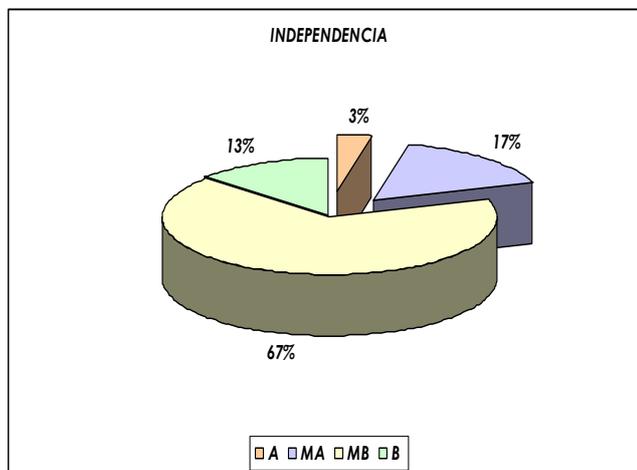
Además de actuar desde un enfoque distante y cognitivo, la persona extremadamente dura puede dar la impresión de ser inamovible, tal vez por que tiene criterios fijos, o sea, no suele abrirse a otros puntos de vista, ni a personas, ni a nuevas experiencias. Da la impresión de que en la dureza hay una cierta inflexibilidad y falta de apertura; la persona “dura” puede tener dificultades para aceptar nuevos puntos de vista, sobre todo los que implican emociones.

INDEPENDENCIA (*Ind*):

En relación con la escala global *Ind* de la muestra total, el 13% puntuó bajo, el 67% puntuó medio – bajo, el 17% medio – alto y el 3% puntuó alto.

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Del total de la muestra el 80% puntuó bajo (13%) y medio – bajo (67%), en este caso también el resto de puntuaciones son relativamente bajas, de tal manera que solo el 3% obtuvieron puntuaciones altas, es decir que la mayoría (un 83.33% con una puntuación menor a



5.5) nos proporcionó un rango de puntuación que evidencia una tendencia hacia el bajo desarrollo del rasgo *Ind.*

Según Cattell la independencia gira alrededor de la tendencia a ser activo y enérgicamente determinado en los pensamientos y acciones de uno mismo en las puntuaciones altas, y a su vez, la escala global *Ind.* está compuesta por las escalas primarias de dominancia, atrevimiento, vigilancia y apertura al cambio. **En el caso de la muestra, la mayoría ha puntuado bajo en la escala global *Ind.*, lo que describe a sujetos acomodaticios, que tienden a adaptarse tanto a otros como a su medio, a ser tímidos y confiados.** No cuestionan lo que encuentra, al contrario, valoran la acomodación más que la autodeterminación o el salirse con la suya. Tanto la situación como las demás personas suelen influirle, y tanto en la formación de sus opiniones como en la estructuración de su conducta. Sin embargo, puede resultar poco confortable o ineficaz en situaciones que exijan auto-expresión, asertividad o persuasión. Su acomodación puede estar relacionada con el deseo de evitar el daño o con la ansiedad.

Finalmente, las puntuaciones del rasgo *Ind.* (que en la muestra describe sujetos con la tendencia a ser acomodaticios)

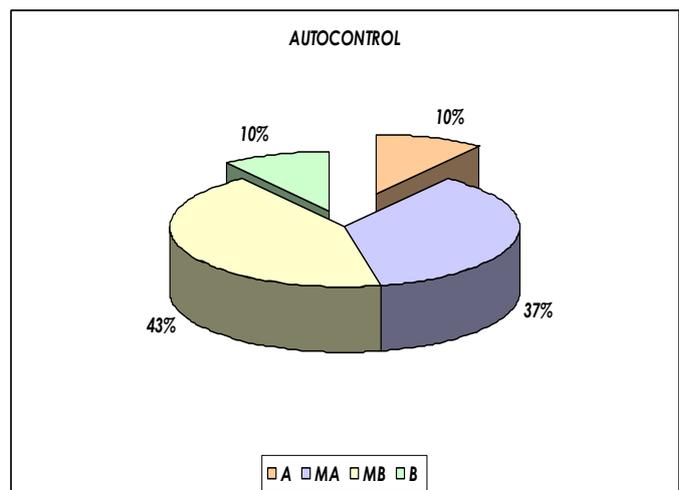
RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

correlacionaron de manera positiva con la escala primaria de **Tensión (Q4)**. Por lo cual se infiere que **los sujetos de la muestra presentarán la tendencia a ser acomodaticios y simultáneamente muestran características de las puntuaciones bajas en Q4 como ser el bajo nivel de energía y la imposibilidad de moverse hacia el cambio.**

AUTOCONTROL (AuC)

En relación con la escala global AuC de la muestra total, el 10% puntuó bajo, el 43% puntuó medio – bajo, el 37% medio – alto y el 10% puntuó alto.

Del total de la muestra, el 80% puntuó dentro de la media en la escala AuC, con una ligera inclinación hacia los puntajes bajos, denotado en la muestra por una preponderancia del 53% (43% puntuaciones medias – bajas y 10% puntuaciones bajas), según Catell esta dimensión abarca los deseos o urgencias personales, las personas con puntuaciones bajas no son capaces de inhibir sus impulsos, y esto dependerá de la estructura de las escalas primarias implicadas. Por ejemplo, las personas pueden ser serias y/o atentas a las normas, y/o prácticas/realistas, y/o perfeccionistas.

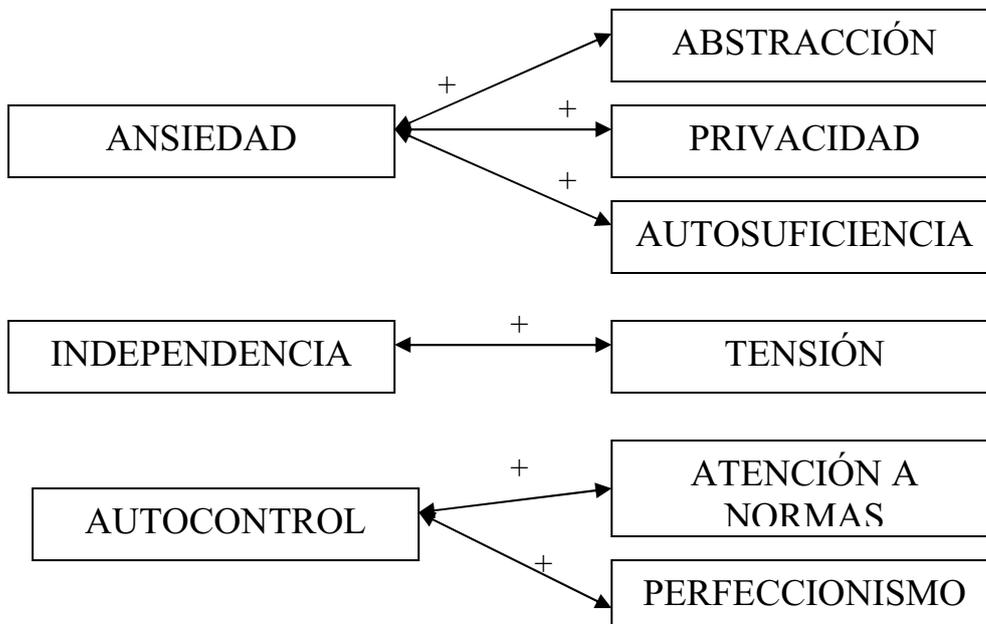


RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Las puntuaciones correspondientes al rasgo global **Autocontrol (AuC)** correlacionaron de manera positiva con las puntuaciones de las escalas primarias de **Atención a las normas (G) y Perfeccionismo (Q3)**, de tal manera que si las puntuaciones se desarrollan en el rasgo en *AuC* también se desarrollaran las puntuaciones de *G* y de *Q3*.

Si bien la tendencia en la muestra se da hacia las puntuaciones bajas, de acuerdo a las correlaciones positivas se puede inferir que **estos sujetos tenderán a ser autocontrolados mediante el seguimiento de las normas y el perfeccionismo, siendo organizados e inflexibles ante los cambios o hechos fuera de la norma.**

A continuación se presenta un cuadro que grafica las correlaciones más significativas encontradas entre los rasgos de personalidad de los sujetos de la muestra.



