

Salud cardiovascular en la mujer: el papel de la ira y su expresión

Ana M. Pérez-García, Pilar Sanjuán, Beatriz Rueda y M. Ángeles Ruiz
Universidad Nacional de Educación a Distancia

Se analizaron las relaciones entre expresión de la ira (interiorizada, exteriorizada y controlada) y salud cardiovascular (malestar emocional, informe de síntomas cardiovasculares y conductas de prevención) en 327 mujeres (rango 17-60 años). Un año después, se registraron en la muestra los mismos criterios (N= 218), así como la presión sanguínea (PS) obtenida en revisiones médicas (N= 90). Se formaron cuatro grupos en función de las puntuaciones en ira interiorizada (ira-in) y en control de la ira, desde el más desadaptativo en su expresión de la ira (alta ira-in y bajo control) hasta el más adaptativo (baja ira-in y alto control). Los resultados mostraron que el grupo con una ira más desadaptativa presentaba peor salud cardiovascular que el resto de grupos, en ambos momentos temporales. Asimismo, la presencia de mujeres con niveles patológicos de PS fue mayor en los grupos altos en ira-in. Los datos apoyan el papel de la represión de la ira y la falta de su adecuada canalización o control, en la salud cardiovascular de la mujer desde un diseño prospectivo. Se concluye que una correcta regulación de los sentimientos de ira y la práctica de conductas preventivas pueden proteger a la mujer frente a la presencia de problemas cardiovasculares.

Cardiovascular health in women: The role of anger and its expression. The relationships between anger expression (in, out, and control) and cardiovascular health (emotional distress, cardiovascular symptoms reported, and preventive health behaviors) were analyzed in 327 women (range 17-60 years). The same criteria (N= 218), as well as blood pressure (BP) registered in medical checkups (N= 90) were recorded one year later. Four groups according to anger-in and anger-control scores, going from the most hostile (high anger-in and low anger-control) to the least hostile (low anger-in and high anger-control) were considered. The results indicated that the most hostile group, with the least adaptive anger expression, presented worst cardiovascular health than the other three groups, at both temporal moments. Furthermore, the presence of women with pathological BP levels was higher in the groups of high anger-in. These data ratify the role of anger expression, especially its repression (anger-in) and the lack of adequate canalization or control in women's cardiovascular health from a prospective design. Appropriate management of anger feelings and the practice of preventive health behaviors can protect women from cardiovascular problems.

En el año 2004, los datos publicados por la OMS sobre el estado general de la salud mundial mostraron que las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyeron la principal causa de mortalidad, ocasionando el 29% de todos los fallecimientos de ese año. Este porcentaje suponía en varones el 27% y en mujeres el 32% (Infocop Online, 2008). En nuestro país, los datos procedentes del Instituto Nacional de Estadística indican que en 2007, las enfermedades cardiovasculares continuaban siendo la primera causa de muerte, responsabilizándose del 32,2% del total de defunciones.

A la vista de la importancia de datos como éstos, se han realizado numerosos estudios analizando las relaciones entre características psicológicas y el padecimiento de ECV (véase Everson-Rose y Lewis, 2005, para una revisión). Dentro de estas características,

destaca el papel de la hostilidad en el inicio y en la progresión de las ECV (Chida y Steptoe, 2009; Miller, Smith, Turner, Guijarro y Hallet, 1996; Smith, Glazer, Ruiz y Gallo, 2004; Whiteman, 2006), así como en la supervivencia de las personas con estas enfermedades (Boyle et al., 2004).

Al hablar de hostilidad es necesario hacer referencia al complejo AHA (*Anger-Hostility-Aggression*) o Ira-Hostilidad-Agresión (Eckhardt, Norlander y Deffenbacher, 2004). Mientras la ira describe un estado emocional de intensidad variable (desde la irritación o enojo hasta la furia o rabia); la hostilidad se reserva para describir una actitud negativa y persistente hacia los demás (incluye el cinismo y la desconfianza); y la agresión se utiliza para referirse a conductas que implican ataque, daño o destrucción hacia objetos o personas.

En el presente estudio analizamos la ira, pero teniendo en cuenta su expresión, es decir, los estilos característicos de respuesta mientras se experimenta esta emoción, factor importante en el análisis de su relación con las ECV (Dembroski, MacDougall, Williams, Haney y Blumenthal, 1985). Así, se habla de ira-in (ira interna o experiencia de ira) para indicar su supresión o inhibición activa; de ira-out (ira externa o ira expresada), como la tendencia

a responder con agresión física o verbal; y, finalmente, de control de la ira como la tendencia a disminuir con éxito la ocurrencia de sentimientos de ira (Smith, 1994).

