

Un estudio exploratorio sobre el desarrollo de creencias sobre síntomas como señales de hipertensión arterial

Genoveva Granados Gámez, Jesús Gil Roales-Nieto y José Luis Ybarra Sagarduy*
Universidad de Almería y * Universidad Autónoma de Tamaulipas (México)

Aunque la hipertensión arterial es un trastorno asintomático, muchos pacientes hipertensos están convencidos de experimentar síntomas *indicadores* de los cambios en su tensión arterial (TA), y los consejos y prescripciones médicas pueden verse afectados por estas creencias. Diversos estudios han mostrado que los pacientes hipertensos usan con frecuencia síntomas como indicadores del estado de su tensión arterial y modifican su tratamiento en base a los mismos. El presente estudio tiene como objetivo explorar variables relacionadas con la formación de creencias en forma de síntomas en una muestra de 171 pacientes hipertensos. Los resultados indicaron que el 81,3% de los pacientes informaron reconocer cuándo su TA está elevada en base a los síntomas que perciben. Como variables relacionadas con el desarrollo y mantenimiento de estas creencias los resultados mostraron, principalmente, la experiencia con síntomas durante el proceso del diagnóstico, la ocurrencia de crisis hipertensivas y la información recibida de otros sobre la relación síntomas-TA. Se discute la importancia de controlar la formación de falsas creencias en pacientes hipertensos prestando atención a las variables relacionadas con su formación.

An exploratory study on the development of beliefs about symptoms as signals of arterial hypertension. In spite of hypertension is known as an asymptomatic health problem, most of the people with such a diagnosis are convinced of experiencing very specific symptoms associated to specific changes in blood pressure (BP). In addition, such beliefs may affect treatment adherence. Previous studies have shown that hypertensive patients use the information they considered right about BP symptoms to regulate the type of decisions they follow in adhering to treatment. The aim of this study is to explore specific variables related with the formation of beliefs about symptoms in a sample of 171 hypertensive patients. Results show that 81,3% of the patients perceived specific symptoms related to changes in hypertension as well as that variables related with the development of these beliefs were mostly: (1) the presence of symptoms during the diagnosis process, (2) the occurrence of hypertensive crisis, and (3) the information provided by others concerning the relationships between symptoms and BP changes. The importance of paying attention to the beliefs of specific symptoms as well as to the circumstances related with the formation process of such beliefs is discussed.

La hipertensión arterial constituye un problema de salud de primer orden por su enorme impacto tanto personal como económico, y es uno de los trastornos crónicos vinculados a numerosos factores de riesgo en los que el comportamiento juega un papel principal (Gil Roales-Nieto, Moreno San Pedro, Gil Luciano y Blanco, 2004). Por ello, su estudio desde la perspectiva de la psicología de la salud ha tenido en cuenta el importante papel que juegan las variables psicológicas en la mayoría de los aspectos relacionados con la enfermedad (por ejemplo, Amigo, Fernández, González y Herrera, 2002).

La exploración de la existencia de «síntomas» asociados a la tensión arterial (TA) viene despertando el interés de los investiga-

dores desde los años setenta, con varios estudios que han intentado comprobar si los cambios en la TA producen síntomas detectables y si los hipertensos disponen de señales que les permitan «detectar» de forma fiable si su tensión arterial está elevada. La asociación de síntomas y TA y la capacidad de estimación de la TA a través de los síntomas y sensaciones corporales ha sido explorada por varios estudios que muestran resultados contradictorios (por ejemplo, Baumann y Leventhal, 1985; Pennebaker, Gonder Frederick, Stewart, Elfman y Akelton, 1982; Pennebaker y Watson, 1988; Robinson, 1969; Stewart y Olbrisch, 1986; Tibblin, Bengtsson, Furunes y Lapidus, 1990; Woods, Elías, Schultz y Pentz, 1978; una revisión de estas líneas de investigación se encuentra en Granados Gámez y Gil Roales-Nieto, 2005).

