



Revista de Psicología

ISSN: 0716-8039

revista.psicologia@facso.cl

Universidad de Chile

Chile

Molerio Pérez, Osana; García Romagosa, Georgina
Contribuciones y retos de la Psicología de la Salud en el Abordaje de la Hipertensión Arterial Esencial
Revista de Psicología, vol. XIII, núm. 2, 2004, pp. 101-109
Universidad de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26413208>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Contribuciones y retos de la Psicología de la Salud en el Abordaje de la Hipertensión Arterial Esencial

Contributions and Challenges in Health Psychology in the Treatment of Essential Arterial Hypertension

Osana Molerio Pérez*
Georgina García Romagosa**

Resumen

Los trastornos hipertensivos tiene gran relevancia en nuestro medio no sólo por su alta incidencia sino por su papel como factor de riesgo de los trastornos cardio y cerebrovasculares. En el presente trabajo se presentan resultados de investigaciones en el campo de la Psicología de la Salud que perfilan el papel de los factores psicosociales en la génesis y evolución de Hipertensión arterial (HTA) que evidencian la necesidad de la consideración de los mismos por los equipos multidisciplinarios encargados de la atención de los pacientes hipertensos. Finalmente se plantean algunas interrogantes que aún quedan planteadas a la Psicología de la Salud.

Palabras claves: *Hipertensión arterial esencial, estrés, personalidad, emociones, hipertensión de bata blanca*

Abstract

Hypertensive disorders have a great relevance in our environment not only because of their high incidence, but also because of its role as a factor of risk of the brain and cardiovascular disorders. In this work we show the results of research in health psychology which characterize the role of psychosocial factors in the genesis and evolution of arterial hypertension (HTA) which show the need for analysis by a multidisciplinary team, directed to hypertension patients. Finally the work suggests some questions related to health Psychology.

Key words: *Essential arterial hypertension, stress, personality, emotions, white coat hypertension.*

* *Master en Psicología Médica. Jefa del Departamento de Psicología Aplicada. Asistente. Facultad de Psicología. Universidad Central de las Villas. Cuba. email: osanam@sociales.uclv.edu.cu*

** *Licenciada en Psicología. Escuela de Hotelería y Turismo de Trinidad. MINTUR. Santi Spiritus*

Introducción

La hipertensión esencial constituye uno de los trastornos de mayor incidencia y es reconocida entre los principales factores de riesgo de los trastornos cardiovasculares y cerebrovasculares, que se ubican entre las primeras causas a nivel mundial. Se calcula que una disminución de un 4 % de una cifra media de presión arterial puede lograr una disminución de un 15 % de la mortalidad por accidentes cerebro vasculares, y de un 9 % por cardiopatía isquémica (Coutin, Borges, Batista y Feal, 2001).

La Hipertensión arterial (HTA), por tanto, produce en nuestra sociedad un impacto sanitario, económico y social de magnitudes incalculables, que sólo podrá ser reducido si avanzamos en el diagnóstico correcto, en el tratamiento adecuado y en el control óptimo de la tensión arterial de todos los pacientes hipertensos. Pero, conseguir este triple objetivo, no resulta fácil, dado por el gran número de hipertensos, la necesidad de tener en cuenta la enorme variabilidad de las cifras tensionales, la dificultad del diagnóstico diferencial con la hipertensión de Bata Blanca (HBB) o Hipertensión Clínica Aislada (HCA), la complejidad del establecimiento de un tratamiento individualizado que permita el control del paciente hipertenso y finalmente las dificultades para lograr una adecuada adherencia terapéutica.

En la actualidad se realizan importantes esfuerzos dirigidos a su prevención, control y tratamiento, para lo cual se requiere de estrategias de acción multidisciplinarias. En este sentido resulta de gran importancia el reconocimiento de la influencia de factores psicosociales en la HTA. Teniendo en cuenta estos elementos en el presente trabajo nos hemos propuesto como objetivo reflexionar en torno al estado actual de la investigación psicológica en la HTA esencial, ofreciendo una panorámica de las principales contribuciones de la Psicología de la Salud en esta área y delimitando las principales interrogantes y retos que aún quedan por enfrentar.

