

Análisis descriptivo de los resultados de la aplicación del autoanálisis de Cattell a un grupo de hipertensos

Por el Lic.:
ORESTES MORALES PEREZ*

Morales Pérez, O. *Análisis descriptivo de los resultados de la aplicación del autoanálisis de Cattell a un grupo de hipertensos*. Rev Cub Med 16: 3, 1977 .

Se aplicó el autoanálisis de Raymond B. Cattell para medir la ansiedad a un grupo de 156 pacientes que padecían de hipertensión arterial esencial, pertenecientes al programa de hipertensión del policlinico "Carlos J. Finlay" en Marianao. Se encontró la ansiedad —presente en una cantidad apreciable de hipertensos— que rebasaba los límites necesarios para el alertamiento de la vigilia. Se encontró una diferencia entre ansiedad evidente y latente, ya que la mayor fue la primera en el 58% de los casos. Se recomienda que el personal médico tenga presente este factor cuando se trate del manejo integral del hipertenso.

INTRODUCCION

"El hombre moderno se encuentra, casi constantemente, sometido a tensiones que entrañan un desequilibrio biológico contra el cual reacciona su cuerpo. En biología se llama "stress" a la reacción del cuerpo humano ante cualquier modificación o cambio anormal, ya sea placentero o desagradable".¹

Sin embargo, todos los seres vivos, gracias a mecanismos de equilibrio y de adaptación que en proceso de evolución han sido ya fijados en la transmisión genética, están dotados de sistemas reguladores de su estabilidad.

En el ser humano (en los animales también) se desarrolla un proceso conocido como homeostasis (Cannon), encargado de restablecer el equilibrio dinámico en el

organismo, y que en coordinación con la retroalimentación (*feedback*) y los sistemas de reflejos incondicionados y condicionados, hacen que el organismo se adapte a las condiciones del medio, e incluso con esa dotación superior trate de modificarlo cuando las circunstancias le son adversas, en su propio provecho.

Selye dice: "la facultad de adaptación es probablemente la más importante en la vida. Más aún, puede decirse que la facultad biológica de adaptación es la vida misma".¹

En el ser humano las necesidades pueden ser de tipos biológico y psicosocial. El hambre, la sed, etc., motivan al individuo, lo mueven en el sentido de lograr lo necesario para satisfacerlas. Las

* Psicólogo de la Comisión Nacional de Hipertensión.

de orden psicosocial pueden ser, entre otras: prestigio social, necesidad de reconocimiento, etc., y también es motivado psicológicamente a satisfacerlas.

En la teoría del "stress" de Selye, se le concede gran importancia al factor endocrino, representado primordialmente por la glándula suprarrenal, la cual en las situaciones de "stress" experimenta una reacción que libera las hormonas adrenalina y noradrenalina, las cuales constituyen para él lo que se llama "combustible de adaptación".

El ser humano al enfrentarse con la realidad de la vida cotidiana, donde un conjunto de reglas norman la convivencia, se expone al "stress". Sólo dos maneras tiene de actuar en esa situación: tratar de modificar la situación concreta del medio circundante o cambiar su enfoque personal del problema. A veces ambos caminos son difíciles, y por ello el individuo experimenta un serio desgaste de su "combustible de adaptación" y un desequilibrio que conduce a la fatiga, tanto de las glándulas como de la actividad nerviosa superior.

"La presión sanguínea alta, las úlceras y la diabetes, son, en cierto modo, cicatrices de las heridas causadas por la ansiedad, cuyas huellas serán visibles en el organismo mientras viva".¹ La ansiedad tiene por lo menos dos características que la definen. Primero, es un estado emocional que se parece un poco al miedo; y segundo, el estímulo perturbador, que es el causante principal, no precede ni acompaña al estado, sino que es "anticipado" en lo futuro.²

Definir la ansiedad es una tarea difícil, pues es más fácil definirla por sus síntomas que elaborar un concepto capaz de englobar toda una serie de características de la conducta, las cuales pueden ser científicamente estudiadas; y también sentimientos introspectivos, que son, desde el punto de vista epistemológico, inaccesibles. A pesar de eso, en este último caso nos apoyamos en los informes verbales de los sujetos o en sus equivalentes más formalizados: cuestionarios de respuestas.