La presencia de creencias en forma de síntomas asociados a la TA en pacientes hipertensos y su empleo como indicadores de la TA y reguladores de la toma de medicación fue informada inicialmente por Leventhal, Meyer y Nerendz (1980), Baumann y Leventhal (1985), y Meyer, Leventhal y Gutmann (1985), y confirmada por los estudios de Higgins (1995), Brondolo, Raymond,

Rosen, John y Kostis (1999), y de Wilson, Freeman, Kazda, Andrews, Berry et al. (2002), encontrándose que una amplia mayoría de pacientes hipertensos manifiestan *percibir «síntomas»* que les «señalan» el nivel de su TA, y que *utilizan como guías* para la toma de su medicación, a pesar de haber sido instruidos por el personal sanitario acerca de la naturaleza asintomática de su enfermedad. Estos hallazgos han mantenido el interés investigador por el proceso de formación de *creencias en forma de falsos síntomas que se asocian a estimaciones de la TA*, no sólo por el interés intrínseco del fenómeno (por ejemplo, la formación de las creencias en salud y su función en la conducta de salud y enfermedad), sino por las aplicaciones que pueden desprenderse de su estudio, dada las importantes dimensiones psicológicas presentes en el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA).

Pocos estudios han explorado el proceso de formación y consolidación de estas creencias en hipertensos. Sólo Baumman y Leventhal (1985), y Meyer, Leventhal y Gutmann (1985), informaron que numerosos pacientes ya informaban de síntomas al *iniciar el tratamiento* y que las creencias parecen *consolidarse con la experiencia* como enfermos, aunque estos resultados no han sido convenientemente replicados.

Todo esto contrasta con la información clínica disponible que señala la hipertensión como un síndrome latente; esto es, que no presenta síntomas consistentes o fácilmente reconocibles (por ejemplo, Brondolo et al., 1999; Hasford, 1992; Kaplan y Lieberman, 1999), hasta el punto de haber sido calificado por Galton (1973) como el «asesino silencioso» (*the silent killer*), expresión que ha hecho época y ha pasado a formar parte del *argot* de los profesionales de la salud.

Los estudios que han explorado la tipología de síntomas que los pacientes asocian a la HTA han encontrado síntomas tales como cefaleas al despertar, sensación de cansancio, visión borrosa, palpitaciones, nicturia, inestabilidad, mareos, nerviosismo, sequedad de boca, sentirse deprimido, problemas sexuales y deterioro cognitivo, tanto en pacientes en tratamiento con antihipertensivos como en pacientes no tratados (por ejemplo, Cirillo, Stellato, Lombardi, De Santo y Covelli, 1999; Di Tullio, Alli, Avanzini, Bettelli, Colombo, Devoto, Marchioli, Mariotti et al., 1988; Fuchs, Moraes, Bredemeier y Cardozo, 1994; Kjellgren, Ahlner, Dahlof, Gill, Hedner y Saljo, 1998; Morgan y Watkins, 1988; Péres, Magna y Viana, 2003; Siegrist, Matschinger y Motz, 1987).

Su función de falsos síntomas ha quedado contrastada por numerosos estudios que han comprobado la falta de relación entre la presencia (informe) de síntomas y la TA elevada (por ejemplo, Bauman y Leventhal, 1985; Di Tullio et al., 1988; Ghione, 1996; Guasti et al., 1999; Gus, Fuchs, Pimentel, Rosa, Melo y Moreira, 2001; Hagen, Stovner, Vatten, Holmen y Zwart et al., 2002; Kottke, Tuomi-lehto, Puska y Salome, 1979; Kruszewski, Bieniaszewski y Krupa-Wojciechowska, 2000; Rasmussen y Olesen, 1992). De hecho, para el caso del más común de los síntomas informados, la cefalea (Friedman, 2002), existe consenso científico dentro de la Sociedad Internacional de Cefalea (HCCIH, 1988) que establece la ausencia de relación entre cefalea e hipertensión arterial crónica de grado medio o moderado (la presente en la gran mayoría de los pacientes).