Desarrollo

Los avances de la psiconeuroinmunología muestran que el estrés y las reacciones emocionales como la ansiedad, la ira o la tristeza presentan correlatos fisiológicos que son el resultado de complejos mecanismos, que bajo la influencia del sistema nervioso afectan a las secreciones glandulares, órganos, músculos y la sangre (Miguel Tobal, 2000). En esta línea investigativa, numerosos estudios muestran la relación entre factores emocionales y los denominados trastornos psicofisiológicos; dentro de ellos la hipertensión arterial ha sido uno de los más estudiados.

Diversas investigaciones han tratado de encontrar un perfil psicológico del paciente hipertenso; sin embargo, el papel que se pueda atribuir a las variables psicológicas en el desarrollo y / o mantenimiento de la HTA es confuso, en la medida que los resultados de las investigaciones no permiten dilucidar si dichas variables son causa o consecuencia de la enfermedad (Amigo, 1998). Al respecto toda la evidencia experimental realizada sobre el concepto de personalidad hipertensiva es incompleta y está limitada por la selección de los sujetos a los grupos (Gutman y Benson, 1971) y por las propias limitaciones de las técnicas empleadas (González y Amigo, 1992). No obstante las limitaciones expuestas las variables que más se han estudiado vinculadas a la hipertensión son: el Patrón de Comportamiento Tipo A, la ansiedad, la depresión y más recientemente la ira.

Las investigaciones que han estudiado la relación entre hipertensión y ansiedad han aportado datos contradictorios. Se parte del supuesto de que los individuos con ansiedad rasgo tienen mayor probabilidad de experimentar estados de ansiedad, lo cual implicaría una activación psicofisiológica más frecuente y por tanto mayor probabilidad de padecer trastornos hipertensivos. Esta hipótesis ha sido confirmada por diversos estudios en los que se han comparado sujetos normotensos e hipertensos (Miguel- Tobal,

Cano Vindel, Casado y Escalona; 1994; Calvo, Díaz, Ojeda, Ramal y Alemán, 2001).

Sin embargo Jula (1999) comparando una muestra de hipertensos no tratados y recién diagnosticados con un grupo control equivalente, no encontró diferencias en ansiedad y depresión. Tampoco Friedman et al. (2001) hallaron diferencias consistentes entre los participantes con HTA leve y los normotensos en cuanto a la ansiedad.

Investigaciones más recientes han retomado el estudio de la ira como particularidad emocional del paciente hipertenso. En una revisión sobre el tema, Diamond (1982) llega a la conclusión de que la ira y la hostilidad se perfilan como variables relevantes en el desarrollo y agravamiento de la hipertensión. Los resultados obtenidos por otros investigadores han confirmado la relación entre la ira y los trastornos coronarios e hipertensivos (Dimsdale y cols, 1986; Fernández- Abascal y Martín, 1995; Spielberger, Jacobs, Russell y Crane, 1983). Un estudio realizado por Miguel- Tobal, Casado, Cano- Vindel y Spielberger (1997) en el compararon la ira en sujetos normotensos y pacientes hipertensos utilizando el STAXI-2 arrojó que los pacientes hipertensos se distinguen de los normotensos por la frecuencia con que experimentan la ira, es decir el rasgo de ira pero concluyen que las mayores diferencias se observan en la expresión de la ira, distinguiéndose en los pacientes hipertensos un perfil en la ira interna que se caracteriza por refrenar o intentar suprimir su expresión. (Miguel Tobal, J. J., et al 2001).

Otra variable que ha sido muy vinculada a los trastornos hipertensivos es el denominado Patrón de conducta Tipo A, el cual se caracteriza, fundamentalmente, por una acusada competitividad y ambición, sentido de urgencia del tiempo y hostilidad (Friedman y Ulmer, 1984). Este patrón comportamental parece estar asociado a las enfermedades cardiovasculares, habiendo mostrado además, diversas investigaciones que los sujetos tipo

A responden a las situaciones de estrés con incrementos exagerados en la tasa cardíaca y la presión arterial (Bermúdez, 1984). Sin embargo los resultados investigativos señalan que el tipo A, aunque constituye un factor de riesgo para las enfermedades cardio- coronarias, no ha aparecido, hasta el momento, consistentemente relacionado con la hipertensión (González y Amigo, 1992).