"Ansiedad puede ser un modo o humor, un sentimiento, una respuesta emocional, un síntoma, un síndrome o una enfermedad con evolución y pronóstico. Lo que es común es su naturaleza desagradable, su proyección hacia el futuro, su similitud con el miedo y su ausencia de referentes".³

Hemos abordado el fenómeno del "stress" y la ansiedad que caracteriza los estados de tensión, como premisa necesaria para penetrar en las teorías que explican el fenómeno de la hipertensión esencial, a la cual no se le reconoce causa orgánica conocida. Para *Alexander*,⁴ la hipertensión constituye un síndrome clínico cuya patogenia es de carácter neurógeno, y que los impulsos agresivos, crónicamente inhibidos, asociados siempre a la ansiedad, influyen de modo marcado en la presión sanguínea.

*Miásnikov*⁵ del Instituto de Terapéutica de Moscú, escribe: "el análisis de las influencias nerviosas que sirven de origen a la enfermedad hipertensiva, permite afirmar que dichas influencias están principalmente relacionadas con la situación de la persona en la sociedad, es decir, se hallan en dependencia de las influencias sociales. Con frecuencia, en su contenido se encuentra el miedo, la intranquilidad por su porvenir, por los resultados de un trabajo realizado o por las relaciones con el personal o los jefes, etc. A la enfermedad hipertensiva conducen, con frecuencia, las agitaciones y sinsabores provocadas por las condiciones de trabajo y, con menos frecuencia, las de ambiente familiar; si bien esas últimas desempeñan, indudablemente, una actividad determinada. Las denominadas situaciones de conflicto tienen una importancia particular en la causa de la enfermedad hipertensiva.

La teoría neurovisceral de Miásnikov confiere también importancia, entre otras cosas, a la predisposición hereditaria, la hiperreactividad presora de algunas personas antes de establecerse la enfermedad, dificultades en la inhibición y excitabilidad, así como inercia en los

focos de excitación en el sistema nervioso central y, especialmente, de los aparatos vasomotores, la frecuencia e intensidad de las estimulaciones emocionales, como se ha dicho en el párrafo anterior, y la función del segundo sistema de señales, la palabra, como factor productor de reflejos condicionados vasopresores.

Miásnikov concluye en la etiología por él realizada: "así pues, la causa de la enfermedad hipertensiva puede ser conceptualizada como el resultado de la acción de una serie de factores, entre los cuales tiene una importancia decisiva la alteración de la actividad nerviosa superior, bajo la influencia de su tensión excesiva, relacionada con excitaciones psicoemocionales exorbitantes o inadecuadas sin resolución".

En cuanto a la forma en que *Selye* enfoca el origen de la hipertensión, *Miásnikov* aclara: "por cierto, *Selye* examina también la hipertensión, como una de las formas de "enfermedades de adaptación", se aproxima en cierta medida a la teoría neurógena de la enfermedad hipertensiva, elaborada por la escuela de terapéutica soviética. Sin embargo, la diferencia esencial de principio, entre la concepción de *Selye* y nuestras concepciones, radica en la tesis siguiente. Según *Selye*, el factor principal en la patogénesis de la "enfermedad de adaptación", es decir, del proceso patológico en el "stress", es el factor endocrino (en ello se designa una actividad especial a las funciones de la capa cortical de la suprarrenales); de acuerdo con nuestra teoría, la importancia principal en la patogénesis de la enfermedad hipertensiva se concede al factor nervioso central. La similitud consiste en que tanto uno como otro puntos de vista, coinciden en la apreciación de la enfermedad como una *reacción al estado de "stress"*.

Objetivos del estudio

La ansiedad es entonces un factor que acompaña al estado de "stress" y, por tanto, un posible factor causal y concomitante de los estados hipertensivos esenciales. De ahí la importancia de su estudio y del análisis de sus relaciones con la hipertensión, tanto como factor causal de la elevación temporaria o persistente de la presión sanguínea, o como factor precipitante de la enfermedad, o como factor que incide en su evolución y pronóstico.