Estos datos aconsejan tomar el análisis sobre la presencia de informes de síntomas indicadores de TA elevada en pacientes hipertensos, más como *conducta de enfermedad* que desde un punto de vista estrictamente médico (Granados y Gil Roales-Nieto, 2005; Haynes et al., 1978; Kaplan y Lieberman, 1999). Afrontado así, resulta de interés conocer el proceso de formación de estas creen-

cias con el máximo detalle posible, a fin de prevenir su desarrollo o mitigar sus efectos sobre la adherencia al tratamiento. A excepción de los estudios antes señalados, no existen datos sobre las variables que puedan estar relacionadas con su formación y mantenimiento. El presente estudio tiene como objetivo explorar, en una población de pacientes adultos con HTA esencial, la presencia de creencias en falsos síntomas y sus posibles fuentes de formación y desarrollo, en un intento por ampliar el conocimiento disponible sobre las variables relacionadas con la génesis de este tipo de comportamiento.

Método

Participantes

Participaron en el estudio 171 pacientes diagnosticados de HTA esencial, 114 mujeres (66,6%) y 57 hombres (33,4%), con una edad media de 53,27 años (DT= 10,65) y rango de edad entre los 20 y los 65 años. La edad media de las mujeres era de 53,53 años (DT= 9,97) y la de los hombres de 52,67 años (DT= 11,92), y los rangos de edad 24-65 años y 20-65, respectivamente. Las características principales de la muestra, así como su distribución en función del tiempo transcurrido desde el diagnóstico, se recogen en la tabla 1. Los participantes cumplían los dos criterios para su inclusión: no ser mayores de 65 años de edad ni menores de 18 y no padecer ningún otro trastorno grave que pudiera suponer la presencia de síntomas claros y frecuentes. Todos los pacientes fueron contactados en centros de atención primaria ubicados en la ciudad de Almería (España).

Diseño e instrumentos

Se trata de un estudio epidemiológico de carácter descriptivo transversal que explora la presencia o ausencia de creencias sobre falsos síntomas de TA elevada así como la información sobre su formación y desarrollo en una muestra de pacientes hipertensos. La recogida de datos se llevó a cabo con cada paciente en un formato de entrevista estructurada realizada en base al *Cuestionario de Creencias sobre Hipertensión Arterial* (CCH-01), específicamente desarrollado por los autores para este estudio. Se elaboró a partir de la estructura de preguntas utilizada por Meyer et al. (1985), añadiendo los ítems necesarios para completar la más amplia búsqueda de datos objetivo del presente estudio. El *informe de síntomas* se definió como la identificación por el paciente de sín-

Tabla 1
Características de la muestra (N= 171)

Hombres		33,4%
Mujeres		66,6%
Media de edad y DT muestra		53,27 años (DT 10,65)
Rango de edad muestra		20-65 años
Media edad y DT grupo mujeres		53,53 años (DT 9,97)
Rango de edad grupo mujeres		24-65 años
Media de edad y DT grupo hombres		52,67 años (DT 11,92)
Rango de edad grupo hombres		20-65 años
Tiempo desde el diagnóstico	– hasta 6 meses:	25 (14,6%)
	– de 6 meses a 1 año	35 (20,4%)
	– de 1 a 2 años	37 (21,6%)
	– de 2 a 5 años	38 (22,2%)
	– más de 5 años	36 (21,1%)

tomas que cree relacionados con la elevación de su TA y que reconoce como indicadores de la misma. El cuestionario está compuesto por 40 preguntas orientadas a obtener información sobre el tipo de creencias de los pacientes acerca de las causas de los cambios en su TA, las experiencias con, e instrucción o modelado de, posibles señales relacionadas con dichos cambios, las posibles fuentes de información sobre este aspecto, así como la presencia actual de creencias en falsos síntomas.

Procedimiento

El estudio se llevó a cabo mediante un procedimiento aplicado de acuerdo a las siguientes fases:

Fase de categorización. Varias preguntas del CCH-01 permitían clasificar a los participantes en dos categorías: la categoría I, formada por aquellos que informaban ser capaces de conocer por sus propios medios y sin necesidad de medición cuándo su TA estaba elevada en base a la presencia de ciertos síntomas; y categoría II, formada por aquellos pacientes que negaban poder conocer el estado de su TA sin llevar a cabo una medición de la misma. Los pacientes incluidos en la segunda categoría completaron la entrevista respondiendo sólo a las preguntas relacionadas con hábitos de salud en general, siendo citados para una próxima entrevista como parte de un estudio más general cuyos datos no se recogen aquí. Los pacientes incluidos en la primera categoría continuaron respondiendo a las preguntas específicas sobre sintomatología y TA correspondientes a la siguiente fase del estudio.