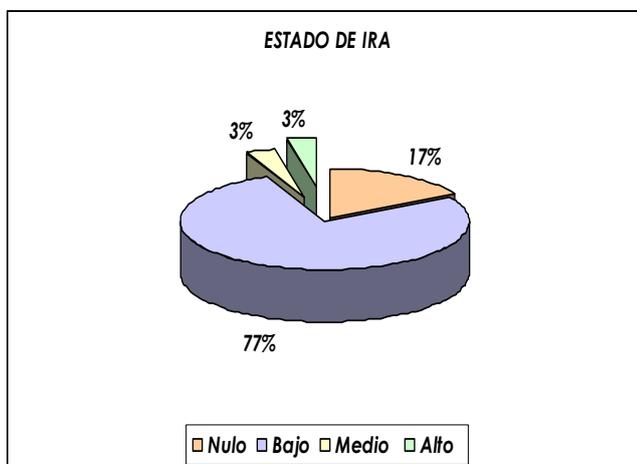
III. Tercer análisis de resultados del cuestionario STAXI-2

De la muestra totales se obtuvieron puntuaciones significativas en relación al inventario de expresión de ira estado – rasgo STAXI-2. Dichas puntuaciones reflejan porcentajes reveladores en relación a las distintas escalas que lo componen.

1. Escala Estado de Ira (E)

En relación con la escala *E* de la muestra total, el 17% puntuó nulo, el 77% puntuó bajo, el 3% puntuó medio y el otro 3% puntuó alto.

Del total de la muestra un 77% puntuó bajo en la escala *E* y un 17% puntuó nulo, de lo cual se concluye que **la mayoría de los sujetos de la muestra (94%) no experimentaron sentimientos de ira relativamente intensos en el momento de la toma del test.**



El bajo índice de Estado de ira de los sujetos de la muestra no es consistente con los trabajos de Van Der Ploeg, Van Bauren y Van Brummelen realizados en 1985, quienes encontraron en el grupo de hipertensos puntuaciones altas en estado de ira.

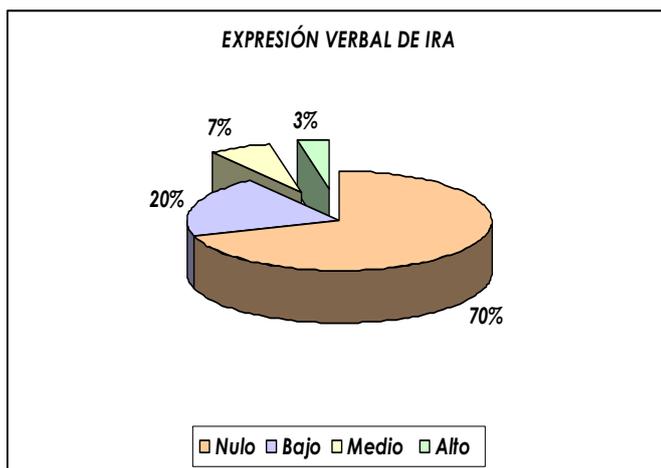
La escala de *E* está compuesta por los indicadores de sentimiento de ira (*Sent.*), la expresión verbal (*Exp. V*) y física de la Ira (*Exp. F*) en el momento de la aplicación del test.

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Por otro lado, las subescalas *Exp. V* y *Exp. F* brindan una posible proyección de cómo se comporta y expresa el sujeto en función de la ira.

El 70% de la muestra no obtuvo puntuación en la subescala de *Exp. V* y un 20% puntuó bajo. La subescala de *Exp. V*

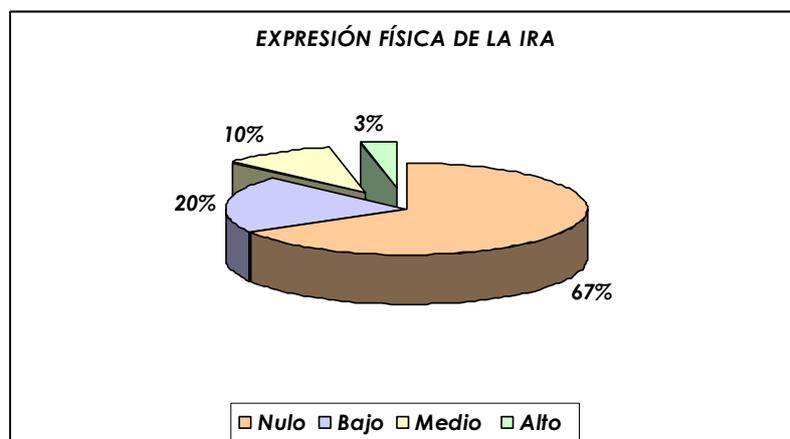
indica la intensidad de los sentimientos actuales relacionados con la expresión verbal de la Ira. **Los sujetos de la muestra con**



puntuaciones bajas o nulas en la subescala *Exp. V* (90%) no experimentan intensas tendencias a expresar su ira verbalmente, bien sea hacia alguien concreto o bien de manera general.

Por otro lado un 67% del total de la muestra puntuó nulo en la subescala *Exp. F* y un 20% puntuó bajo, de lo que se puede deducir que **la mayoría**

de los encuestados (87%) no presentan tendencias intensas de expresar su ira físicamente, más



bien estarían inclinados a suprimirla.

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Finalmente el 74% del total de la muestra puntuó bajo en la subescala Sentimiento de Ira, un 20% puntuó nulo, un 3% puntuó medio, y el otro 3% puntuó alto.



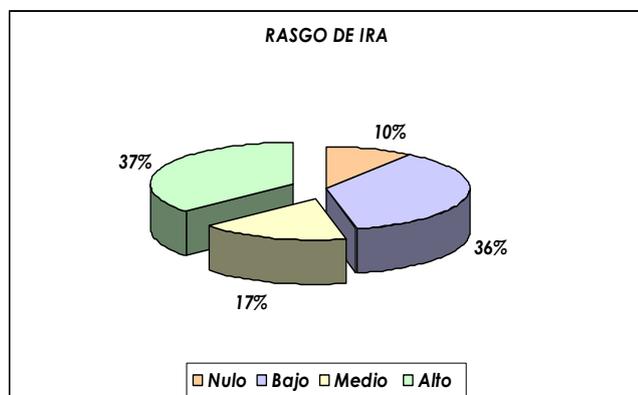
Las personas con puntuaciones altas en *Sent.* manifiestan sentimientos relativamente intensos de

emociones de Ira que van desde el enfado a la furia, en el caso de los sujetos de la muestra sólo un 3% obtuvo puntuaciones altas, un 87% del total de los sujetos encuestados presentan puntuaciones nulas (67%) y bajas (20%), de lo que se puede inferir que **la mayoría de los sujetos de la muestra no manifiesta sentimientos como enfado o furia como correlato de la emoción Ira**

2. Escala Rasgo de Ira(R)

En relación con la escala *R* de la muestra total, el 10% puntuó nulo, el 37% puntuó bajo, el 17% medio y el 36% puntuó alto.

Del total de la muestra el 37% puntuó alto en la escala *R* presentando la tendencia a experimentar frecuentemente sentimientos de Ira, estas personas a menudo



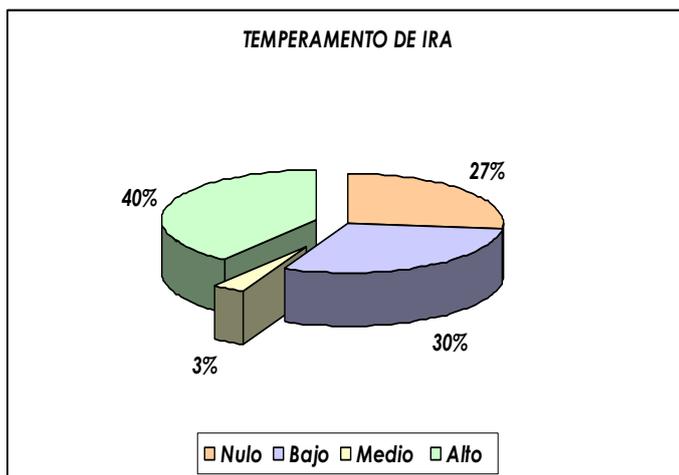
RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

piensan que son tratadas indebidamente por los demás, probablemente experimentando de manera frecuente sentimientos de frustración, por otro lado casi la misma cantidad de sujetos (36%) puntuaron bajo en *R*, y si agregamos la cantidad de sujetos que puntuaron nulo (10%) podemos inferir que **existe una tendencia hacia las bajas puntuaciones en la escala *R* en los sujetos de la muestra, por lo cual el 46% del total de sujetos no experimentan frecuentemente sentimientos de Ira.**

Los componentes de la escala *R* son las subescalas temperamento de Ira (*Temp.*) y Reacción de Ira (*Reacc.*). Todos los sujetos que obtuvieron bajas y nulas puntuaciones en *R* (46%) también puntuaron bajo y nulo en la subescala *Temp.*, es decir que en los sujetos de la muestra que con frecuencia no experimentan sentimientos de ira hay una tendencia hacia la baja impulsividad (característica de *Temp.*)

En relación al total de la muestra el 27% puntuó nulo en la subescala *Temp.*, el 30% bajo, el 3% medio y el 40% puntuó alto.