MATERIAL Y METODO

Para medir este factor hemos utilizado la escala de ansiedad IPAT de *Raymond B. Cattell*, conocida también por autoanálisis." Este cuestionario consta de 40 preguntas que han demostrado ser eficaces para medir el factor ansiedad; esta escala no sólo mide la ansiedad global del sujeto, sino que también nos da puntuaciones para la *ansiedad latente* (cuando el paciente no está consciente de su ansiedad o ésta no ha alcanzado niveles tales que la hagan manifestarse al exterior) y la *evidente* (es el caso en que la ansiedad se ha canalizado, en parte, a través de los síntomas neurovegetativos, o en que el sujeto ha tomado conciencia de su problema). Además de las anotaciones de ansiedad latente y evidente, del cuestionario pueden diferenciarse cinco factores hallados, entre otros, mediante el análisis factorial, como fuentes que engendran la ansiedad. Estos factores son:

- Q_i (—) : Desarrollo del autosen- timiento (muestra al grado en que el individuo se motiva para integrar su conducta de acuerdo con las normas de la sociedad).
- C (—) : Fuerza érgica (la capacidad inmediata de controlar y expresar las tensiones emocionales).
- L : Propensión o tendencia paranoide (representa un índice

de suspicacia, desconfianza e inadaptación social).

O : Tendencia al sentimiento de culpa (índice de la ansiedad que experimenta el sujeto con sentimientos de desmerecimiento y de culpabilidad).

4 : Tensión érgica (producida por la frustración de las necesidades sociales, sexuales o ambas).

La prueba fue aplicada a una población de 156 sujetos que padecían de hipertensión arterial esencial, encuestados a través del Programa de Hipertensión, que funciona en el policlínico "Carlos J. Finlay", y clasificados de acuerdo con los criterios de la OMS. De ellos, 112 pertenecen al sexo femenino, y 44 al masculino.

Edades	Femenino	Masculino	Total
15-24	5	9	14
25-34	12	4	16
35-44	38	12	50
45-54	36	13	49
55 ó más años	21	6	27
Total	112	44	156

RESULTADOS

La ansiedad global promedio alcanzó un nivel de 7,4 stens, considerada como algo superior a los límites del promedio.

La ansiedad latente alcanzó un nivel promedio de 3,4 stens, y la evidente de 4,1.

Las fuentes de ansiedad reflejaron los siguientes comportamientos promedios:

—desarrollo del autosentimiento. Q_3 (—). Una media de 5,4 (dentro del promedio normal)

—fuerza érgica. C (—). Alcanzó un nivel promedio de 6,3 (dentro del promedio normal)

—propensión paranoide. L. Alcanzó una notación media de 7,7, lo cual sitúa este factor sobre los límites superiores de la normalidad

—tendencia al sentimiento de culpa.

O. Dentro de límites normales con 7,0 de promedio

—tensión érgica Q_4 . Alcanzó un nivel promedio de 8,2 para sobrepasar los límites de la población normal, adentrándose en las anotaciones elevadas de ansiedad.

NIVEL DE ANSIEDAD	Latente		Evidente		Global
	os (-)	C(-)	L	O	Q*
Medias:	3,42		4,13		7,40
Medias:	5,44	6,26	7,71	7,03	8,24

La ansiedad, de acuerdo con las notaciones alcanzadas, se distribuyó como sigue:

DISTRIBUCION POR NIVELES DE ANSIEDAD			
Nivel	Stens	No. de sujetos	Total %
Alta	10	11	86 55
	9	33	
	8	42	
Promedio	7	28	69 44
	6	19	
	5	11	
	4	11	
Baja	3	0	1 1
	2	1	
	1	0	
	0	0	
Total		156	156 100

De la población total, 86 sujetos alcanzaron puntuaciones elevadas de ansiedad (8, 9 y 10 stens) constituyendo el 55% de la población.

El resto de la población alcanzó puntuaciones promedio de ansiedad (7, 6, 5 y 4 stens), 69 casos, constituyendo el 44%; y un sujeto, con ansiedad baja menor que 3 stens, completa el 1% restante. En la relación existente entre ansiedad latente y ansiedad evidente, se obtuvo el siguiente resultado:

TIPOS DE ANSIEDAD

Relación	No. de casos	%
AE mayor que AL	90	58
AL mayor que AE	47	30
AE igual que AL	19	12
Total:	156	100

Observamos que 90 sujetos obtuvieron más puntuación en la ansiedad evidente que en la latente, representando el 58% de los casos; 47 obtuvieron igual puntuación en la ansiedad latente y en la evidente (30%) y 19, una puntuación mayor en la ansiedad latente que en la evidente, para un 12% del total de casos.