La ira-in o interiorizada se ha relacionado con infarto de miocardio, angina de pecho o derrame cerebral (Dembroski et al., 1985; Kawachi, Sparrow, Spiro, Vokonas y Weiss, 1996; Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, 1997); con reactividad de presión sanguínea en estudios de laboratorio (Gerin, Davidson, Christenfeld, Goyal y Schwartz, 2006; Jorgensen y Kolodziej, 2007); con hipertensión (Matthews, Talbot y Kuller, 1986); y con ansiedad, bajo apoyo social y cinismo (Dahlen y Martín, 2005).

Por su parte, la ira-out o exteriorizada también se ha relacionado con las ECV (Siegman, Townsend, Blumenthal, Sorkin y Civelek, 1998) y con reactividad de presión sanguínea (Ramsay, McDermott y Bray, 2001); pero en comparación con la ira-in, hay datos indicativos de cierto carácter protector frente al infarto de miocardio y el derrame cerebral (Eng, Fitzmaurice, Kubzansky, Rimm y Kawachi, 2003); o frente a la reactividad de frecuencia cardíaca en estudios de laboratorio (Larson y Langer, 1997). Incluso, se ha llegado a proponer la exteriorización de la ira como una estrategia de afrontamiento (Matthews et al., 1986).

También es importante el papel del control o capacidad de autorregular la ira, cortocircuitando el paso de la irritación a la rabia, expresión menos estudiada en este contexto. Burg y colaboradores (Burg, Jain, Soufer, Kerns y Zaret, 1993) indican que el bajo control se asociaba con peores registros cardiovasculares en pacientes con ECV. Julkunen y Ahlström (2006) encuentran que el control no es independiente de la ira-out, presentando una significativa y negativa relación con la misma, por lo que en los modelos utilizados en su investigación no introducen los dos factores por problemas de multicolinealidad, eliminando ira-out, aspecto que debe ser considerado en la investigación sobre expresión de la ira.

Los resultados mencionados se han obtenido, generalmente, en muestras de varones, y en muestras de ambos sexos, pero sin diferenciar entre ellos, habiéndose estudiado muy poco a las mujeres, especialmente en edades inferiores a los 65 años. Entre los motivos señalados están que en las mujeres las ECV empiezan más tarde por la protección de las hormonas reproductivas hasta la menopausia; entre los 50 y los 60 años, las tasas de ECV se incrementan notablemente; y, finalmente, a partir de los 65, las tasas son similares en ambos sexos (Orth-Gomér, 1998).

Si bien se tiene la idea de que las enfermedades del corazón son un problema fundamentalmente masculino, cada vez es mayor su presencia en la mujer, entre otras patologías, a través de problemas de insuficiencia cardíaca, con síntomas físicos como dificultad respiratoria y fatiga (véase Liewer, Mains, Lykens y René, 2008, para una revisión) que afectan a su bienestar psicológico y calidad de vida (Plach, 2008). Por otra parte, las mujeres acuden más tarde al médico con sus síntomas, tienden a ser mayores en edad, por lo que padecen también otros problemas que dificultan el diagnóstico, y participan menos en programas de rehabilitación cardiovascular, muchas veces con demasiado énfasis en la práctica de ejercicio físico, menos habitual en las mujeres. Todo ello hace que la enfermedad de corazón en ellas tenga peor pronóstico. De hecho, cuando mujeres con menos de 50 años padecen un ataque de corazón, tienen una tasa de mortalidad doble que los varones de similar edad (Liewer et al., 2008).

Los estudios realizados en mujeres muestran que la ira interiorizada es un factor de riesgo para las ECV (Harburg, Julius, Kaciroti, Gleiberman y Schork, 2003; Matthews, Owens, Kuller,

Sutton-Tyrrell y Jansen-McWilliams, 1998); que las mujeres con ira-in presentan mayor presión sanguínea sistólica en registros ambulatorios (Helmerts, Baker, O'Kelly y Tobe, 2000) y mayor riesgo de hipertensión (Vögele, Jarvis y Cheeseman, 1997). Hay pocos resultados con la ira-out o exteriorizada, mostrando en algunos casos su carácter protector frente a la manifestación de niveles de presión sanguínea más elevados en estudios de laboratorio (Hogan y Linden, 2005); y, cuando se ha asociado con enfermedad de las arterias coronarias, se ha indicado que las mujeres analizadas sabían de la presencia de enfermedad, por lo que la ira mostrada podría ser más una consecuencia que un precedente (Krantz et al., 2006).