La subescala *Temp.* de la escala *R* mide la disposición a experimentar ira sin una provocación específica. Quienes puntúan alto (40% del total de la muestra) en la subescala *Temp.* se



caracterizan por ser irritables y propensos a expresar sus sentimientos de ira aunque la provocación sea pequeña. A menudo son impulsivos y carentes de control de la ira, pero no son

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

necesariamente violentos o vengativos como para atacar a otras personas.

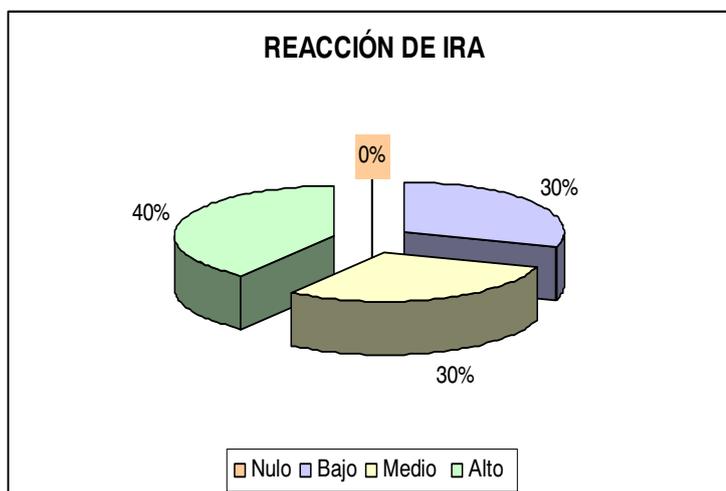
Solo un 30% del total de la muestra puntuó bajo en *Temp.*, pero un 27% puntuó nulo por lo que se puede deducir que **más de la mitad de los sujetos de la muestra (57%, o sea 27% nulo y 30% bajo) presentan la tendencia a una baja disposición a experimentar Ira sin provocación específica.**

De la otra subescala *Reacc.*, de la escala *R*, un 30% del total de sujetos puntuó bajo, un 30% puntuó medio, y un 40% puntuó alto.

La subescala *Reacc.* mide la frecuencia con la que el sujeto experimenta sentimientos de ira en situaciones que implican frustración o en evaluaciones negativas. Las personas con puntuaciones elevadas (el 40% del total de la muestra) en *Reacc.* son caracterizadas como suspicaces.

En la muestra hay una leve tendencia hacia las puntuaciones altas en la subescala Reacción de Ira, si bien ubica a estos sujetos en la media es importante señalar que esta subescala implica mucha sensibilidad a las críticas, a los

agravios supuestos, y a la evaluación negativa de los demás, aunque no lo expresen ni verbal ni físicamente.



agravios supuestos, y a la evaluación negativa de los demás, aunque no lo expresen ni verbal ni físicamente.

Estos sujetos se molestan cuando hacen algo bien y no se lo reconocen y la crítica ante los demás; da la impresión de que el otro,

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

como correlato de las vivencias emocionales internas tiene mucha importancia para estos sujetos de tal manera que habría una constante revisión de las personas y del entorno ante cada paso a seguir y decisión que tomar.

Para determinar como los sujetos de la muestra experimentan frecuentemente sentimientos de ira y además la expresan o suprimen, es necesario combinar las puntuaciones de *R* con las puntuaciones de la subescala de expresión física (*Exp. F.*), la escala control interno (*C. Int.*), y control externo (*C. ext.*).

Todos los sujetos que puntuaron bajo y nulo en la escala *R* (el 46% del total de la muestra), también puntuaron nulo en la subescala *Exp. F.*, es decir que estos sujetos no expresan su ira de manera física.

Por otro lado, la subescala *Temp.* de la escala *R* correlacionó de manera inversa con la escala *C. Int.*, lo que implica que si los sujetos desarrollan mayores puntuaciones en Temperamento probablemente obtengan menor puntuación en la escala Control interno de la Ira.

El 57% del total de la muestra puntuó bajo (30%) y nulo (27%) en la subescala *Temp.* lo que caracteriza a sujetos con poca o ninguna disposición a experimentar ira sin provocación específica, por otro lado el 51% de los sujetos de la muestra obtuvieron puntuaciones altas en la escala *C. Int.*, es decir que **más de la mitad de los sujetos de la muestra presentan una tendencia a emplear mucha energía en calmar y reducir su ira tan pronto les es posible debido a la poca disposición temperamental, a través de la cual sus impulsos se ven coartados.**

De todos estos datos, se puede hipotetizar que los sujetos que suprimen la expresión de ira, tienden a buscar mecanismos de control interno, lo que puede afectar su sociabilidad, ya no por la

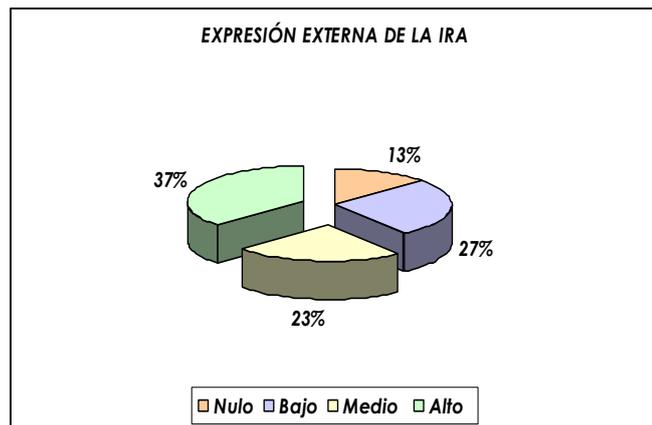
RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

expresión de conductas inapropiadas socialmente, sino por la necesidad que tienen estos sujetos de recluirse y aislarse para evitar situaciones frustrantes o ansiógenas que despiertan sus sentimientos de ira.

3. Escala expresión externa de ira (E. Ext.)

En relación con la escala *E. Ext.* de la muestra total, el 13% puntuó nulo, el 27% puntuó bajo, el 23% medio y el 37% puntuó alto.

La escala *E. Ext.* mide la frecuencia con que los sentimientos de ira son expresados verbalmente o mediante conductas agresivas físicas, **el 40% (13%**



puntuaciones nulas 13% y 27% bajas) de la muestra no expresa la ira externamente, mientras que el 37% (puntuaciones medias y altas) restante si lo hace.

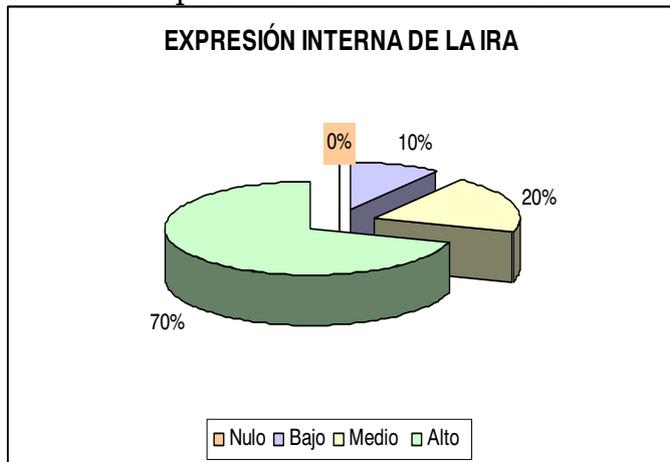
Esto se correlaciona con lo visto en el apartado anterior, ya que si se plantea que más de la mitad de los encuestados tiende a reprimir los sentimientos de ira, es esperable que se encuentren sujetos que no presenten manifestaciones de expresión externa de la misma.

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

4. Escala expresión interna de la ira (E. Int.)

En relación con la escala *E. Int.* de la muestra total, el 10% puntuó bajo, el 20% medio y el 70% puntuó alto.

La *E. Int.* mide la frecuencia con que los sentimientos de ira son experimentados pero no expresados (suprimidos). Los sujetos con altas puntuaciones experimentan intensos sentimientos de ira, pero tienden a suprimirlos más que a expresarlos física o verbalmente. Esto se encuentra en consonancia con lo mencionado respecto a Rasgo de Ira, donde los sujetos tienden a reprimir sus sentimientos.