Haciendo un balance de las diversas investigaciones llevadas a cabo en esta línea I. Amigo (1993) plantea: “*se podría concluir que una personalidad hostil, caracterizada por un estilo de afrontamiento de las situaciones en las que predomina el resentimiento y la incapacidad para plantear clara y abiertamente los conflictos, de manera especial los conflictos interpersonales, se asocia, en algunos subgrupos de sujetos, a la enfermedad hipertensiva. Ahora bien, no es posible afirmar si este modo comportamental es causa o consecuencia de la enfermedad, si además éste es idiosincrático de la HTA o si por el contrario se trata de un síndrome con repercusiones conductuales ligado a la enfermedad crónica*”.

El Papel del Estrés en la HTA Esencial

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1986) ha reconocido el importante papel que puede desarrollar el estrés en los trastornos hipertensivos; sin embargo, también ha subrayado la dificultad de cuantificar esa influencia en el desarrollo de esta enfermedad. Aunque no se dispone de una evidencia que permita atribuir al estrés *per se* un papel determinante en la etiología de la hipertensión, si se reconoce, en mayor o menor medida, cierto grado de responsabilidad en la patogenia de esta enfermedad.

Existe abundante evidencia del papel del estrés en la hipertensión arterial esencial ya sea por los efectos que tiene el estrés sobre el sistema cardiovascular, así como por su relación con determinados comportamientos que son reconocidos factores de riesgo de la hipertensión arterial, entre los que cabe destacar la obesidad, el abuso de alcohol, el con-

sumo excesivo de tabaco y otros (Amigo, 1993; Buceta, Amigo, Bueno, 1990 y Fernández-Abascal, 1987)

Diversos autores han elaborado sendos modelos para explicar el papel del estrés en la génesis y evolución de la HTA esencial. Para Kaplan (1980) el estrés desempeña un papel más tangencial, coadyuvando a provocar, mediante el incremento de la activación del sistema nervioso simpático, el aumento de las resistencias periféricas. En cambio Obrist (1981), reconoce que el estrés desempeña un papel decisivo ya que plantea que el gasto cardíaco se eleva, inicialmente, por una excesiva activación beta-adrenérgica ligada a factores comportamentales a través de los cuales se desencadenan reacciones de defensa y, consecuentemente, dichos incrementos en la activación beta.

Por otra parte, Fernández-Abascal y Calvo (Fernández-Abascal, 1985; 1987, 1993), consideran que la hipertensión esencial es en muchos casos el resultado de un proceso continuo que se inicia con unos índices de presión arterial normales y que evoluciona, en virtud del concurso de ciertos factores específicos, hasta un estado patológico crónico. Estos autores han elaborado un modelo del proceso hemodinámico que atraviesa por cuatro fases: presión normal, presión reactiva o reactividad beta-adrenérgica, hipertensión borderline o limítrofe, e hipertensión esencial o cronificada. El paso de un estado hemodinámico al siguiente se realiza de forma progresiva y no es irremisible, sino que depende de la presencia coincidente de varios factores que determinan el avance en el proceso.

La Hipertensión de Bata Blanca

En los últimos años han proliferado un gran número de investigaciones relacionadas con la HBB, sin embargo los primeros estudios al respecto se remontan a los años cuarenta cuando Ayman y Golshine (1940) encontraron que la presión arterial registrada por los pacientes hipertensos en sus domici-

lios era sistemáticamente más baja que la registrada por los médicos en consulta. Otras investigaciones más recientes han constatado similares resultados (Mancia, 1983; Robles y Cancho, 2002; García-Vera, Labrador y Sanz, 1999).

El término Hipertensión de Bata Blanca, introducido por Pickering (1988) señala a aquellos individuos que presentando una presión arterial elevada en el entorno clínico, muestran cifras completamente normales fuera de este ámbito. La HBB hace referencia a una elevación artefactual de la presión arterial provocada por la presencia del personal sanitario y/o del médico durante el proceso de medida que reduce, notablemente, la validez del diagnóstico de la hipertensión arterial (Amigo, 1994). Se estima que un 20% de los pacientes hipertensos, con cifras de presión arterial diastólica entre 90-104 mm Hg en la clínica, sufren HBB.

Recientemente se ha propuesto el nombre de Hipertensión clínica aislada para subrayar el hecho de que no se conoce con exactitud su etiología puesto que al parecer este efecto no es inducido exclusivamente por la bata blanca ya que la elevación de la presión ha podido ser observada incluso cuando el médico no lleva la bata blanca (Mancia y Zanchetti, 1996; García-Vera, Sanz y Labrador, 1999 y Amigo, 1994).