En resumen, hay muchos menos estudios analizando las relaciones entre expresión de la ira y ECV en las mujeres que en los varones y, en cualquier caso, parecen tener más relación con la ira interiorizada o suprimida, especialmente en estudios prospectivos y con muestras sanas (Vögele et al., 1997; Whiteman, 2006).

Nos planteamos estudiar, en una muestra de mujeres sanas, las relaciones entre las distintas formas de expresión de la ira con criterios de salud como el malestar emocional, los síntomas cardiovasculares informados, la práctica de conductas preventivas y los niveles de presión sanguínea, comprobando, en primer lugar, si la represión o interiorización pudiera tener en ellas un papel más significativo que las otras formas de expresión de la ira; y si como se ha sugerido, existe una alta correlación negativa entre ira externa y control de la ira que aconseje la consideración de una u otra forma de expresión para evitar problemas de colinealidad. En segundo lugar, contrastar estos aspectos con datos transversales (tiempo 1 o T1) y prospectivos (T1 sobre el tiempo 2 o T2); y, finalmente, explorar si el control de la ira podía actuar como una estrategia de autorregulación de la misma.

Método

Participantes

La muestra inicial estaba formada por 327 mujeres con una edad media de 35,4 años (Dt= 9,96; Rango= 17-60), matriculadas en diversos cursos de la Universidad Nacional de Educación a Distancia. El 63% de las mujeres trabajaba, el 22% eran estudiantes, el 12% eran amas de casa y el 3% restante estaba sin empleo. Un año después continuaron en el estudio 218 mujeres (66,7%) con una edad media de 36,62 (Dt= 10,17; Rango= 17-60).

Instrumentos y procedimiento

La ira se midió con la *Escala de Expresión de la Ira (AX)* (Spielberger et al., 1985), desarrollada para evaluar la expresión y el control de la ira. La respuesta se recoge en escalas de frecuencia de 4 puntos (1= «casi nunca», 4= «casi siempre»). Permite obtener tres puntuaciones: ira-hacia afuera o *ira-out* (tendencia a expresar la ira hacia individuos u objetos a través de una conducta agresiva física o verbal); ira hacia dentro o *ira-in* (tendencia a reprimir los sentimientos de ira y enfado), y *control de la ira* (tendencia a reducir adecuadamente los sentimientos de enfado e irritación). La utilidad de esta escala se ha probado en muestras no clínicas, en pacientes psiquiátricos y en diferentes enfermedades físicas como hipertensión, cardiopatía isquémica o cáncer (para una revisión, Spielberger y Reheiser, 2003). Se han informado fiabilidades entre 0,73 y 0,84 para las distintas subescalas (Eckhardt et al., 2004).

La evaluación de los criterios de salud se hizo a través de las siguientes pruebas. El *malestar emocional* se midió con la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (*Hospital Anxiety and Depression Scale*-HAD; Zigmond y Snaith, 1983). Incluye 14 ítems (7 miden ansiedad y 7 estado de ánimo depresivo) evaluados con escalas de frecuencia de 4 puntos (1-4). Puntuaciones altas indican niveles elevados de malestar emocional. Esta escala se desarrolló para utilizarse en pacientes con enfermedades físicas y en muestras no clínicas con el fin de detectar el nivel de malestar emocional presentado (Herrmann, 1997). Presenta una fiabilidad muy alta, habiéndose informado un coeficiente de ,89, por ejemplo, en pacientes cardiovasculares (Rueda y Pérez-García, 2006). Los *síntomas cardiovasculares* se registraron con una escala de 11 síntomas seleccionados para esta investigación, con preguntas sobre la presencia, en ese momento o período, de arritmia, palpitaciones, taquicardia, sensación de dolor u opresión en el pecho, mareos, dolor de cabeza (en un solo lado al iniciarse el dolor, o asociado a náuseas o vómitos), sudor frío, dificultad para respirar hondo, respiración muy rápida, o percepción del latido cardiaco. Para evaluar las *conductas preventivas* se utilizó un listado de 10 conductas seleccionadas para esta investigación sobre la frecuencia con que la persona, entre otras actividades, practicaba ejercicio físico, llevaba una dieta equilibrada, pasaba revisiones médicas, fumaba o consumía alcohol, dormía un mínimo de 7 horas, o disponía de tiempo para relajarse y hacer actividades de ocio. Los ítems se puntuaron en escalas de 4 puntos, indicando el 1 una baja frecuencia en la práctica del hábito en cuestión, y el 4 una elevada frecuencia. A mayor puntuación, mayor era la práctica de conductas preventivas. Ambas escalas derivan de instrumentos más amplios utilizados en investigaciones previas, con fiabilidades de ,83 y de ,81, respectivamente, en sus versiones ampliadas (Rueda y Pérez-García, 2004). Finalmente, los sujetos informaron de su *presión sanguínea* (PS) sistólica y diastólica obtenida en su última revisión médica registrada en los últimos meses.