DISCUSION

Aunque la ansiedad global expresada en stens alcanzó un nivel de 7,4 y ésta es una notación que se puede considerar dentro de la ansiedad normal, es necesario tomar en cuenta la distribución y la dispersión de las notaciones. Obsérvese que 86 sujetos tienen notaciones de 8, 9 y 10 stens, lo que representa el 55% de la población con la cual trabajamos. Esto es un resultado del cual se puede inferir que la ansiedad de la población estudiada es mayor que la normal en más del 50% de los casos. A la distribución de la población normal le correspondería una media de 26,75, con una desviación estándar de 11,16; quiere decir que el 50% de la población debe alcanzar notaciones entre 15,59 y 37,91 de la puntuación bruta total. La media de la puntuación bruta total de la población estudiada es de 41,13; por encima del límite superior promedio. Esta notación tiende a corroborar la idea de que el hipertenso es propenso a ser más ansioso que la población normal. En lo que respecta a los resultados en la ansiedad latente y evidente, se puede apreciar que la media de la ansiedad evidente es algo mayor que la latente, e incluso en la frecuencia nos encontramos que el 58% de los casos obtuvo una ansiedad evidente mayor que la latente.

Esta diferencia pudiera tal vez explicarse por el hecho de que reconociendo que el origen de la enfermedad hipertensiva es neurógeno, la sobreexcitación continuada lleva a una alteración trófica de las células nerviosas en los centros reguladores de la presión, y que éstos a su vez presionarían constantemente las glándulas suprarrenales para la secreción de adrenalina y noradrenalina; llegaría un momento en que se produciría una hiperactividad de éstas, incluso en los hipertensos controlados, cuyos efectos tuvieran, entre otros caminos, que expresarse a través de síntomas neurovegetativos de tal envergadura que el sujeto los haría conscientes, quizás no como producto de la ansiedad, sino como síntoma de la enfermedad hipertensiva.

En lo que se refiere a las fuentes de ansiedad, es destacable el hecho de que la media en una de ellas, tensión érgica Qi, sobrepase claramente los límites de la normalidad, 8,2, y que otra, propensión paranoide L, tenga una notación también elevada sobre el límite normal de 7,7.

Esto en cierta medida corrobora lo expresado por varios autores, *Alexander* López Ibor*,⁷ *Wolff*,⁸ al destacar que en la personalidad del hipertenso se mueven con fuerza las presiones de la necesidad social o sexual, y también la inadecuada adaptación social, y al frustrarse la

satisfacción de estas necesidades se produce el desequilibrio, que origina, entre otras cosas, la reacción de ansiedad o angustia, la cual posteriormente se canaliza somáticamente a través de la elevación de la presión sanguínea.

CONCLUSIONES

1. Hay razones para pensar que la ansiedad es un factor presente en una cantidad apreciable de hipertensos, refiriéndonos, por supuesto, a la ansiedad que sobrepasa los límites necesarios para el alertamiento de la vigilia.
2. En nuestro estudio encontramos que una apreciable cantidad de hipertensos presenta una diferencia entre la ansiedad evidente y la latente, resultando mayor la primera en el 58% de los casos.
3. Fundados en estos resultados, creemos necesario destacar la necesidad de que el personal médico, consciente de la ansiedad presentada con frecuencia en el hipertenso, incluya en el tratamiento no sólo el control de la tensión arterial, sino también el control de la ansiedad a través de la psicoterapia, los psicofármacos ansio- líticos y teniendo en cuenta factores yatrogénicos.

SUMMARY

Morales Pérez, O. *A descriptive analysis of results of the application of the Cattell's auto-analysis to a group of hypertensive subjects.* Rev Cub Med 16: 3, 1977.