Algunas investigaciones se han centrado en el estudio de la personalidad de los pacientes con HBB, sin que se hayan encontrado características personalógicas específicas en los pacientes estudiados. Algunos autores se han centrado en los estados emocionales, partiendo del supuesto de que la ansiedad crónica podría tener un rol etiológico concluyendo que los pacientes con HBB no son necesariamente más ansiosos que otro tipo de hipertensos (Siegel, Blumenthal, y Divine, 1990 ; Schneider, Egan, Johnson, Drobny, y Julius, 1986). En un intento por lograr una explicación causal de la HBB, Amigo plantea que ésta puede producirse

por un condicionamiento. Este autor, parte del reconocimiento de una abundante evidencia empírica que pone de manifiesto la posibilidad de condicionar clásicamente la presión arterial (1994).

La importancia clínica de la HBB radica en que estos pacientes parecen tener un menor riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular que los pacientes con hipertensión mantenida y, por tanto, corren el riesgo de recibir un tratamiento innecesario no exento de importantes efectos secundarios (Molerio y Pérez, 2003). En resumen las investigaciones realizadas no permiten establecer qué elementos del contexto clínico juegan el papel desencadenante del incremento de las cifras tensionales, ésta constituye una de las interrogantes que en el futuro deberá responder la Psicología de la Salud.

Intervención Psicológica en la Hipertensión Arterial Esencial

Las técnicas psicológicas utilizadas para el tratamiento de la HTA son diversas y pueden agruparse en dos categorías: técnicas que permiten el control indirecto de la presión arterial y técnicas que posibilitan el control directo de la misma. La aplicación de estas técnicas conlleva, generalmente, la reducción del nivel general de activación del organismo, por lo que, a través de las mismas, se puede modificar un patrón complejo de respuesta que incluye la desaceleración de la frecuencia cardíaca, la regulación del ritmo respiratorio y la disminución de la presión arterial como uno más de sus componentes.

En opinión de Johnston (1986), la mayor parte de los programas que han probado su efectividad incluían el entrenamiento en técnicas de relajación muscular y su práctica sistemática en el manejo de situaciones estresantes. Otros estudios también han probado la eficacia de las técnicas de relajación muscular en la reducción de las cifras tensionales (González y Amigo, 1992; Casado y Miguel-Tobal, 1996; Romero et al., 1998; González y

Amigo, 2000; Amigo, Fernández y González, 2001). En diversas investigaciones se han empleado programas combinados que incluyen técnicas de relajación muscular y técnicas cognitivo-conductuales (solución de problemas, autocontrol emocional y otras) con buenos criterios de efectividad (Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado y Escalona, 1994; Molerio, Bernal y Ruiz, 2002, Molerio y Bernal, 2003).

El tratamiento psicológico ha mostrado además, tener efectos positivos sobre otros aspectos relacionados con la Hipertensión al propiciar una disminución de las dosis de fármacos antihipertensivos y como consecuencia de ello de sus efectos colaterales, una disminución de las visitas al médico y un mejoramiento de la calidad de vida en general.

El Problema de la Adherencia Terapéutica en la HTA Esencial

A pesar de la reconocida importancia de la hipertensión arterial aún se presentan grandes dificultades en relación con la adherencia terapéutica pues muchos pacientes dejan de adherirse a las indicaciones médicas a corto o a largo plazo. Precisamente el VI Informe del Joint National Committee (JNC), (1988) señala que el incumplimiento es el principal factor implicado en el mal control de la hipertensión, al que responsabiliza de esa situación en más de dos tercios de los hipertensos. Es por ello que todas las guías internacionales (JNC VI, 1988; OMS/ISH, 1986) han llegado a considerar la adherencia al tratamiento como un "reto terapéutico".

Los estudios realizados con poblaciones hipertensas han mostrado que la mitad de los pacientes que comienzan con terapia antihipertensiva interrumpen el tratamiento antes del año y que un porcentaje de los que lo mantiene reducen la medicación hasta un punto, en el cual, la reducción de la presión arterial beneficiosa no se alcanza (Levine, Croog (1985) y Curb, Borhani y Blaszkowski (1985).