Fase de exploración de síntomas. En ella sólo participaron los pacientes que fueron incluidos en la primera categoría; esto es, aquellos que informaron saber cuándo su TA estaba elevada. Los pacientes completaron la entrevista respondiendo a las preguntas del cuestionario que recogían información sobre las experiencias relacionadas con el diagnóstico de la enfermedad, su desarrollo y eventos significativos, el tipo de síntomas indicadores de la TA, las posibles fuentes de información sobre la relación síntomas-TA, etcétera.

Los pacientes fueron entrevistados durante sus visitas habituales de control de acuerdo al Subprograma de Hipertensión del Adulto vigente en el Centro de Salud de referencia, con la excepción de los pacientes debutantes o de diagnóstico sobrevenido que fueron entrevistados según eran derivados de la consulta médica, siguiendo el protocolo de detección de HTA.

Resultados

En primer lugar, a modo descriptivo, se presentan en forma resumida los resultados obtenidos sobre la presencia/ausencia de creencias sobre falsos síntomas en los sujetos, así como el tipo de síntomas que los sujetos informan percibir con mayor frecuencia (el informe completo de este aspecto puede verse en Granados, Gil Roales-Nieto e Ybarra, 2006). En segundo lugar, se presentan los resultados encontrados sobre las variables relacionadas con las creencias en síntomas que se han explorado como posibles fuentes de formación y desarrollo, y que han sido el principal objetivo del estudio.

Los resultados sobre informe de síntomas se incluyen en la tabla 2, e indican que, de los 171 pacientes de la muestra, sólo 32 (18,7%) fueron incluidos en la segunda categoría al negar que fueran capaces de conocer el estado de su TA sin llevar a cabo una medición, lo que se interpreta como ausencia de síntomas asociados a la TA que se empleen como señales para estimar el valor de

la misma. Los 139 pacientes restantes (81,3%) fueron incluidos en la categoría I al informar que creían poder saber cuándo su TA se encontraba alta sin necesidad de llevar a cabo una medición, en base a la presencia de síntomas que utilizaban como indicadores.

La tabla 2 incluye también los resultados sobre el tipo de síntomas informados por los pacientes incluidos en la categoría I como indicadores de TA elevada. Destaca el *dolor de cabeza* (cefalea) con el 60,9% de los sujetos mencionándolo como síntoma asociado a la TA elevada, y le siguen en importancia los informes de síntomas en forma de «mareos» (36,2% de los sujetos), «nerviosismo-inquietud» (36,2%), sensación de «sofoco» o rubefacción (8%), y «palpitaciones» o «taquicardia» informados por el 6,5% de los pacientes. El resto de los síntomas recogidos en la tabla 2 presentan sólo un máximo de 5 informes (3,6%) en todos los casos. Ha de tenerse en cuenta que todos los síntomas se informaron de manera combinada, esto es, junto a otro u otros síntomas; por lo que todos los pacientes informaron más de un síntoma como indicadores simultáneos de que su TA estaba elevada.

El análisis chi-cuadrado indica que la creencia en saber cuándo la TA está alta en base a síntomas es más probable en pacientes con mayor tiempo desde el diagnóstico ($\chi^2= 10,388$; $p<0,05$), sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en cuanto al género ($\chi^2= 2,704$; $p= 0,1$), o la edad de los pacientes agrupados en tres categorías homogéneas en número (menores de 45 años, entre 46 y 59 años, y mayores de 60 años; $\chi^2= 0,784$; $p= 0,646$).