Las participantes recibieron la batería de pruebas en mano en el Tiempo 1 (T1), con las escalas de expresión de la ira y de los criterios de salud (malestar emocional, síntomas cardiovasculares y conductas preventivas). Las que indicaron que querían continuar recibieron en su domicilio la segunda batería un año después (Tiempo 2 o T2), conteniendo las pruebas de los criterios de salud anteriores pero referidos a este momento, así como el registro de la presión sanguínea. Una vez cumplimentada la batería, la remitían por correo en un sobre previamente franqueado para su devolución. No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables medidas en T1 entre las mujeres que continuaron (N= 218) y las que no lo hicieron (N= 109).

Análisis de datos

En primer lugar se realizaron pruebas de fiabilidad (alpha de Cronbach) de todas las escalas en T1 y T2, y se contrastó mediante la prueba de t para muestras relacionadas si había diferencias en los criterios de salud medidos en ambos momentos temporales.

Para analizar la expresión de la ira se hicieron, primero, correlaciones de Pearson entre ira-in, ira-out y control de la ira; y análisis de regresión múltiple para estudiar las relaciones entre las formas de expresión de la ira medidas en T1 y los criterios de salud en T1 y T2. A continuación se formaron grupos a partir de los predictores significativos, analizando, mediante ANOVA, las diferencias en los criterios de salud en ambos momentos temporales, estudiando

el posible papel protector del control de la ira en la salud cardiovascular.

Finalmente, para analizar la presión sanguínea, criterio de salud solo registrado en T2, se aplicó chi cuadrado con el fin de estudiar las relaciones entre represión de la ira y frecuencia de niveles normales o patológicos de presión.

Resultados

En la tabla 1 se incluyen los datos descriptivos de todas las variables analizadas, así como los coeficientes de fiabilidad de las escalas. No se encontraron diferencias significativas entre T1 y T2 en los tres criterios de salud compartidos en ambos momentos temporales en las 218 mujeres que cumplimentaron ambos registros.

No se encontró relación entre la ira-in con la ira-out ($r = .09$) o el control ($r = .01$), pero sí había una alta correlación negativa entre la ira-out y el control de la ira ($r = -.56$; $p < .001$). Los análisis de regresión múltiple (tabla 2), tomando como predictores las formas de expresión de la ira medidas en T1, mostraron que los predictores significativos en T1 fueron la ira-in y el control de la ira, de forma que el malestar emocional y el informe de síntomas se asociaban

	Nº ítems	Tiempo 1		Tiempo 2	
		M (Dt)	α	M (Dt)	α
Síntomas cardiovasculares	11	1,16 (1,53)	,64	1,12 (1,59)	,68
Malestar emocional	14	23,66 (6,92)	,90	23,51 (7,08)	,90
Conductas preventivas	10	25,28 (4,22)	,60	25,60 (4,34)	,60
Ira-in	6	13,71 (3,11)	,64		
Ira-out	10	17,97 (4,49)	,79		
Control ira	8	22,05 (4,16)	,74		

	Tiempo 1			Tiempo 2		
	β	F _(3,326)	R ²	β	F _(3,217)	R ²
Síntomas cardiovasculares						
Ira-out	,003			,14		
Ira-in	,24***	12,69***	,11	,25***	10,25***	,13
Control ira	-,23***			-,15		
Malestar emocional						
Ira-out	,11			,14		
Ira-in	,36***	28,38***	,21	,30***	11,23***	,14
Control ira	-,20***			-,09		
Conductas preventivas						
Ira-out	-,04			-,13		
Ira-in	-,12*	10,37***	,09	-,17**	10,37***	,09
Control ira	,25***			,14		

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

positivamente con mayor ira-in y con menor control de la ira; y la práctica de conductas preventivas, con menor represión de la ira y mayor control de la misma. El porcentaje de varianza explicada estaba entre el 9% para las conductas preventivas y el 21% para el malestar. En T2 el único predictor significativo fue en los tres criterios la ira-in, en la misma dirección que en T1, y con valores explicativos algo más bajos para el malestar (14%).