Se ha fracasado en el intento de identificar los perfiles de los pacientes hipertensos en los que se aprecia una baja adherencia terapéutica. Ni las edades extremas, el nivel socioeconómico bajo, ni el nivel educacional inferior, presentan una clara influencia adversa. Sin duda, algunas de las características de la enfermedad inciden negativamente. En ausencia de repercusión orgánica, la carencia de sintomatología no contribuye a que el enfermo valore la auténtica importancia del trastorno. Por otra parte la cronicidad del proceso facilita que con el tiempo disminuya el interés del enfermo por su propia enfermedad. En muchos casos el enfermo asintomático, no está dispuesto a alterar su forma de vida o a consumir un medicamento para detener un peligro lejano que no siente, sobre todo cuando debe sufrir algún tipo de incomodidad con el proceso (Braunwald, 1999).

El cumplimiento terapéutico va a depender en gran medida de la calidad de la relación médico-paciente, de la medida en que las expectativas de atención que el paciente tiene sean adecuadamente satisfechas. Es imprescindible que desde el mismo momento del diagnóstico fomentar en el paciente un conocimiento adecuado de la enfermedad, de su carácter crónico y de los riesgos que implica pero cuidando evitar iatrogenias médicas. Además se debe estimular un rol activo en el control de su enfermedad, facilitando su cumplimiento a partir de instrucciones, precisas, y un tratamiento ajustado a sus particularidades específicas; entre otras medidas (Molerio, 2003).

Actualmente se realizan esfuerzos por lograr fomentar el cumplimiento terapéutico en el paciente hipertenso mediante diversas estrategias entre las que se destacan las charlas y los programas cognitivos conductuales. Sin embargo los resultados no son alentadores; por lo que este sigue constituyendo un reto para los profesionales de la Psicología de la Salud.

Conclusiones

En los últimos años la Psicología de la Salud ha avanzado en la investigación del papel que juegan los factores psicosociales en los trastornos hipertensivos, especialmente se ha constatado la influencia del estrés en el incremento de las cifras tensionales que puede condicionar incluso la aparición de la llamada hipertensión de bata blanca (como posible factor etiológico). Recientemente se ha identificado la represión interna de la ira como otra variable relacionada con la HTA, y aunque se ha constatado la influencia de otros estados negativos como la ansiedad y la depresión, los resultados investigativos no son coincidentes. Otro logro importante es la validación de la eficacia de programas de intervención psicológica en la reducción de las cifras tensionales, especialmente las técnicas de relajación y respiración, lo cual podría propiciar una disminución del consumo de fármacos antihipertensivos y de sus posibles efectos secundarios, contribuyendo de esta manera a elevar la calidad de vida de estos pacientes.

Sin embargo quedan aún algunas interrogantes planteadas; la delimitación del papel de los estados emocionales en la HTA, los factores etiológicos de la HBB, el diseño de estrategias de prevención así como de programas que estimulen la adherencia terapéutica son algunos de los retos que deberá enfrentar la Psicología de Salud. No obstante, los resultados investigativos anteriormente presentados evidencian la necesidad de incorporar la consideración de los factores psicosociales en el abordaje multidisciplinario de la Hipertensión arterial esencial.