La búsqueda de información sobre la manera en la que los síntomas se habían convertido en señales de TA elevada se llevó a cabo a dos niveles. En primer lugar, se les preguntó directamente sobre las razones por la que confiaban en sus síntomas como indicadores de TA elevada (véase tabla 3), encontrando que el

Tabla 2
Agrupación de los pacientes por categorías en función de su informe de síntomas asociados a la TA (N= 171) y tipos de síntomas informados como señales de TA elevada por los pacientes con sintomatología (N= 139)

Categorías	N (%)	Tipo de síntomas informados por los pacientes	Informes N (%)
Categoría I: pacientes con síntomas indicadores de HTA	139 (81,3%)	1. Cefaleas	84 (60,9%)
Categoría II: pacientes sin síntomas indicadores de HTA	32 (18,7%)	2. Mareos	50 (36,2%)
		3. Nerviosismo-inquietud	50 (36,2%)
		4. Rubefacción-sofocos	11 (8,0%)
		5. Palpitaciones-taquicardia	9 (6,5%)
		6. Debilidad	5 (3,6%)
		7. Vista nublada	5 (3,6%)
		8. Presión en el pecho	5 (3,6%)
		9. Náuseas-vómitos	5 (3,6%)

Tabla 3
Razones por las que confían en los síntomas como predictores de TA elevada

Razones informadas	% pacientes (N= 139)
Por haber estado presentes en la experiencia diagnóstica	62,6%
Por haber estado presentes en crisis hipertensivas	43,9%
Por haber estado asociados a mediciones de TA elevada	15,8%
Presencia/ausencia asociada a la medicación	5,8%
Desconocen las razones	10,8%

62,6% de los pacientes informaron que se trataba de los mismos síntomas que habían percibido durante la experiencia diagnóstica, el 43,9% señaló que eran los síntomas que habían experimentado en períodos de crisis hipertensivas, el 15,8% indicaron que habían comprobado mediante controles que su tensión era alta estando presentes los síntomas, y para el 5,8% otra razón para confiar en los síntomas era su desaparición al comenzar o reiniciar la toma de la medicación. El 10,8% de los pacientes respondieron que no contaban con razones claras por las que confiaban en sus síntomas.

En segundo lugar, y a fin de poder detectar las experiencias contingenciales o instruidas posiblemente relacionadas con la formación de creencias en forma de síntomas, se analizaron las respuestas de los pacientes a las preguntas sobre experiencias con síntomas en el momento del diagnóstico, sobre historia de síntomas durante las crisis hipertensivas y sobre la información recibida de otros pacientes hipertensos, del personal sanitario u otras personas respecto a la relación síntomas-TA, así como el tipo de síntomas objeto de tales circunstancias.

En la tabla 4 se incluye un resumen de estos resultados que muestran cómo la gran mayoría de los pacientes (86,3%) informan haber tenido experiencias directas con síntomas (en el momento del diagnóstico, por crisis hipertensivas, etc.), y también un porcentaje mayoritario (61,8%) haber recibido información de profesionales de la salud, de familiares, de conocidos o de otros pacientes hipertensos sobre la capacidad predictiva de los síntomas. Cabe señalar, al respecto, que para la mayoría de los pacientes que recibieron información (73 de los 86 pacientes de este subgrupo, lo que representa el 84,8% de ellos) informa haberla recibido de otros hipertensos y, por lo general, en el sentido de relacionar la HTA con más de un síntoma, y que sólo el 9,9% de los pacientes recibieron información de otros hipertensos de que ni percibían síntomas ni eran capaces de saber cuándo su TA estaba alta. Resulta altamente destacable que sólo 8 pacientes (5,7%) informe no haber tenido experiencia alguna con síntomas ni directa ni informada. Dolor de cabeza, mareo y «nerviosismo-inquietud» son los síntomas más frecuentemente informados tanto como experiencias directas como informadas.

Por último, en este nivel de análisis se verificó la posible correspondencia entre los síntomas que se indicaron como experiencias directas y/o informadas, y los síntomas que el paciente actualmente informa como señales de TA elevada. Los resultados indican una altísima correspondencia. En concreto, la correspondencia entre síntomas percibidos en el momento del diagnóstico y, al menos, uno de los síntomas informados en la actualidad se produce en 112 pacientes con experiencias directas (93,3% de este subgrupo), siendo algo menor, pero en cualquier caso también muy elevada, la correspondencia para el caso de las experiencias informadas, ya que se produjo en 80 de los 86 pacientes (80,8%) que indicaron haber recibido información sobre síntomas de otras personas.