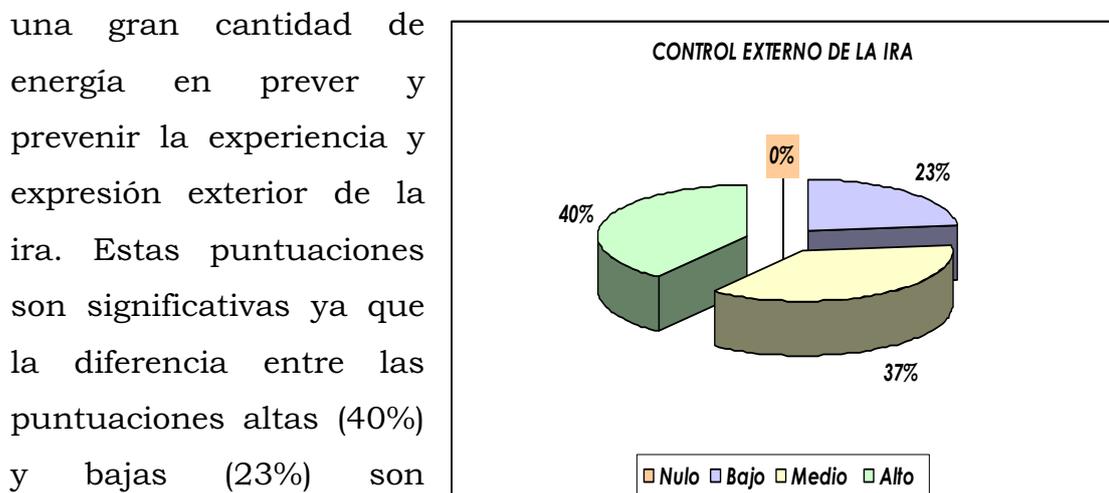
Se puede suponer, que esta represión hacia el afuera y expresión interna de la ira, puede conllevar manifestaciones psicósomáticas como la Hipertensión Arterial Esencial. En este caso es significativo que un 70% de los encuestados presenten puntuaciones altas y tan solo un 10% puntuaciones bajas de tal manera que **la mayoría de los sujetos de la muestra expresan su Ira de manera interna.**

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

5. Escala Control externo de Ira (C. Ext.)

En relación con la escala C. Ext. de la muestra total, el 23% puntuó bajo, el 37% medio y el 40% puntuó alto.

La escala C. Ext. mide la frecuencia con que la persona controla la expresión los sentimientos de ira evitando su manifestación hacia personas u objetos del entorno. Los que puntúan alto (40% del total de la muestra) en C. Ext. suelen gastar una gran cantidad de



energía en prever y prevenir la experiencia y expresión exterior de la ira. Estas puntuaciones son significativas ya que la diferencia entre las puntuaciones altas (40%) y bajas (23%) son elevadas demostrando así que **existe en los sujetos de la muestra una tendencia de la muestra a evitar a través del control externo la manifestación de ira hacia personas u objetos del entorno**, con lo cual se corrobora la hipótesis planteada sobre la represión que poseen estos sujetos, y la posible tendencia a la psicopatosis.

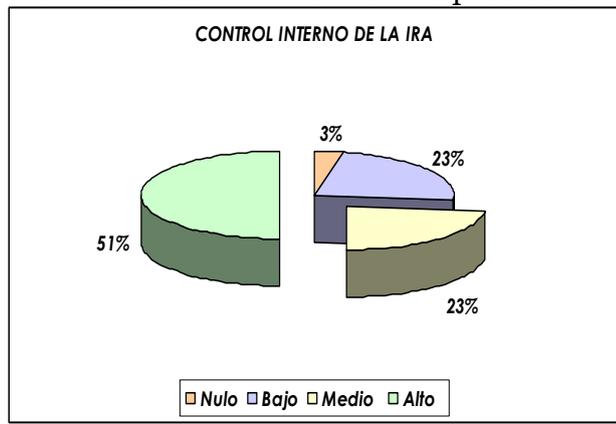
6. Escala control interno de Ira (C. Int.)

En relación con la escala C. Int. de la muestra total, el 3% puntuó nulo, el 23% puntuó bajo, el 23% medio y el 51% puntuó alto.

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

La escala *C. Int.* mide la frecuencia con la que la persona intenta controlar sus sentimientos de ira mediante el sosiego y la moderación en las situaciones enojosas. Las personas con altas puntuaciones en *C. Int.* (51% del total de la muestra) emplean mucha energía en calmar y reducir su ira tan pronto como les sea posible.

El desarrollo de controles internos sobre la experiencia y expresión de la ira se interpreta generalmente de modo positivo, pero puede reducir la disposición de la persona a responder con una conducta asertiva cuando esto facilite una solución constructiva ante



una situación frustrante, es decir que estos sujetos pueden tener dificultades para ponerse en un rol agresivo, si así lo requiriera la situación, sin caer en sentimientos de ira.

Por lo que se puede decir que **en los sujetos de la muestra existe una tendencia hacia la utilización de controles internos para calmar y reducir su Ira tan pronto como les es posible.**

7. Índice de Expresión de Ira (IEI)

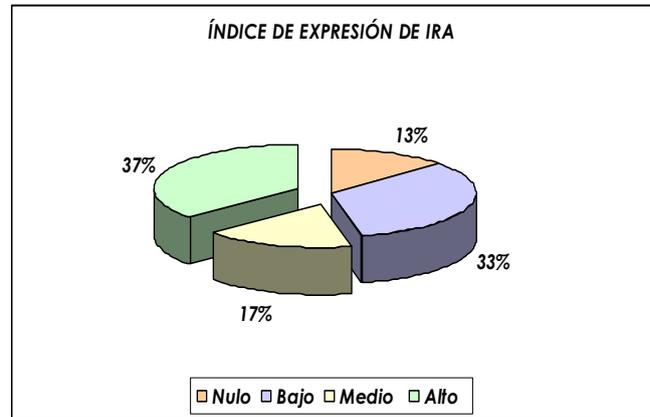
En relación con el *IEI* de la muestra total, el 13% puntuó nulo, el 33% puntuó bajo, el 17% medio y el 37% puntuó alto.

El *IEI* es un índice general de la expresión de ira a partir de los elementos de las escalas *E. Ext.*, *E. Int.*, *C. Ext.* y *C Int.*, los sujetos

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

que puntúan alto (37%) en *IEI* experimentan intensos sentimientos de ira que pueden ser suprimidos o expresados en conductas agresivas (o producirse ambos hechos).

La tendencia en la muestra se inclina hacia las bajas puntuaciones en el índice de expresión general de Ira, ya que un 33% puntuó bajo y un 13% puntuó nulo, haciendo un total de 46% en *IEI*.



IV. Cuarto análisis de resultados de correlaciones de los cuestionarios 16PF-5 y STAXI-2

Del total de la muestra, el 80% presenta la tendencia hacia las puntuaciones bajas (13% bajo y 67% medio - bajo) en la escala global de **Independencia** (*Ind*) del 16PF-5, correlacionando **de manera positiva** con la escala **Rasgo** (*R*) del inventario STAXI-2, de tal manera que la mayoría de estos sujetos con tendencia hacia puntuaciones bajas en la escala *Ind* también puntuaron bajo y nulo en la escala *R*.

Según Cattell las puntuaciones bajas en *Ind* describen a sujetos acomodaticios, estos se caracterizan como deferentes, tímidos, confiados y tradicionales, de tal manera que el sujeto de la muestra diagnosticado con Hipertensión esencial valora la acomodación más que la autodeterminación, tanto la situación como las demás personas suele influirle en la formación de sus opiniones como en la estructuración de sus conductas resultando en muchos casos poco asertivo por la constante postura de evitación de situaciones que le provoquen ansiedad.

Por otro lado las puntuaciones bajas en la escala *R* describen sujetos con la tendencia a no experimentar con frecuencia sentimientos de ira, bajo estas descripciones, se puede pensar que la mayoría de los encuestados son sujetos con una tendencia a ser pasivos y poco determinados en los pensamientos y acciones, y en relación a lo social no suelen formar y expresar sus propias opiniones ya que se muestran ante los demás como sujetos que evitan la confrontación para no experimentar sentimientos de ira; de hecho **la escala R** correlaciona **de manera positiva** con las

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

subescalas Expresión externa de la Ira (E. Ext.), Expresión Física de la Ira (Exp. F.), Control Externo de la Ira (C. Ext.) y Control Interno de la Ira (C. Int.), de donde se puede deducir que estos sujetos no expresan su ira, mas bien la suprimen o controlan. Esto último se corrobora con lo ya revisado en la teoría y que postulaba Alexander (1939) en relación a la hipertensión esencial, en cuyo núcleo habría un conflicto entre tendencias pasivo-dependientes e impulsos agresivos reprimidos.