Se formaron 4 grupos tomando el valor de la mediana en las puntuaciones obtenidas en los dos predictores significativos, ira-in (II= 14) y control de la ira (CI= 22). Desde una expresión menos saludable de la ira, hasta la más saludable, los grupos serían: (1) alta II y bajo CI (n= 93); (2) alta II y alto CI (n= 66); (3) baja II y bajo CI (n= 92); y (4) baja II y alto CI (n= 76), comprobándose que los grupos no se diferenciaban en la variable que compartían en su formación. En T2 estos grupos quedaron formados por 66 mujeres en el 1, 44 en el 2, 59 en el 3 y 49 en el 4.

En la tabla 3 se recogen los análisis de varianza de un factor (expresión de la ira) para los criterios de salud registrados en ambos momentos temporales, así como las correspondientes pruebas de Scheffé entre los distintos niveles de cada variable. En T1 el grupo con alta ira-in y bajo control de la ira presenta peor salud, informando mayor malestar emocional, más síntomas cardiovasculares y menor práctica de conductas preventivas que los otros tres grupos. En el caso del malestar, también el grupo 2, con alta ira-in, aunque en este caso un alto control, se diferencia del grupo con puntuaciones bajas en ambas variables. El tamaño del efecto de estos resultados es medio o moderado, entre ,28 y ,37.

En T2, los grupos difieren en los tres criterios de salud analizados un año después, aunque con menor significación y un tamaño del efecto algo más bajo (entre ,26 y ,28), mostrando los peores indicadores de salud, de nuevo, el grupo con alta ira-in y bajo control. Las participantes también informaban de su registro de presión sanguínea sistólica (PSS) y diastólica (PSD) obtenido en la última revisión pasada en un chequeo médico personal o de empresa en los últimos meses. De las 218 mujeres, 90 disponían de estos datos, que por su distribución llevó a organizar los 4 grupos

iniciales en dos para tener un N equivalente. El primero incluía los dos grupos altos en ira-in (n= 42) y el segundo los dos bajos en esta variable (n= 48). En relación con la presión sanguínea, consideramos dos categorías: nivel patológico (PSS \geq 140 mmHg o PSD \geq 90 mmHg) y nivel normal (niveles menores de 139/89 mmHg, respectivamente). El porcentaje de mujeres con niveles patológicos de presión sanguínea fue significativamente superior en el grupo con alta ira interiorizada tanto en PSS (Alta ira-in= 23,8%; Baja ira-in= 6,2%; $\chi^2= 5,59$, $p<.02$) como en PSD (Alta ira-in= 31%; Baja ira-in= 12,5%; $\chi^2= 4,58$, $p<.03$). Finalmente, señalar que no se encontraron diferencias en edad entre los grupos con niveles normales y patológicos de presión sanguínea.

Discusión y conclusiones

Los resultados obtenidos destacan el papel de la ira interiorizada o reprimida en la predicción del malestar emocional, los síntomas cardiovasculares informados y la menor práctica de conductas preventivas (Mao, Bardwell, Major y Dimsdale, 2003; Martin y Watson, 1997), estando estas relaciones potenciadas por un menor control, o peor canalización y regulación de los sentimientos de ira. La ira-in también predice niveles de presión sanguínea más patológicos (Gerin et al., 2006; Jorgensen y Kolodziej, 2007; Matthews et al., 1986).

Puede decirse que estos datos ratifican los obtenidos en estudios previos en los que la inhibición de la ira entraña un mayor riesgo de problemas cardiovasculares (Dembski et al., 1985) o de hipertensión (Harburg et al., 2003). El grado en que la ira es experimentada, pero no expresada hacia fuera, se ha asociado además con síntomas depresivos (Mao et al., 2003). De hecho, algunos investigadores han encontrado fuertes correlaciones entre ira-in y neuroticismo (Martin y Watson, 1997) y entre ira-in y ansiedad (Suls y Bunde, 2005), lo que podría sugerir que la ira interiorizada recoge afectividad negativa generalizada, más estable, lo que la hace más predictiva en los criterios tomados de forma prospectiva, como ocurre en nuestros datos en T2.