Tipo de experiencia	Pacientes que informan N (%)
Experiencias directas con síntomas (diagnóstico, crisis...)	120 (86,3%)
Información recibida de otros	86 (61,8%)
Ni experiencia directa ni información	8 (5,7%)

Discusión y conclusiones

Los resultados sobre creencias en falsos síntomas en pacientes hipertensos son consistentes con los datos informados en estudios precedentes y amplían el conocimiento sobre este fenómeno gracias al estudio exploratorio sobre las variables relacionadas con su formación y desarrollo. Los resultados en cuanto a la realidad y dimensiones del fenómeno son similares a los informados previamente (por ejemplo, Bauman y Leventhal, 1985; Castillon et al., 1997; Meyer et al., 1985; Higgins, 1995).

Igualmente, los resultados de este estudio confirman los obtenidos en estudios previos en cuanto al tipo de síntomas asociados por los pacientes a la TA, con una diferencia notoria entre los tres síntomas más frecuentemente informados (cefaleas, mareos y nerviosismo-inquietud) respecto al resto de síntomas, en ningún caso informados por un porcentaje de pacientes que supere el 10%.

Los resultados del estudio confirman también el carácter polisintomático de la gran mayoría de pacientes de esta muestra, en la línea de los hallazgos previos. A su vez, que los análisis estadísticos indiquen una relación entre informe de síntomas y tiempo transcurrido desde el diagnóstico (en el sentido de a mayor tiempo mayor probabilidad de informar síntomas) confirma la idea sugerida por otros autores de que las creencias en falsos síntomas parecen consolidarse conforme se gana «experiencia» como enfermo, aunque esto debe ser analizado con mayor detalle mediante un estudio longitudinal que ofrezca datos del momento desde el diagnóstico en que los síntomas emergen en la mayoría de los pacientes, un dato de gran utilidad para el cuidado protocolario de la enfermedad.

Una de las novedades de este estudio es su aporte de información sobre las variables que pueden estar relacionadas con la emergencia y consolidación de las creencias en falsos síntomas asociados a la HTA. En este sentido, este estudio ha explorado dos grupos de variables que parecen implicadas, *a priori*, en el proceso de formación de las creencias sobre la salud, como son las experiencias habidas con síntomas en el momento del diagnóstico de la enfermedad y la ocurrencia de crisis hipertensivas (que pueden producir sintomatología), y la información que los pacientes pueden recibir de otras personas sobre la relación de ciertos síntomas con la HTA, en especial de otros pacientes. La presencia contingente de síntomas y TA elevada (algo que puede ocurrir en el momento del diagnóstico, así como durante las crisis hipertensivas) puede representar la ocasión para que el paciente «atribuya» causalidad a la presencia concurrente y vincule la presencia de los síntomas al hecho de que su TA esté elevada. Por otro lado, es obvio tener en cuenta que numerosos pacientes pueden verse influenciados por la información que reciben de otras personas, especialmente pacientes veteranos, sobre la relación entre ciertos síntomas y la HTA.

Los resultados indican que estos fenómenos son muy frecuentes en los pacientes hipertensos, ya que la práctica totalidad de ellos (86,3% de los pacientes clasificados en la categoría I) informaron haber tenido experiencias directas con síntomas en momentos en que su TA era elevada (diagnóstico de la enfermedad y/o crisis hipertensivas) y, de ellos, una amplia mayoría (62,6%) informó que los síntomas que empleaban como indicadores de TA elevada eran los mismos que experimentaron en el momento del diagnóstico. También resulta mayoritario (61,8%) el número de pacientes que habían recibido información de otras personas sobre la relación entre síntomas y HTA, destacando como principal fuente de información la proveniente de otros pacientes hipertensos.

El efecto de estas experiencias directas y/o regladas sobre la génesis de las creencias en síntomas indicadores de la TA ha de ser explorada con mayor detalle y profundidad en futuros estudios, pero el hecho de que se haya encontrado una altísima correspondencia entre el tipo de síntomas conocidos a través de otros y/o experimentados directamente en momentos de TA elevada (sin relación de causalidad) y los síntomas que se han consolidado como creencias es ya de por sí un importante hallazgo que debería ser tenido en cuenta para el diseño de interacciones profesionales que contemplen la detección de estos fenómenos y la puesta en marcha de intervenciones correctoras de dichas creencias.