Por otro lado, de acuerdo a los datos obtenidos de los sujetos encuestados otra correlación que se destaca es la de la **escala Rasgo de Ira (R) de manera negativa** con la escala primaria **Afabilidad (A)** de la personalidad, de tal manera que a mayor desarrollo de las puntuaciones en *R*, menor probabilidad de que se desarrollen puntuaciones en la escala primaria de Afabilidad, como de manera inversa, o sea, si se encuentra un bajo desarrollo de Afabilidad es probable que en el Rasgo de Ira se encuentren puntuaciones elevadas. De acuerdo a Cattell aquellos sujetos que puntúan bajo en la escala *A* se caracterizan por ser fríos, impersonales y distantes.

Una correlación más significativa aún es la del **rasgo de ira (R)** con el rasgo de **Tensión (Q4)**, según esta **correlación positiva**, a mayor puntuación en *R* existe la probabilidad de un mayor desarrollo de las puntuaciones en *Q4*, en este caso la tendencia de la muestra se da hacia las bajas puntuaciones en rasgo de ira y simultáneamente el 64% del total de los sujetos encuestados obtuvieron puntuaciones bajas (3%) y medias – bajas (61%) en *Q4*.

Las puntuaciones bajas en Tensión describen sujetos que suelen mostrarse tranquilos ante los cambios, no se mueven hacia el cambio probablemente por un bajo nivel de energía, según esta correlación positiva se infiere que existe en los sujetos de la muestra

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

una tendencia a no experimentar con frecuencia sentimientos de Ira (*R*) en cuanto el desarrollo de la escala Tensión (*Q4*) sea bajo también, es decir que probablemente estos sujetos evitan las situaciones que los lleva a experimentar Ira ya que se puede relacionar con la imposibilidad de moverse hacia el cambio, por ejemplo, estos sujetos no se molestan cuando se les interrumpe en la prosecución de sus actividades, tratando de mostrarse lo más pacientes posible, o sea, sin evidencia de Tensión.

El rasgo de **Tensión (*Q4*)** también tiene una **correlación positiva** altamente significativa con la subescala **Temperamento (*Temp*)** del Rasgo de Ira (*R*), lo que sugiere que a mayor puntuación en el rasgo *Q4*, mayor desarrollo de puntuaciones en la subescala *Temp*.

En la muestra existe una tendencia hacia las bajas puntuaciones en *Temp.*, de tal manera que más de la mitad (57%) tienen baja disposición a experimentar Ira sin provocación específica, es decir que estos sujetos no se muestran impulsivos probablemente debido a la baja disposición para moverse hacia los cambios (característica de las bajas puntuaciones de *Q4*).

Por otro lado, la escala **Expresión externa de la Ira (*E.Ext.*)** correlacionó **de manera positiva** con el rasgo **Dominancia (*E*)** de la personalidad, en la muestra utilizada existe una tendencia hacia las bajas puntuaciones en la escala *E. Ext.*, (el 40% del total de la muestra no expresa la ira externamente, mientras que el 37% restante si lo hace). A partir de la correlación positiva se puede inferir que a mayor desarrollo de estas puntuaciones se encontrará un mayor desarrollo en las puntuaciones del rasgo *E* de la personalidad.

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

La *E. Ext.* mide la frecuencia con que los sentimientos de Ira son expresados verbalmente o mediante conductas agresivas físicas, por lo cual dadas las bajas puntuaciones en esta escala, se puede inferir que los sujetos de la muestra tienen una tendencia hacia la inexpressión física o verbal de la Ira, y a su vez esto es coherente si poseen características propias de las bajas puntuaciones en el rasgo *E* de la personalidad, como ser la deferencia y la evitación de conflictos.

La escala ***E. Ext*** también correlacionó **de manera positiva** con el rasgo **Tensión (Q4)** de la personalidad, por lo que se puede inferir que probablemente los sujetos de la muestra tienen una tendencia a la inexpressión verbal o física de la ira y poseen características correspondientes a las bajas puntuaciones del rasgo Tensión (Q4) de la personalidad como ser la imposibilidad de moverse hacia el cambio.

La escala **Control Interno de la Ira (C. Int.)** correlacionó **de manera negativa** con el rasgo **Tensión (Q4)** de la personalidad, por lo que se infiere que a mayor desarrollo de las puntuaciones de *C. Int.*, menos desarrollo de las puntuaciones del rasgo *Q4*, como la tendencia del total de sujetos encuestados se dirige hacia un alto grado del uso de controles internos de Ira, se infiere que estos sujetos emplean mucha energía en calmar y reducir su Ira conjuntamente con una imposibilidad de moverse hacia el cambio.

Por otro lado el **Índice de expresión de Ira (IEI)** correlacionó **de manera positiva** con el rasgo **Tensión (Q4)**, la tendencia en la muestra se inclina hacia las bajas puntuaciones en el índice de expresión general de Ira, ya que un 33% puntuó bajo y un 13% puntuó nulo, haciendo un total de 46% del total de sujetos en *IEI*,

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

como la correlación es positiva se infiere que los sujetos de la muestra presentan un *IEI* con tendencia hacia las bajas puntuaciones y características propias de las puntuaciones bajas en *Q4*, o sea que tendrán un índice bajo de expresión de Ira asociado a la imposibilidad de moverse hacia el cambio.

Por último, el *IEI* correlacionó de manera negativa con el rasgo **Estabilidad (C)** de la personalidad, de tal manera que los sujetos de la muestra experimentan intensos sentimientos de Ira y a su vez se muestran reactivos y emocionalmente cambiantes (característica de baja estabilidad).

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES GENERALES

En relación a los datos obtenidos a partir del cuestionario 16PF-5 aplicado a los sujetos de la muestra del presente trabajo de investigación, se puede decir que existen rasgos de personalidad comunes en los pacientes diagnosticados con Hipertensión Esencial.

Este sujeto presenta la tendencia a mostrarse frío, distante y reservado, cauto en sus implicaciones y contactos, ya que puede sentirse poco cómodo en situaciones en la que hay mucha relación personal y manifestación de emociones o sentimientos.

Suele sentir que sus necesidades emocionales no están satisfechas, experimenta su vida con una cierta falta de control, por lo que evita conflictos posponiendo muchas veces sus deseos y sentimientos, asintiendo de manera general a los deseos de los otros.

El sujeto tipo de la muestra tiende a tomar la vida más seriamente que la mayoría de las personas, e inhibe su espontaneidad hasta el punto de parecer reprimido o circunspecto, puede llegar a mostrarse tímido, y vergonzoso debido a la experiencia subjetiva de no estar cómodo, sobre todo en las situaciones nuevas que implique enfrentarse a otros sujetos. Además, pone énfasis en la importancia del seguimiento de las normas y tiene un enfoque utilitario de la vida.

La vida interna de este sujeto es rica e imaginativa, influyendo a través de esta característica en el refuerzo constante de una actitud vigilante, que lo torna suspicaz a tal punto que sospecha que no es bien comprendido emocionalmente. No se abre fácilmente al cambio, es apegado a lo tradicional, y tiende a la individualidad.

CONCLUSIONES

Este sujeto prefiere guardar los problemas para si mismo, y tiende a vivir preocupado e inseguro, se encuentra confortable en situaciones organizadas y predecibles, y le pueden resultar duras aquellas situaciones que no puede prever.

Así mismo, tiende a la introversión, lo que puede inducir a dificultades para manifestar sentimientos, poca capacidad empática y baja flexibilidad. Además tiende a sentir ansiedad en contextos nuevos, por lo que experimenta en mayor medida los afectos negativos, esta tendencia hacia un alto nivel de ansiedad dificulta su posibilidad de controlar emociones o reacciones que pueden actuar como conductas contraproducentes.

Por otro lado, el sujeto de la muestra diagnosticado con hipertensión esencial actúa generalmente desde un enfoque distante y cognitivo lo que puede acarrearle dificultades para aceptar nuevos puntos de vista, sobre todo los que implican emociones, además tiende a ser autocontrolado mediante el seguimiento de normas y realiza conductas organizadas e inflexibles ante los cambios o hechos fuera de la norma.

Por último, este sujeto tiende a ser acomodaticio y deferente, por lo cual valora la acomodación de tal manera que la situación y las demás personas suelen influirle, tanto en la formación de sus opiniones como en la estructuración de su conducta, convirtiéndolo además en un sujeto poco asertivo.

Por otro lado, a partir de los datos obtenidos del cuestionario STAXI-2, se puede decir que los pacientes de la muestra diagnosticados con Hipertensión Esencial presentan manejos y niveles de Ira característicos.