Tabla 3

Análisis de varianza con los 4 grupos de expresión de la ira basados en las puntuaciones en control de la ira (CI) y en ira-in (II) sobre los criterios de salud en el Tiempo 1 y 2

Criterios salud	Grupos ira	Tiempo 1			Tiempo 2		
		Media (Dt)	F _(3,326)	η	Media (Dt)	F _(3,326)	η
Malestar emocional	1. Bajo CI, Alta II	27,44(7,42) ^{abc}	17,42***	,374	25,79(8,25) ^a	5,24**	,265
	2. Alto CI, Alta II	23,67(7,06) ^{ad}			24,07(6,88)		
	3. Bajo CI, Baja II	22,32(5,94) ^{bd}			22,76(6,49)		
	4. Alto CI, Baja II	20,67(5,07) ^c			20,82(5,09) ^a		
Síntomas cardiov.	1. Bajo CI, Alta II	1,95(1,73) ^{abc}	13,96***	,346	1,80(1,73) ^{abc}	6,55***	,283
	2. Alto CI, Alta II	1,09(1,57) ^a			,93(1,74) ^a		
	3. Bajo CI, Baja II	,83(1,25) ^b			,86(1,35) ^b		
	4. Alto CI, Baja II	,66(1,13) ^c			,67(1,21) ^c		
Conductas prevent.	1. Bajo CI, Alta II	23,44(3,60) ^{abc}	9,36***	,283	23,86(4,14) ^{ab}	6,04***	,283
	2. Alto CI, Alta II	25,50(4,33) ^a			25,75(4,07)		
	3. Bajo CI, Baja II	26,17(4,14) ^b			26,89(4,48) ^a		
	4. Alto CI, Baja II	26,25(4,26) ^c			26,24(4,05) ^b		

Notas: ** $p<.01$; *** $p<.001$; letras iguales indican diferencias significativas entre los niveles de la variable considerada; η = valor de *eta* para calcular el tamaño del efecto

Interiorizar la ira parece más nocivo que expresarla abiertamente, pero su nivel de riesgo puede ser moderado por un adecuado control de su manifestación, a través de intentos activos encaminados a reducir y calmar los sentimientos de irritación. Y, en cualquier caso, podría decirse que una expresión moderada del enfado podría proteger a la persona de padecer enfermedades cardiovasculares a medio plazo (Eng et al., 2003). Aunque no tenemos aún suficientes datos para saber si la ira en las mujeres tiene las mismas consecuencias para la salud cardiovascular que las que tiene en el hombre, sí sabemos que la ira adecuadamente canalizada puede estimular el cambio hacia un entorno más saludable; mientras que la ira mal expresada sería nociva para la salud de la persona (Healy, 1998).

Nuestros datos hacen algunas aportaciones metodológicas de interés como haber utilizado un estudio prospectivo (12 meses), lo que minimiza la varianza común de los predictores debida al uso de autoinformes (Julkunen y Ahlström, 2006), aunque deberían complementarse los datos obtenidos con medidas directas y objetivas. Por otro lado, el hecho de considerar la combinación de ira-in y control de la ira parece tener utilidad a la hora de diferenciar entre distintos subgrupos importantes dentro de un modelo basado en el estudio de la ira; o, finalmente, la muestra no clínica utilizada, cuyos datos permiten apoyar el papel de la ira/hostilidad en el desarrollo de la enfermedad, frente al estudio de su progresión (Smith et al., 2004; Suls y Bunde, 2005).

También procede señalar algunas limitaciones, como es el moderado tamaño del efecto encontrado en los análisis realizados, a pesar de su significación estadística. Ello nos lleva a destacar el carácter multideterminado de la salud y la enfermedad, por lo que la consideración de un único predictor (en este caso la ira y su expresión) necesita ser complementada con la implementación de otros factores (Bermúdez, 1999; van Heck, 1997). Entre éstos, deben incluirse aspectos como las estrategias de afrontamiento o

el apoyo social. Proporcionar redes de apoyo social, fortalecer los lazos sociales y mejorar la competencia social ofrece oportunidades para afrontar adecuadamente el estrés y mejorar la calidad de vida de las mujeres y de toda la sociedad en general (Orth-Gomér, 1998).

Por otra parte, hay que señalar que aunque la ira interiorizada junto con el bajo control se asocian con las puntuaciones más negativas para la salud (mayor malestar, más sintomatología y menos prácticas de conductas saludables), estamos ante niveles que indican que la muestra no es clínica, como se extrae de que el malestar se sitúe por debajo de la media posible (35) o las conductas de prevención en torno a la misma (25). Además, el hecho de registrar las variables mediante autoinformes puede hacer que los datos presenten sesgos de respuesta, hecho particularmente destacado en el caso de la presión sanguínea, por lo que estos resultados deben replicarse con registros objetivos en futuras investigaciones. Por último, habría que señalar las posibles dificultades que entraña el procedimiento utilizado para contestar las pruebas que, aunque suele ser habitual en este tipo de estudios, puede verse afectado por las particulares circunstancias presentes en el momento en que se cumplimentan las mismas.