The Raymond B. Cattell's auto-analysis was applied to a group of 156 patients with essential arterial hypertension in order to assess their anxiety. All of them belonged to the hypertension program of the "Carlos J. Finlay" Polyclinic, Marianao. Anxiety was present in most hypertensive subjects, and it was over the limits necessary for alerting wakefulness. A difference between evident anxiety and latent anxiety was found since in 58% of cases the former was more evident. The medical personnel should be aware of this factor when they integrally manage hypertensive subjects.

RESUME

Morales Pérez, O. *Analyse descriptif des résultats de l'application de l'autoanalyse de Cattell chez un groupe d'hypertendus.* Rev Cub Med 16: 3, 1977.

On appliqué l'autoanalyse de Raymond B. Cattell pour mesurer l'anxiété d'un groupe de 156 patients qui avaient hypertension artérielle essentielle, appartenant au programme d'hypertension de la polyclinique Carlos J. Finlay" à Marianao. On a trouvé l'anxiété dans une quantité remarquable d'hypertendus qui dépassaient les limites nécessaires pour l'alertement de la veille. Le personnel médical doit en tenir compte quand il s'agit du traitement intégral de l'hypertendu.

iiopajiec riepec, O. OnHcaTejibHHii aHajiH3 pe3yji>TaTOB npHMe- HeHHH aBTO_aHajiH3a no KaTejuiK B rpyne 6OJIBHHX nmerTOHneü.

Rev Cub Med 16 '–3, 1977.

Bbui npuMeHeH aBToaHajiH3 no PañMOH^y **B.** KaTejuiio jura H3Me- peHMH TpeBOKHoro oocTOHHHa b rpyne H3 **156** nanneHTOB, CTpaAaio- mnx nepBHUHoñ **apTepMajiBHOii** rnneTOHHeii n oxBaueHHbix **nporpauMoii** JieueHwa: **runepioHim** b **IToJiiiKJiHHHKe** hm-, **Kapjioca X.** \$MHjiaa, b **Ma- piiaHao. OSHapyKeHo, uto TpeBoacnoe cocTOfiHie HMeeT BecTO** b **6ojii>- mou** KOJinuecTBe y 6ojibhe>ix runepTomieii, KOTopoe npeBBnajibo Heofixo- **jWMHe rparamu jura npe^oTapamenHa SeccoHniibi. OÓHapyáena pa3Hna** Mex^y TpeBOSHtai COCTOHHMeM OUEBKLHHHM H JiaTeHTHbM5 nOCKOJIBKy oueBMAHoe CShjo b 58\$ cjiyaeB. PeKOMEHjiyeTCH MeanniiHCKOMy nep- **conajiy nneTí.** b **BMjiy otot** \$aKTop npn HHTepajitHOM JieueHHH **6ojib-** hiix rnneTOHHeii.

BIBLIOGRAFIA

1. *Jorol, I. S.* "Stress". Las tensiones de la vida moderna y sus graves secuelas. Revista Correo (Unesco) en español. Pág. 4-9, 32, octubre, 1975.
2. *Estes, IN. K.; Skinner, B. F.* Algunas propiedades cuantitativas de la ansiedad. Pág. 133- 147, en "El estudio experimental de la Conducta", por Ribes, E. y Galindo, E. Edit. Sep- Sctentas, Secretaría de Educación Pública, México, DF, 1974.
3. *Sarason, I. G.; Spielberger, Ch. D.* Stress and anxiety. Vol. I, Hemisphere Publishing Corp. Cap. I, 1975.
4. *Alexander, F.* Medicina psicósomática: sus fundamentos y aplicaciones. Ed. Cultural SA, La Habana, Cuba, 1954.
5. *Miásnikov, A.* La enfermedad hipertensiva y la aterosclerosis. Vol. I, La enfermedad hipertensiva. Vol. II, Aterosclerosis. Edit. MIR, Moscú, pág. 73, 79, 88, 92, 125, 1969.
6. *Manual de la escuela de Cattell para la determinación de la ansiedad.* Hospital Psiquiátrico de La Habana, 1974.
7. *López Ibor, J. J.* Angustia vital. Edit. Paz- Montalvo, Barcelona, 1969.
8. *Wolf y Wolff.* Hipertensión arterial. Cap. 10: Factores ambientales que actúan sobre la psique. Pág. 232. Edit. Modesto Usón, Barcelona (Autor: G. W. Pickering).