Este sujeto no experimenta frecuentemente sentimientos de Ira, debido a una baja predisposición temperamental que coartaría la

CONCLUSIONES

posibilidad de expresar sus emociones tanto física como verbalmente, además percibe una exacerbada sensibilidad a las críticas, los agravios supuestos y la evaluación negativa de los demás.

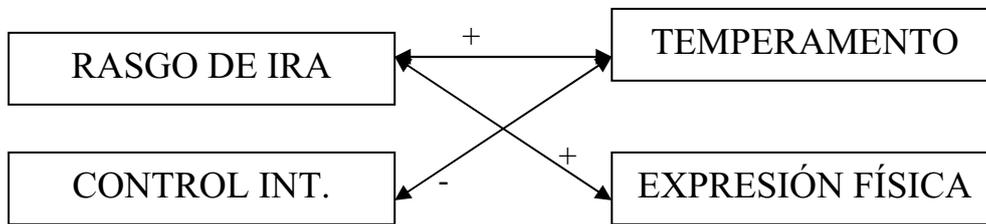
El perfil del sujeto tipo presenta mecanismos de control interno de la Ira que le permite calmarla y reducirla tan pronto como le es posible, lo que implica un constante desgaste de energía debido a la persistente revisión de la reacción de las personas y del entorno ante cada paso a seguir y decisión que tomar.

La supresión de la Ira es el carácter más significativo del sujeto tipo aquí descrito, la reducida posibilidad de expresión emocional y el insistente uso de mecanismos de Control interno puede afectar su sociabilidad, no necesariamente por la expresión de conductas inapropiadas socialmente, sino por la necesidad de estos sujetos por recluirse y aislarse emocionalmente para evitar situaciones frustrantes o ansiógenas que despierten sus sentimientos de Ira. Estas características pueden afectar sus relaciones interpersonales, ya sea por la expresión poco asertiva de la agresión o por tender a retraerse evitando las situaciones frustrantes.

Se puede suponer, que esta represión hacia el afuera y expresión interna de la ira, conlleva manifestaciones psicósomáticas como la Hipertensión Arterial Esencial.

De acuerdo a las correlaciones dadas, y explicadas anteriormente, el sujeto con hipertensión esencial caracterizado en la muestra, posee un bajo desarrollo del rasgo de ira, del temperamento y de la expresión física de ira, pero un alto desarrollo del control interno, caracterizando a sí a sujetos que no exteriorizan el sentimiento de ira. Esto se puede observar en el gráfico siguiente:

CONCLUSIONES

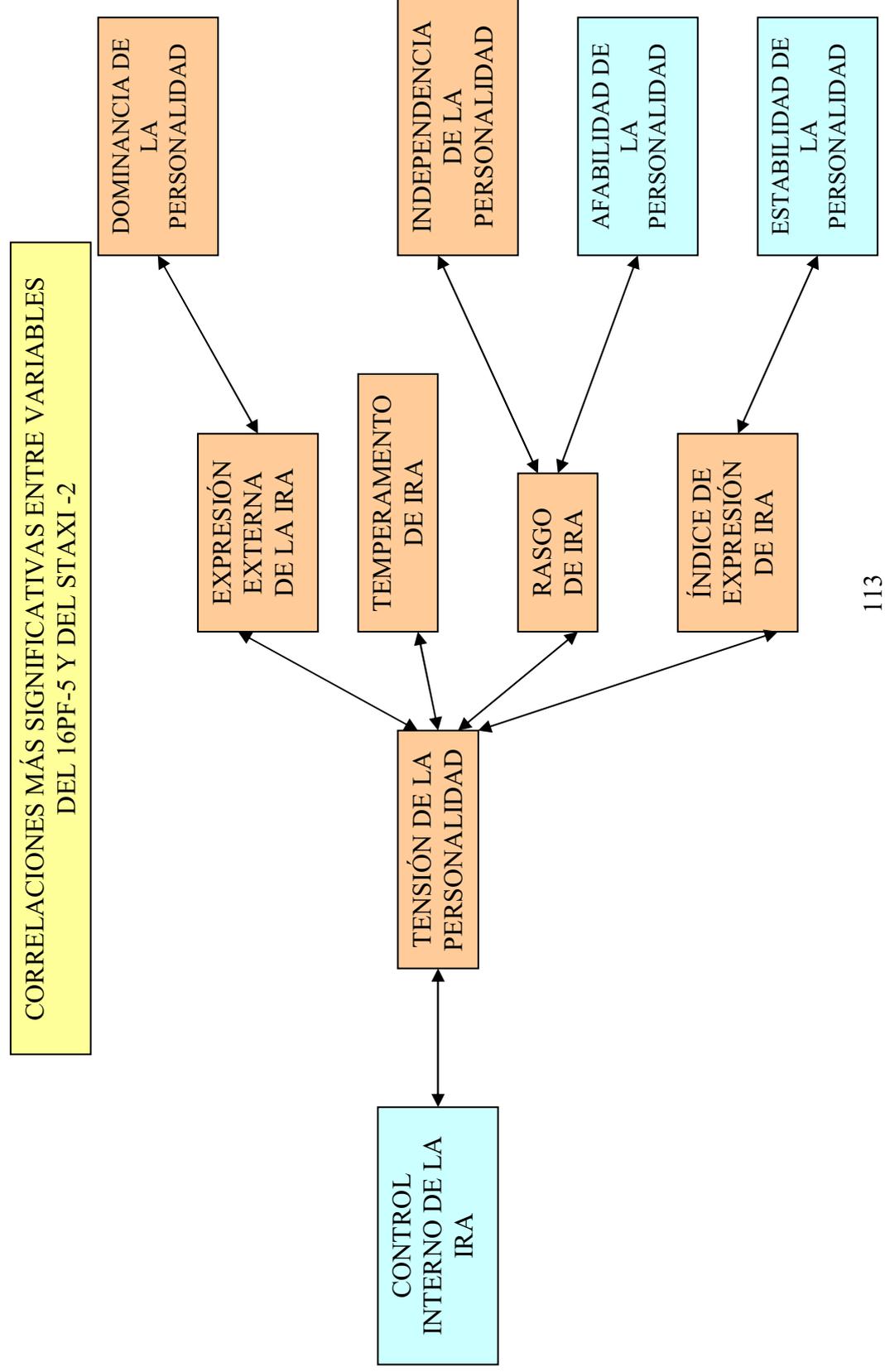


Como conclusión de los resultados de las correlaciones más significativas entre variables del STAXI-2 se puede decir que el sujeto de la muestra presenta un alto Control interno de la Ira empleando mucha energía para calmar y reducirla tan pronto le es posible, lo cual involucra menos implicancia del rasgo Temperamento de ira que conlleva impulsividad, por lo que evitará frecuentemente la expresión tanto física como verbal del enojo.

Por último a partir de los resultados provenientes del paquete estadístico SPSS, a través del cual se verifica la relación existente entre las puntuaciones provenientes del STAXI-2 como del 16PF-5 se obtuvieron correlaciones coherentes con lo anteriormente expuesto en relación a un perfil de personalidad y manejo de Ira característicos de los sujetos de la muestra.

Estas últimas correlaciones pueden verse en el **siguiente gráfico**, en donde los cuadros de color celeste representan las variables con desarrollo alto (altas puntuaciones) y los cuadros de color naranja representan las variables con desarrollo bajos (bajas puntuaciones).

CONCLUSIONES



CONCLUSIONES

Como se puede observar a mayor Control Interno de la Ira, menor Tensión de la personalidad, y a su vez este bajo desarrollo en la variable Tensión, implica bajos desarrollos de puntuaciones en las variables Expresión externa de la Ira, temperamento de Ira, Rasgo de Ira e Índice de expresión de Ira.

A su vez el mayor desarrollo de las puntuaciones en Expresión externa de la Ira se asocia con un mayor desarrollo de las puntuaciones de la variable Dominancia de la personalidad. Por otro lado el desarrollo de las puntuaciones de la variable Rasgo de la personalidad se asocia por un lado con un incremento de las puntuaciones del rasgo Independencia de la personalidad, y al mismo tiempo con un bajo desarrollo de las puntuaciones de la variable Afabilidad. Por último un mayor desarrollo del Índice de Expresión de Ira, se asocia con un bajo desarrollo de las puntuaciones de la variable Estabilidad de la personalidad.