Quedan por explorar, no obstante, otras posibles fuentes de formación de creencias en falsos síntomas que deben ser abordadas por futuros estudios, cual puede ser el caso de la propia «confir-

mación» del valor predictivo de los síntomas mediante mediciones de la TA contingentes a su presencia, el papel de los efectos secundarios de la medicación, o ciertas características personales que puedan implicar una mayor sensibilidad a las señales corporales. La prevalencia del fenómeno y su importancia de cara al tratamiento de la hipertensión justificarían futuros estudios que abundaran en la búsqueda de nuevos datos en este campo de la psicología de la salud.

Agradecimientos

Este estudio fue financiado por el proyecto I+D (Referencia BSO2002-0022) del Plan Nacional de Investigación Científica del Ministerio de Ciencia y Tecnología.

Referencias

- Amigo, I., Fernández, A., González, A., y Herrera, J. (2002). Relajación muscular y monitorización ambulatoria de la presión arterial en la hipertensión. *Psicothema*, 14, 47-52.
- Baumman L.J., y Leventhal, H. (1985). I can tell when my blood pressure is up, can't? *Health Psychology*, 7, 309-328.
- Brondolo, E., Raymond, C., Rosen, P., John, B., y Kostis, M. (1999). Relationship of physical and mood to perceived and actual blood pressure in hypertensive men: A repeated-measures design. *Psychosomatic Medicine*, 61, 311-318.
- Cantillon, P., Morgan, M., Simpson, J., Bartholome, J., y Shaw, A. (1997). Patients perceptions of changes in their blood pressure. *Journal of Human Hypertension*, 11, 221-225.
- Cirillo, M., Stellato, D., Lombardi, C., De Santo, N.G., y Covelli, V. (1999). Headache and cardiovascular risk factors: Positive association which hypertension. *Headache*, 39, 409-416.
- Di Tullio, M., Alli, C., Avanzini, F., Bettelli, G., Colombo, F., Devoto, M.A., Marchioli, R., Mariotti, G., Radice, M., Taioli, E., et al. (1988). Prevalence of symptoms generally attributed to hypertension or its treatment: Study on blood pressure in elderly outpatients (SPAA). *Journal of Hypertension*, 6 (Suppl.), S87-S90.
- Friedman, D. (2002). Headache and hypertension: Refusing the myth. *Journal of Nephrology Neurosurgery and Psychiatry*, 72, 431-431.
- Fuchs, F.D., Moreira, L.B., Moraes, R.S., Bredemeier, M., y Cardozo, S.C. (1994). Prevalence of systemic arterial hypertension and associated risk factors in the Porto Alegre metropolitan area. Populational-based study. *Arq. Brasileira Cardiologia*, 63, 473-479.
- Galton, L. (1973). *The silent disease: Hypertension*. New York: Crown.
- Ghione, S. (1996). Hypertension-associated hypalgia. Evidence in experimental animals and humans, pathophysiological mechanisms and potential clinical consequences. *Journal Hypertension*, 28, 494-504.
- Gil Roales-Nieto, J., Moreno San Pedro, E., Gil Luciano, A., y Blanco Coronado, J.L. (2004). Efectos del consumo de café para la salud cardiovascular, la diabetes y el desarrollo del cáncer. *Psicothema*, 16, 531-547.
- Granados, G. y Gil Roales-Nieto, J. (2005). Formación de creencias sobre falsos síntomas en pacientes con hipertensión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, 165-206.
- Granados, G., Gil Roales-Nieto, J. e Ybarra Sagarduy, J.L. (2006). *A longitudinal study on the formation of beliefs about false symptoms in hypertensive patients*. Artículo en revisión.
- Guasti, L., Grimoldi, P., Diolisi, M.R., Petrozzino, M.R., Gaudio, G., Grandi, A.M., Rossi, M.G. y Venco, A. (1999). Treatment with enalapril modifies the pain perception pattern in hypertensive patients. *Journal Hypertension*, 31, 1146-1150.
- Gus, M., Fuchs, F.D., Pimentel, M.D., Rosa, M.D., Melo, A.G., y Moreira, L.B. (2001). Behavior of ambulatory blood pressure surrounding. Episodes of headache in mildly hypertensive patients. *Archives of Internal Medicine*, 161, 252-255.