Finalmente puede señalarse que el hecho de bloquear la expresión de la ira no significa no experimentarla. La persona puede rumiar, tener sentimientos de venganza, y/o de autocompasión. Todo ello parece asociarse con un mayor malestar emocional y padecimiento de síntomas, junto con una presión sistólica más elevada, aumentando el riesgo de padecer ECV en el futuro.

Agradecimientos

Esta investigación fue realizada con financiación del Ministerio de Educación y Ciencia (referencia del proyecto: SEJ2004-03834).

Referencias

- Barefoot, J.C., Dahlstrom, W.G., y Williams, R.B. (1983). Hostility, CHD incidence, and total mortality: A 25-year follow-up study of 255 physicians. *Psychosomatic Medicine*, 45, 59-63.
- Bermúdez, J. (1999). Personality and health-protective behaviour. *European Journal of Personality*, 13, 83-103.
- Boyle, S.H., Williams, R.B., Mark, D.B., Brummett, B.H., Siegler, I.C., Helms, M.J., y Barefoot, J.C. (2004). Hostility as a predictor of survival in patients with coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 66, 629-632.
- Burg, M.M., Jain, D., Soufer, R., Kerns, R.D., y Zaret, B.L. (1993). Role of behavioral and psychological factors in mental stress-induced silent ventricular dysfunction in coronary artery disease. *Journal of American College of Cardiology*, 22, 440-448.
- Chida, Y., y Steptoe, A. (2009). The association of anger and hostility with future coronary heart disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 53, 936-946.
- Dahlen, E.R., y Martin, R.C. (2005). The experience, expression and control of anger in perceived social support. *Personality and Individual Differences*, 39, 391-401.
- Dembroski, T.M., MacDougall, J.M., Williams, R.B., Haney, T.L., y Blumenthal, J.A. (1985). Components of type A, hostility, and anger-in: Relationship to angiographic findings. *Psychosomatic Medicine*, 47, 219-233.
- Eckhardt, C., Norlander, B., y Deffenbacher, J. (2004). The assessment of anger and hostility: A critical review. *Aggressive and Violent Behavior*, 9, 17-43.
- Eng, P.M., Fitzmaurice, G., Kubzansky, L.D., Rimm, E.B., y Kawachi, I. (2003). Anger expression and risk of stroke and coronary heart disease among male health professionals. *Psychosomatic Medicine*, 65, 100-110.
- Everson-Rose, S.A., y Lewis, T.T. (2005). Psychosocial factors and cardiovascular diseases. *Annual Review of Public Health*, 26, 469-500.
- Gerin, W., Davidson, K.W., Christenfeld, N.J., Goyal, T., y Schwartz, J.E. (2006). The role of angry rumination and distraction in blood pressure recovery from emotional arousal. *Psychosomatic Medicine*, 68, 64-72.
- Harburg, E., Julius, M., Kaciroti, N., Gleiberman, L., y Schork, M.A. (2003). Expressive/suppressive anger-coping responses, gender and types of mortality: A 17-year follow-up (Tecumseh, Michigan, 1971-1988). *Psychosomatic Medicine*, 65, 588-597.
- Healy, B.P. (1998). Waiting to explode: How women can manage anger. *Journal of Women's Health*, 7, 393-394.
- Helmerts, K.F., Baker, B., O'Kelly, B., y Tobe, S. (2000). Anger expression, gender and ambulatory blood pressure in mild, unmedicated adults with hypertension. *Annals of Behavioral Medicine*, 22, 60-64.
- Herrmann, C. (1997). International experiences with the hospital anxiety and depression scale: A review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 17-41.
- Hogan, B.E., y Linden, W. (2005). Curvilinear relationships of expressed anger and blood pressure in women but not in men: Evidence from two samples. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 97-102.