Por lo que se podría pensar que el sujeto de la muestra diagnosticado con Hipertensión Esencial emplea mucha energía en calmar y reducir su enojo, reduciendo su disposición a responder con una conducta asertiva que facilite una solución constructiva ante situaciones frustrantes, lo cual se asocia con un patrón de comportamiento establecido a través del cual no se mueve hacia el cambio, mostrándose “paciente” ante las exigencias de las situaciones y los otros.

La paciencia de este sujeto, es más un padecer en pos del otro, ya que esta predisposición a la inmovilidad conductual-actitudinal ante el mundo externo, se relaciona

CONCLUSIONES

con una baja impulsividad que se cristaliza en la inexpressión del enojo tanto físico como verbal, de tal manera que se acomoda o adapta al deseo de los otros evitando conflictos que lo lleve a la expresión del enojo.

Por lo tanto, este sujeto no experimenta frecuentemente sentimientos de Ira, y cuando la siente tiende a suprimirla mostrándose deferente, ya que se siente poco comfortable cuando tiene que hablar de sus propios sentimientos y deseos, esto se asocia con un patrón de comportamiento establecido que lo caracteriza como reservado, frío, distante y utilitario.

Por último, la evidencia de una baja expresión externa de la Ira y una alta expresión interna de la misma no sólo dificulta sus relaciones interpersonales sino que también, refuerzan un círculo de padecimiento sujeto a patrones de conducta, que definen la Hipertensión Esencial de este sujeto como trastorno psicofisiológico. En este caso, el inadecuado manejo de la emoción Ira constituye una parte de la reacción psicofisiológica, pero no es la causa única.

Como se ha visto a lo largo del marco teórico los trastornos psicofisiológicos, y en este caso la Hipertensión Esencial, tienen un carácter múltiple en su etiología, o sea, no se puede determinar una causa única. Y en el presente trabajo se ha intentado determinar la existencia de causas psicológicas de este trastorno; y en el análisis se corroboró que en este tipo de sujeto (diagnosticado con Hipertensión Arterial Esencial) existen características de personalidad y de manejo de ira concretos, sobre los cuales se puede suponer que son una de las posibles causas etiológicas.

CONCLUSIONES

Es sabido que el organismo de todo individuo necesita para realizar su actividad diaria cierto grado de activación fisiológica, pero en el caso del sujeto de la muestra existe dificultad para mantener de forma constante un ritmo de activación por encima de sus posibilidades dando lugar al mantenimiento de su enfermedad.

Los niveles elevados en la presión sanguínea del sujeto de la muestra, y que llegan a estar por encima de los requerimientos metabólicos de su organismo, se puede asociar con su incapacidad para describir y demostrar sus sentimientos y la tendencia a suprimir la expresión de Ira.

El presente trabajo de investigación, corrobora a su vez el modelo de vulnerabilidad constitucional citado en teoría, a través del cual se propone que los determinantes de tipo constitucional son los más importantes para explicar la relación entre el constructo Hostilidad-Ira-Agresión y los trastornos psicofisiológicos, en este caso la Hipertensión esencial se evidencia como parte de un “circulo vicioso”, donde se refuerzan la interacción entre los patrones de comportamiento establecidos (rasgos de personalidad) y los niveles elevados de presión sanguínea más allá de los requerimientos metabólicos del organismo.

Esta interacción implicaría un mecanismo de feedback somatopsíquico, relacionado con la percepción, evaluación y procesamiento automático de la reactividad psicofisiológica, a partir de la cual dicha actividad autonómica periférica es capaz de influir en la aparición de ira y/o agresión; a su vez las respuestas emocionales y comportamentales darían como resultado un incremento en la reactividad psicofisiológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXANDER, F. (1950). Psychosomatic Medicine: Its principles and applications. New York: Norton.
- CÓDIGO APA (2002). Normativa 8.02 Consentimiento informado para la investigación, del capítulo Investigación y publicación.
- CONTRADA, R.J. (1994). Personality and anger in cardiovascular disease: Toward a psychological model. En A.W. Siegman y T.W. Smith (Eds.), Anger, hostility and the heart (pp. 149-171). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- DEFFENBACHER, J. L. (1992). Trait anger: Theory, findings, and implications. En J. N. Butcher y C. D. Spielberger (Comps.), Advances in personality assessment. Vol. 9. Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum.
- DEFFENBACHER, J. L. (1993). Irritabilidad crónica: características e implicaciones clínicas. Psicología conductual, 1, 51-72.
- DIAMOND, E. L. (1982). The role of anger and Hostility in essential hypertension and coronary disease. Psychological Bulletin, 92, 410-433.
- DIMSDALE, J. E. (1985). A psychosomatic perspective in anxiety disorders. En A. H. Tuma y J. D. Máser (Eds.), Anxiety an the anxiety disorders. Hillsdale, New York: L. E. A.
- DONKER, F. J. (1991). Medicina conductual y Psicología de la salud. En G. Buela-casal y V. E. Caballo (Comps.), Manual de psicología clínica aplicada. Madrid: Ed. Siglo XXI.
- DUMBAR, F. (1943). Psychosomatic diagnosis. New York: Harper & Row.

BIBLIOGRAFÍA

- EKMAN Paul y DAVIDSON Richard, eds., *Fundamental Questions About Emotions*, Nueva York, Oxford University press, 1994
- FUENTENEbro DE DIEGO, F.; SANTOS, J. L.; AGUD, J.L. Y DE DIOS, C. (1990). *Medicina psicosomática*. En F.Fuentenebro y C. Vazquez (Ed.), *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*. Vol. 1: *Psicología médica y psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill - interamericanna de España.
- GATCHEL, R. J.; Baum, A. y Krantz, D. S. (1989). *An introduction to health psychology*. New York: McGraw-Hill.
- GENTRY, W. D. (1984). *Handbook of Behavioral Medicine*. New York: The Gullford Press.
- GOLEMAN, D. *Inteligencia emocional*. Buenos Aires: Javier Vergara Editor. 1998
- HEBB, D.O. (1949). *La Organización del comportamiento, una teoría psiconeurobiológica*. México: McGrawHill
- HIGLEY, J.D., SUOMI, S.J. y LINNOILA, M. (1991). CSF monoamine metabolite concentrations vary according to age, rearing, and sex, and influenced by the stressor of social separation in rhesus monkeys. *Psychopharmacology*, 103, 551-556.
- IZARD, C. E. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum Press.
- KAPLAN, J.R., BOTCHIN, M.B. y MANUCK, S.B. (1994), *Animal models of agresión and cardiovascular disease*. En A.W. Siegman y T.W. Smith (Eds.), *Anger, hostility and the heart* (pp. 127-148). Hillsdale: Erlbaum.
- KRANTZ y DUREL, L.A. (1983). Psychological substrates of the Type A behavior pattern. *Health Psychology*, 2, 393-411.

BIBLIOGRAFÍA

- KRANTZ, D.S. y MANUCH, S.B. (1984). Acute psychophysiological reactivity and risk of cardiovascular disease. A review and methodologic critique. *Psychological Bulletin*, 96, 435-464.
- LACHMAN, S. (1972). *Psychosomatic Disorders: A Behavioristic Interpretation*. New York: John Wiley.
- LEROUX, Joseph, "Emotional Memory Systems in the Brain", *Behavioral and Brain Research*, 58, 1993
- LIPOWSKI, Z. J. (1986). *Psychosomatic Medicine: Past and present*. Part I. *Canadian Journal Psychiatry*, 31, 2-13. Historical Background.
- MACLEAN, Paul D. *The Triune Brain in evolution*, Nueva York, 1990.
- MAHER, B. A. (1978). *Principios de psicopatología*. México: McGraw-Hill.
- MIGUEL TOBAL, J. J. (1990). La ansiedad. En J. L. Pinillos y J. Mayor (Eds.), *Tratado de Psicología General*. Vol: Motivación y Emoción. Madrid: Alhambra.
- MILLER, T.D., SMITH, T.W., TURNER, C.W., GUIJARRO, M.L. y HALLET, A. J. (1996). A meta-analytic review of research on hostility and physical health. *Psychological Bulletin*, 119 (2, 322-348).
- NEMIAH, J. C. (1973). *Psychology and Psychosomatic illness. Relations in theory and research methodology*. En J. Freyberger (Ed.), *Topics of psychosomatic research. Proceedings of 9th European Conference on Psychosomatic Research*. London: Karger, Basel.
- NEMIAH, J. C. (1975). Denial Revisited: Reflections on psychosomatic theory. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26, 140-147.