Referencias Bibliográficas

- Amigo, I. (1994). Avances para el control de la HTA de bata blanca. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 32, 84-86.
- Amigo, I. (1994). La hipertensión de bata blanca: ¿una hipertensión condicionada?. *Análisis y Modificación de Conducta*, 69, 19-31.
- Amigo, I. y Herrera, J. (1993). Hipertensión y estrés. *Medicina Clínica*, 14, 25-27.
- Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (1998). *Psicología de la Salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Amigo, I., Fernández, A. y González, A. (2001). Relajación muscular e hipertensión arterial: Estudio controlado con pacientes medicados y no medicados. *Psicología Conductual*, 1, 131-140.
- Amigo, I., Fernández, A., González, A. y Herrera, J. (2002) Muscle relaxation and continuous ambulatory blood pressure in mild hypertension. *Psicothema*, 1, 47-52.
- Amigo, I (1998). Hipertensión arterial. En I. Amigo, C. Fernández y M. Pérez *Psicología de la Salud*. (pp. 143-161). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ayman, D. y Goldshire, A.D. (1940). Blood pressure determinations by patients with essential hypertension: the difference between clinic and home readings before treatment. *American Journal of Medicine Science*, 200, 465-474.
- Bermúdez, J. (1984). Investigación en personalidad: Naturaleza e implicaciones del Patrón de Conducta Tipo - A. *L'Arrel*, 5, 141-162.
- Braunwald, E. (1999). *Tratado de Cardiología (5ta edición) Volumen I*. México: Interamericana Mc Graw-Hill.
- Buceta, J.M., Amigo, I. y Bueno, A.M. (1990). Tratamiento comportamental de pacientes con HTA esencial: valoración de un programa de manejo de estrés, mediante medidas de autoinforme. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 15, 6-16.
- Calvo, F., Díaz, D., Ojeda, N., Ramal, J. y Alemán, S. (2001). Diferencias en ansiedad, depresión, estrés y apoyo social entre sujetos hipertensos normotensos. *Ansiedad y Estrés*, 2-3, 203-213.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (2001). Emociones y salud. *Ansiedad y Estrés*, 2-3, 111-121.
- Casado, M.I. y Miguel-Tobal, J.J. (1996). Programa de intervención cognitivo conductual en pacientes hipertensos. *Mapfre Medicina*, 3, 197-208.
- Coutin, G., Borges, J., Batista, R. y Feal, P. (2001). El control de la hipertensión arterial puede incrementar la esperanza de vida. *Revista Cubana de Medicina*, 2, 28-36
- Curb, J., Borhani, N.O. y Blaszkowski, T.P. (1985). Long-term surveillance for adverse effects of antihypertensive drugs. *Journal of the American Medical Association*, 2539, 3263- 3268.
- Diamond, E.L. (1982). The role of anger and hostility in essential hypertension and coronary heart disease. *Psychological Bulletin*, 2, 410-433.
- Dimsdale, J.E., Pierce, C.H. y Schoenfeld, D. (1986). Suppressed anger and blood pressure. The effects of race, social class, obesity and age. *Psychosomatic Medicine*, 48, 430-436.
- Fernández-Abascal, E.G. (1993). *Hipertensión. Intervención psicológica*. Madrid: Eudema.
- Fernández-Abascal, E.G (1987). La intervención psicológica en la hipertensión arterial. En J. M. Buceta (Comp.), *Psicología Clínica y Salud. Aplicaciones de estrategias de intervención* (pp.109-149). Madrid: UNED.

- Fernández-Abascal, E.G. y Martín, M.D. (1995). Evaluación de los trastornos cardiovasculares. En A. Roa (comp.), *Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud* (pp. 693-728). Madrid: IMPRESA.
- Friedman, M. y Schwartz, J. E., Schnall, P. L., Landsbergis, P.A., Pieper, C., Gerin, W. y Pickering, T. G. (2001). Psychological variables in hypertension. Relationship to casual or ambulatory blood pressure in men. *Psychosomatic Medicine*, 63 (1), 19-31.
- Friedman, M.J. y Ulmer, D. (1984). *Treating Type A behaviour and heart*. New York: Alfred A. Knopf.
- García-Vera, M.P., Labrador, F.J. y Sanz, J. (1999). Comparison of clinic, home self-measured and work self-measured blood pressures. *Behavioral Medicine*, 1, 13-22.
- González, A. y Amigo, I. (1992). La intervención Psicológica como tratamiento de elección en un caso de hipertensión arterial esencial. *Psicología de la Salud*, 1, 63-75.
- González, A. y Amigo, I. (2000). Efectos inmediatos del entrenamiento de relajación muscular progresiva sobre índices cardiovasculares. *Psicothema*, 1, 25-32.
- González, A., Amigo, I., Herrera, J. y García-Vega, E. (2000). Eficacia aislada y diferencial de los programas de manejo de estrés y ejercicio físico mediante monitorización ambulatoria de la presión arterial. *Análisis y Modificación de Conducta*, 106, 205-246.
- Gutman, M.C. y Benson, H. (1971). Interactions of environmental factors and systemic arterial pressure: a review. *Medicine*, 50, 543-553.
- Johnston, D. (1986). How does relaxation Training reduce blood pressure in primary Hypertension. En T.D. Dembroski, T.H. Schmidt y C. Blumcehn (Eds.), *Biological and Psychological factors in coronary Herat disease* (pp. 550-567). Berlin: Springer-Verlag.
- Joint National Commitee (1988). The 1984 report of the Joint National Committee on detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *Archives of Internal Medicine*, 148, 1023-1038.
- Jula, A., Salminen, J.K. y Saarijarvi, S. (1999). Alexithymia. A facet of essential hipertensión. *Hipertensión*, 33(4), 1057-1061.
- Kaplan, N.M. (1980). *Hipertensión Clínica*. México: El Manual Moderno.
- Levine, S. y Croog, S. (1985). Quality of life and the patient's response to treatment. *Journal of Cardiovascular Pharmacology*, 7, 132-136.
- Macías I. (1999). Programa Nacional de prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 1, 46-87.
- Mancia, G. y Zancheti, A. (1996). Hipertensión de bata blanca: nombres inapropiados, conceptos equivocados y mal entendidos. ¿Qué debemos hacer de ahora en lo adelante? *Iberoamerican Journal of Hypertension*, 1, 351-354.
- Mancia, G., Bertinieri, G. y Gras, G. (1983). Effects of pressure measurement by doctor on patient's blood pressure and heart rate. *Lancet*, 2, 695- 698
- Medical Research Council Working Party. (1985). MCR trial of treatment of mild Hypertension: principal results. *British Medical Journal*, 291, 97-104.
- Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A., Casado, M.I. y Escalona, A. (1994). Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *Anales de Psicología*, 2, 199- 216.
- Miguel-Tobal, J. J., Casado, M. I., Cano-Vindel, A. y Spielberger, C. D (1997). El estudio de la ira en los trastornos cardiovasculares mediante el empleo del Inventario de expresión de ira- rasgo- STAXI. *Ansiedad y Estrés*, 1, 5-20.