- Infocop Online-Revista de Psicología* (2008). La OMS ofrece nuevos datos sobre el estado general de la salud mundial. Fecha publicación: 16/11/2008. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2112&cat=39.
- Instituto Nacional de Estadística (2007). Defunciones según la causa de muerte. <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=t15/p417&file=inebase&L=0>.
- Jorgensen, R.S., y Kolodziej, M.E. (2007). Suppressed anger, evaluative threat and cardiovascular reactivity: A tripartite profile approach. *International Journal of Psychophysiology*, 66, 102-108.
- Julkunen, J., y Ahlström, R. (2006). Hostility, anger and sense of coherence as predictors of health-related quality of life. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 33-39.
- Kawachi, I., Sparrow, D., Spiro, A., Vokonas, P., y Weiss, S.T. (1996). A prospective study of anger and coronary heart disease: The normative Aging Study. *Circulation*, 94, 2090-2095.
- Krantz, D.S., Olson, M.B., Francis, J.L., Fhankao, C., Merz, C.N.B., Sorko, G., Vido, D.A., Shaw, L.J., Sheps, D.S., Pepine, C.J., y Matthews, K.A. (2006). Anger, hostility and cardiac symptoms in women with suspected coronary artery disease: The Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) Study. *Journal of Women's Health*, 15, 1214-1223.
- Larson, M.R., y Langer, A.W. (1997). Defensive hostility and anger expression: Relationship to additional heart rate reactivity during active coping. *Psychophysiology*, 34, 177-184.
- Liewer, L., Mains, D.A., Lykens, K., y René, A.A. (2008). Barriers to women's cardiovascular risk knowledge. *Health Care for Women International*, 29, 23-38.
- Mao, W.C., Bardwell, W.A., Major, J.M., y Dimsdale, J.E. (2003). Coping strategies, hostility and depressive symptoms: A path model. *International Journal of Behavioral Medicine*, 10, 331-342.
- Martin, R., y Watson, D. (1997). Style of anger expression and its relations to daily experience. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 285-294.
- Matthews, K.A., Owens, J.F., Kuller, L.H., Sutton-Tyrrell, K., y Jansen-McWilliams, L. (1998). Are hostility and anxiety associated with carotid atherosclerosis in healthy postmenopausal women? *Psychosomatic Medicine*, 60, 633-638.
- Matthews, K.A., Talbott, E., y Kuller, L.H. (1986). Occupational stress, suppressed anger and hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 48, 249-260.
- 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 Estado-Rasgo-STAXI. *Ansiedad y Estrés*, 3, 5-20.
- Miller, T.Q., 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, 322-348.
- Orth-Gomér, K. (1998). Psychosocial risk factor profile in women with coronary heart disease. En K. Orth-Gomér, M.A. Chesney y N.K. Wenger (Eds.), *Women, stress and heart disease* (pp. 25-38). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Rueda, B., y Pérez-García, A.M. (2006). Gender and social support in the context of cardiovascular disease. *Women & Health*, 43, 59-73.
- Plach, S.K. (2008). Psychological well-being in women with heart failure: Can social roles make a difference? *Health Care for Women International*, 29, 54-75.
- Ramsay, J.M.C., McDermott, M.R., y Bray, C. (2001). Components of the anger-hostility complex and symptom reporting in patients with coronary artery disease: A multi-measure study. *Journal of Health Psychology*, 6, 713-729.
- Siegleman, A.W., Townsend, S.T., Blumenthal, R.S., Sorkin, J.D., y Civelek, A.C. (1998). Dimensions of anger and CHD in men and women: Self-ratings versus spouse ratings. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 315-336.
- Smith, T.W. (1994). Concepts and methods in the study of anger, hostility and health. En W. Siegleman y T.W. Smith (Eds.), *Anger, hostility and the heart* (pp. 23-42). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Smith, T.W., Glazer, K., Ruiz, J.M., y Gallo, L.C. (2004). Hostility, anger, aggressiveness and coronary heart disease: An interpersonal perspective on personality, emotion and health. *Journal of Personality*, 72, 1217-1270.
- Spielberger, C.D., Johnson, E.H., Russell, S.F., Crane, R.S., Jacobs, G., y Worden, T.J. (1985). The experience and expression of anger: Construction and validation of an anger expression scale. En M.A. Chesney y R.H. Rosenman (Eds.), *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders* (pp. 5-30). Washington, DC: Hemisphere.
- Spielberger, C.D., y Reheiser E.C. (2003). Measuring anxiety, anger, depression and curiosity as emotional states and personality traits with the STAI, STAXI and STPI. En M. Hersen, M.J. Hilsenroth y D.L. Segal (Eds.), *Comprehensive handbook of psychological assessment. Personality assessment* (vol. 2, pp. 70-86). Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons.
- Suls, J., y Bunde, J. (2005). Anger, anxiety and depression as risk factors for cardiovascular disease: The problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin*, 131, 260-300.
- Van Heck, G.L. (1997). Personality and physical health: Toward an ecological approach to health-related personality research. *European Journal of Personality*, 11, 415-443.
- Vögele, C., Jarvis, A., y Cheeseman, K. (1997). Anger suppression, reactivity and hypertension risk: Gender makes a difference. *Annals of Behavioral Medicine*, 19, 61-69.
- Whiteman, M.C. (2006). Personality, cardiovascular disease and public health. En M.E. Vollrath (Ed.), *Handbook of personality and health* (pp. 13-34). Chichester, England: Wiley.
- Zigmond, A.S., y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.