- Hagen, K., Stovner, L.J., Vatten, L., Holmen, J., Zwart, J.A., y Bovim, G.J. (2002). Blood pressure and risk of headache: a prospective study of 22685 adults in Norway. *Neurol Neurosurg Psychiatry*, 72, 463-466.
- Hasford, J. (1992). Compliance and the benefit/risk relationship of antihypertensive treatment. *Journal of Pharmacology*, 20 Supplement, S30-S34.
- Haynes, R., Sachett, D.L., Taylor, D.W., Gibson, E.S., y Johnson, A. (1978). Increased absenteeism from work after detection and labelling of hypertension. *New England Journal of Medicine*, 299, 741-744.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (1988). Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia*, 7, 1-96.
- Higgins, L.J. (1995). *The associations of personal body awareness, symptom perception and time line anticipation with adherence behavior of adults with primary hypertension*. E The University of Kentucky Lexington, Kentucky.
- Kaplan, N.M., y Lieberman, E. (1999). *Hipertensión clínica*. Barcelona: Walverly Hispánica, SA.
- Kjellgren, K.I., Ahlner, J., Dahlof, B., Gill, H., Hedner, T., y Saljo, R. (1998). Perceived symptoms amongst hypertensive patients in routine clinical practice - a population based study. *Journal of Internal Medicine*, 244, 325-332.
- Kottke, T., Tuomilehto, J., Puska, P., y Salome, J.T. (1979). The relationship of symptoms and blood pressure in a population sample. *International Journal of Epidemiology*, 8, 355-359.
- Kruszewski, P., Bieniaszewski, J.N., y Krupa-Wojciechowska, B. (2000). Headache in patients with mild to moderate hypertension is generally not associated with simultaneous blood pressure elevation. *Journal Hypertension*, 18, 437-444.
- Leventhal, H., Meyer, D., y Nerenz, D. (1980). The common-sense representation of illness danger. En S. Rachman: *Contributions to Medical psychology*, vol. 2 (pp. 7-30). New York: Pergamon Press.
- Meyer, D., Leventhal, H., y Gutmann, M. (1985). Common-sense models of illness: The example of hypertension. *Health Psychology*, 4, 115-135.
- Morgan, M., y Watkins, C.J. (1988). Managing hypertension: beliefs and responses to medication among cultural groups. *Sociology of Health & Illness*, 10, 561-578.
- Pennebaker, J.W., Gonder Frederick, L., Stewart, H., Elfman, L., y Akelton, J. (1982). Physical symptoms associated with blood pressure. *Psychophysiology*, 19, 201-210.
- Pennebaker, J.W., y Watson, D. (1988). Blood pressure estigation and beliefs among normotensives and hypertensives. *Health Psychology*, 7(4), 309-328.
- Péres, D.S., Magna, J.M., y Viana, L.A. (2003). Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Revista de Saúde Pública*, 37, 635-642.
- Rasmussen, B.K., y Olesen, J. (1992). Symptomatic and nonsymptomatic headaches in a general population. *Neurology*, 42, 1225-1231.

- Robinson, J.O. (1969). Symptoms and the discovery of high blood pressure. *Journal of Psychosomatic Research*, 13, 157-161.
- Siegrist, G., Matschinger, H., y Motz, W. (1987). Untreated hypertensive and their quality of life. *Journal of Hypertension*, 1, S15-20.
- Stewart, H.L., y Olbrisch, M.E. (1986). Symptom correlates of blood pressure: A replication and reanalysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 9, 271-289.
- Tibblin, G., Bengtsson, C., Furunes, B., y Lapidus, L. (1990). Symptoms by age and sex. The population studies of men and women in Gothenburg, Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 8, 9-17.
- Wilson, R.P., Freeman, A., Kazda, M.J., Thomas, C., Andrews, T.C., Berry, L., Vaeth, P.A., Victor, R.G. (2002). Lay beliefs about high blood pressure in a low- to middle-income urban african-american community: An opportunity for improving hypertension control. *American Journal of Medicine*, 112, 26 -30.
- Woods, W.G., Elías, M.F., Schultz, N.R., y Pentz, C.A. (1978). Symptoms reported on the Cornell Medical Index In relationship to hypertension and ages. *Exploratory Aging Research*, 4, 21-431.