BIBLIOGRAFÍA

- NOVACO, R. (1975). Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment. Lexington, Máss: D. C. Heath.
- OBRIST, P. A.; LANGER, A. W.; LIGHT, K. C. y KOEPKE, J. P: (1983). A cardiac-behavioral approachin the study of hypertension. En T. Dembroski; T.H.Schmidt y G. Blumchen (Eds.), Biobehavioral Bases of Coronary Herat Disease. Basel: Karger.
- PERVIN, Lawrence A., La ciencia de la personalidad, Mc Graw Hill. Madrid 1998.
- REIG, A. (1981). Medicina comportamental: desarrollo y líneas de intervención. Análisis y Modificación de Conducta, 14, 99-160.
- REYES DEL PASO, G.A. y GARCIA-LEÓN, A. (2000) Propuesta de una tarea psicomotora competitiva para la evocación emocional de Ira y la reactividad cardiovascular. Análisis y Modificación de Conducta, 26, 341-363.
- SAXENA, P.R. y VILLALON, C.M. (1990). Cardiovascular effects of serotonin agonists and antagonists, Journal of Cardiovascular Pharmacology, 15 (Suppl.S), 17-34.
- SCHACHTER, S. (1971). Emotions, obesity and crime. New York: Academic Press.
- SIFNEOS, P. E. (1967). Clinical observations in some patients suffering from a variety of psychosomatic diseases. Proceedings of the 7th European Conference on Psychosomatic Research. London: Karger, Basel.
- SMITH, T.W. (1992).Hostility and Health: Current status of a psychosomatic hipotesis. Health Psychology, 11, 139-150.

BIBLIOGRAFÍA

- SMITH, T.W. (1994) Concepts and methods in the study of Agnes, Hostility, and Health. En A.W. Siegman y T.W. Smith (Eds.): Anger, Hostility and the Hearth (pp. 23-42). Hillsdale: LEA
- SPIELBERGER, C. D.; JACOBS, G.; RUSELL, S. F. y CRANE, R. S. (1983). Assessment of anger: The State-Trait Anger Scale. En J.N. Butcher y C. D. Spielberger. (Eds.), Advances in personality assessment (Vol. 2). Hillsdale, N. J.: LEA.
- SUAREZ, E.C., KUHN, C.M., SCHANBERG, S.M., WILLIAMS, R.B. y ZIMMERMANN, E.A. (1998). Neuroendocrine, cardiovascular, and emocional responses of hostile men: The role of interpersonal Challenger. *Psychosomatic Medicine*, 60, 78-88.

ANEXO I: CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

ANEXO I: CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. EDAD		
2. SEXO	Masculino	
	Femenino	
3. ESTADO CIVIL	Soltero(a)	
	Casado(a) / con pareja	
	Divorciado(a)	
	Viudo(a)	
4. NIVEL DE ESTUDIOS	Primario Incompleto	
	Primario Completo	
	Secundario Incompleto	
	Secundario Completo	
	Terciario Incompleto	
	Terciario Completo	
	Universitario Incompleto	
	Universitario Completo	
5. CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO		
5.1 Bebidas Alcohólicas		
a) Consume	SI	
	NO (si marca "NO" pase a pregunta 5.2)	
b) Indique la cantidad aproximada de alcohol en litros que consume por semana.	Un litro	
	Entre uno y siete litros	

ANEXO I: CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

	Más de siete litros	
5.2 Tabaco		
a) Consume	SI	
	NO (si marca "NO" pase a pregunta 6)	
b) Indique la cantidad de cigarrillos diarios que consume:	Menos de 10 cigarrillos.	
	Entre 10 y 20 cigarrillos	
	Más de 20 cigarrillos.	
6. EJERCICIO FÍSICO		
a) Realiza Actividad Física	SI	
	NO (si marca "NO" pase a pregunta 7)	
b) Que tipo de ejercicio fisico realiza:		
b) Indique la cantidad de horas por semana que ocupa realizando ejercicio físico.	Menos de una hora	
	Entre una y siete horas	
	Mas de siete horas	
7. HIPERTENSIÓN ARTERIAL		
a) Fecha Estimativa del Diagnóstico.		
7.1 Tipos de tratamiento para la Hipertensión Arterial		
a) Tratamiento médico (especificar si utiliza medicación)	SI	
	NO (si marca "NO" pase a inciso b)	
	Especificar tiempo del tratamiento	

ANEXO I: CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

	Observaciones	
b) Tratamiento psicológico	SI	
	NO (si marca "NO" pase a inciso c)	
	Especificar tiempo del tratamiento	
	Observaciones	
c) Otros tratamientos	SI	
	NO (si marca "NO" pase a inciso d)	
	Especificar tiempo del tratamiento	
	Observaciones	
d) Tres últimas medidas de tensión arterial ¹	Fecha 1	
	Alta	
	Baja	
	Fecha 2	
	Alta	
	Baja	
	Fecha 3	
	Alta	
	Baja	

¹ La Variación entre las últimas tres medidas se calificará como "alta" si la presión sistólica denota valores diferentes y se calificará como "baja" si la presión sistólica denota valores similares.

ANEXO II: CUESTIONARIO STAXI-2

Nombre:

Fecha:

Parte 1

Instrucciones

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo una de las letras que encontrará a la derecha, la letra que mejor indique CÓMO SE SIENTE AHORA MISMO, utilizando la siguiente escala de valoración:

A	NO, EN ABSOLUTO	B	ALGO	C	MODERADAMENTE	D	MUCHO
---	--------------------	---	------	---	---------------	---	-------

CÓMO ME SIENTO EN ESTE MOMENTO

1. Estoy furioso ABCD
2. Me siento irritado ABCD
3. Me siento enfadado ABCD
4. Le pegaría a alguien ABCD
5. Estoy quemado ABCD
6. Me gustaría insultar ABCD
7. Estoy enojado ABCD
8. Daría puñetazos a la pared ABCD
9. Me dan ganas de maldecir a gritos ABCD
10. Me dan ganas de gritarle a alguien ABCD
11. Quiero romper algo ABCD
12. Me dan ganas de gritar ABCD
13. Le tiraría algo a alguien ABCD
14. Tengo ganas de abofetear a alguien ABCD
15. Me gustaría discutir con alguien ABCD

BIBLIOGRAFÍA

Parte 2

Instrucciones

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse así misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique CÓMO SE SIENTE NORMALMENTE, utilizando la siguiente escala de valoración:

A	NO, EN ABSOLUTO	B ALGO	C MODERADAMENTE	D MUCHO
---	--------------------	--------	-----------------	---------

CÓMO ME SIENTO NORMALMENTE

- | | |
|--|------|
| 16. Me caliento rápidamente | ABCD |
| 17. Tengo un carácter irritable | ABCD |
| 18. Soy una persona exaltada | ABCD |
| 19. Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen | ABCD |
| 20. Tiendo a perder los estribos | ABCD |
| 21. Me pone furioso que me critiquen delante de los demás | ABCD |
| 22. Me pongo furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco | ABCD |
| 23. Me enojo con facilidad | ABCD |
| 24. Me enfado si no me salen las cosas como tenía previsto | ABCD |
| 25. Me enfado cuando se me trata injustamente | ABCD |

BIBLIOGRAFÍA

Parte 3

Instrucciones

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describir sus reacciones cuando se siente enfadada. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique **CÓMO REACCIONA O SE COMPORTA CUANDO ESTÁ ENFADADO O FURIOSO**, utilizando la siguiente escala de valoración:

A	NO, EN ABSOLUTO	B ALGO	C MODERADAMENTE	D MUCHO
---	--------------------	--------	-----------------	---------

CÓMO ME ENFADO O ENFUREZCO

26. Controlo mi temperamento ABCD
27. Expreso mi enojo
ABCD
28. Me guardo para mi lo que siento
ABCD
29. Hago comentarios irónicos de los demás
ABCD
30. Mantengo la calma ABCD
31. Hago cosas como dar portazos
ABCD
32. Ardo por dentro aunque no lo demuestro ABCD
33. Controlo mi comportamiento
ABCD
34. Discuto con los demás ABCD
35. Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie
ABCD

BIBLIOGRAFÍA

36. Puedo controlarme y no perder los estribos
ABCD
37. Estoy más enfadado de lo que quiero admitir
ABCD
38. Digo barbaridades ABCD
39. Me irrito más de lo que la gente cree
ABCD
40. Pierdo la paciencia ABCD
41. Controlo mis sentimientos de enfado
ABCD
42. Rehúyo encararme con aquello que me enfada
ABCD
43. Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira
ABCD
44. Respiro profundamente y me relajo
ABCD
45. Hago cosas como contar hasta diez ABCD
46. Trato de relajarme ABCD
47. Hago algo sosegado para calmarme
ABCD
48. Intento distraerme para que se me pase el enfado
ABCD
49. Pienso en algo agradable para tranquilizarme
ABCD