- Miguel-Tobal, J. J. (2000). Emociones y salud: principios y aplicaciones. En J. M Peiró y P. Valcárcel (Coords.), *Psicología y Sociedad* (pp.81-107). Valencia: Real Sociedad Económica de Amigos de el País.
- Miguel-Tobal, J.J. et al.. (2001). *Manual del Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo, STAXI-2*. Versión española. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Molerio, O y Pérez, A. (2003). Importancia del diagnóstico certero de la hipertensión esencial: La hipertensión de bata blanca. Aceptado para publicar en la Revista Cubana de Medicina, 6.
- Molerio, O., Bernal, M. y Ruiz, G (2002). *Efectividad de un programa de manejo de estrés en pacientes con hipertensión arterial esencial*. En Libro de Comunicaciones del I Simposio Internacional " HTA 2002". Hipertensión Arterial. Santa Clara, 29 - 31 Octubre.
- Molerio, O y Bernal, M (2003). *Consideraciones preliminares sobre la efectividad de un programa de manejo de estrés en pacientes con HTA esencial*. En Libro de Comunicaciones del "III Simposio Internacional Psicología y Desarrollo Humano". Santa Clara 2-4 Abril.
- Molerio, O y Bernal, M (2003). *El problema de la adherencia terapéutica en la hipertensión arterial. Un reto para la Psicología de la Salud*. En Libro de Comunicaciones del " III Simposio Internacional Psicología y Desarrollo Humano". Santa Clara 2-4 Abril.
- Obrist, P. A. (1981). *Cardiovascular psychophysiological: A perspective*. New York: Plenum.
- OMS / ISH. (1986). Memorando de una reunión OMS / ISH. Directrices para el tratamiento de la hipertensión leve. *Journal of Hypertension*, 4, 383-386.
- OMS. (1986) *Prevención y lucha contra las enfermedades cardiovasculares en la comunidad*. Ginebra: OMS.
- Pickering, T.C., James, G.D., Boddie, C., Harshfiels, G.A. y Blank Slaragh, J.H. (1988). How common is white coat hypertension? *Jama*, 259, 225-228.
- Robles, N.R. y Cancho, B. (2002). Hipertensión de Bata Blanca. *Nefrología*, 3, 72-76.
- Romero, E., Adelaida, C., Paz, H. y Rojas, M. O. (1998). Intervención psicoterapéutica en hipertensos limítrofes o marginales. *Medicentro*, 2, 12-18.
- Schneider, R.H, Egan, B.E, Jhnson, E.H, Drobny, H. y Julius, S. (1986). Anger and anxiety in borderline hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 48, 242-248.
- Siegel, W.C., Blumenthal, J. y Divine, G.W. (1990). Physiological, psychological and behavioural factors in the white coat hypertension. *Hypertension*, 16, 140-146.
- Spielberger, C.D., Jacobs, G.A., Russell, 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, pp. 161-189). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Fecha Recepción Artículo: 7 de Octubre de 2003

Fecha Evaluación Final: 2 de Abril de 2004