

# Complejo ira – hostilidad y mecanismos de afrontamiento en pacientes que han sufrido un evento cardiovascular

Braulio Sánchez Ureña, Pedro Ureña Bonilla

Escuela de Ciencias del Deporte de la Universidad Nacional. Campus Presbítero Benjamín Núñez, Universidad Nacional. Tel (506) 2237-8321 fax (506) 22611073 brau09@hotmail.com; apartado postal: 86-3000, Heredia, Costa Rica.

Recibido: 13-10-10. Aceptado 19-01-11.

## RESUMEN

**Introducción:** Se ha relacionado el complejo ira – hostilidad – agresión con la enfermedad cardiovascular. Asimismo, los mecanismos de afrontamiento juegan un papel central en el proceso de rehabilitación cardiaca. El propósito de este estudio fue valorar la presencia del complejo ira – hostilidad – agresividad y sus mecanismos de afrontamiento en personas con enfermedad coronaria.

**Materiales y métodos:** Se estudió un grupo de 19 pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardiaca de la Escuela Ciencias del Deporte de la Universidad Nacional. Se aplicó el “Cuestionario de Agresión”, para identificar el complejo ira – hostilidad – agresión, y el cuestionario “COPE”, para identificar mecanismos de afrontamiento. Ambos cuestionarios fueron aplicados en dos momentos: en versión retrospectiva, antes de sufrir el evento cardiovascular y una semana después.

**Resultados:** En la evaluación retrospectiva del complejo ira-hostilidad se registraron promedios que oscilaron entre 1,84 y 2,51; los valores más altos fueron para las dimensiones hostilidad (2,51) y agresividad verbal (2,49). En la evaluación actual, los promedios variaron entre 1,73 y 3,0, siendo los valores más altos para las dimensiones hostilidad (2,28) e ira (3,01). La única diferencia significativa se encontró en la dimensión ira, la cual en la evaluación actual fue superior a la retrospectiva ( $p < 0,05$ ). Por otro lado, los mecanismos de afrontamiento más utilizados fueron: la religión, el apoyo social, la aceptación, la planificación y afrontamiento activo y la reinterpretación positiva.

**Conclusión:** Este estudio mostró un perfil de reacción emocional y de afrontamiento en los pacientes cardiopatas encuestados, que evidencia la necesidad de considerar los aspectos psicológicos en el proceso de rehabilitación cardiaca.

**Palabras clave:** Complejo Ira – hostilidad – agresividad, mecanismos de afrontamiento – cardiopatía.

## ABSTRACT

### Anger – Hostility – Aggression Syndrome: Mechanisms of Coping in Patients Who have Suffered a Cardiovascular Event

**Introduction:** An association has been found between the anger – hostility – aggression syndrome and cardiovascular disease. Coping strategies for the syndrome have been identified as key components in the cardiac rehabilitation process. The aim of this study was to analyze the anger – hostility – syndrome and associated coping strategies in patients with cardiac disease.

**Materials and Methods:** This study evaluated 19 phase two patients participating in the Cardiac Rehabilitation Program at the Sport Science School of the National University of Heredia, Costa Rica. Spanish versions of the Aggression Questionnaire and the Cope questionnaire were used in order to identify the anger – hostility – aggression components and the associated coping strategies. The questionnaires were applied in two steps: one was administered retrospectively and the other one week later.

**Results:** In the retrospective assessment report, average values ranged from 1.84 to 2.51 and values were higher for the following dimensions: hostility (2.51) and verbal aggression (2.49). In the assessment of current values (non retrospective), the averages ranged from 1.73 to 3.0, with higher values noted for the dimensions of hostility (2.28) and anger (3.01). The only significant difference was found in the anger dimension which in the assessment of current values was higher than the retrospective values ( $p < 0.05$ ). The most used coping mechanisms were: religion, social support relationships, social acceptance, planning, active problem assessment and positive reinterpretation.

**Conclusion:** This study showed that phase two cardiac patients have a specific profile of emotional reaction and coping. These problems require psychological support during the cardiac rehabilitation process.

**Key words:** anger – hostility – aggression complex, coping mechanism, cardiac patients.

## INTRODUCCIÓN

El complejo ira – hostilidad, también conocido como AHI (agresión, hostilidad, ira), es un patrón de predisposición conductual caracterizado por estar siempre a la defensiva, esperar lo peor de los demás y poseer alta competitividad<sup>1-5</sup>. En los individuos con mayores índices de hostilidad, se ha reportado más problemas de salud y tienen una mayor tendencia a expresar pensamientos irracionales<sup>3</sup>. Los niveles altos de hostilidad no solo aumentan la probabilidad de que las personas se relacionen con el medio de formas no adaptativas, sino que también sus conductas y creencias tienden a crear un medio interpersonal conflictivo, lo cual refuerza las tendencias cognitivas no adaptativas (como estados permanentes de hipervigilancia) resultando con frecuencia en reactividad fisiológica<sup>3</sup>. Dichos niveles elevados y desorganizados de activación fisiológica, aumentan la reactividad cardiovascular y producen incrementos en la presión sanguínea, frecuencia cardíaca y en los niveles de norepinefrina. En numerosos estudios se ha señalado la relación entre ira – hostilidad crónica y la angina de pecho y el riesgo de infarto al miocardio<sup>1,3,4</sup>. En general, la evidencia sugiere que la hostilidad contribuye de manera significativa al desarrollo y progreso de la enfermedad cardiovascular<sup>2,6</sup> y se ha observado que es más probable la aparición de un evento coronario en personas hostiles que en personas no hostiles<sup>3</sup>.

En relación con la adaptación a la aparición de la enfermedad cardiovascular, en estos individuos se ha reportado una gran variedad de mecanismos de afrontamiento<sup>5</sup>, los cuales son estrategias cognitivas y conductuales que ellos utilizan para manejar el estrés y las emociones negativas<sup>7</sup>. En promedio, las personas que han sufrido un evento cardiovascular tienden a utilizar estrategias de afrontamiento saludables y adaptativas, lo que se asocia con resultados favorables para la salud<sup>5,8</sup>. Predominan el optimismo, el afrontamiento activo, la solución activa del problema, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social<sup>9,10</sup>. En general, los mecanismos adaptativos de afrontamiento se relacionan a menudo con comportamientos activos y focalizados en el problema<sup>11</sup>.

La negación como mecanismo de afrontamiento, caracterizado por comportamientos evasivos (evitación) y represivos, se asocia con resultados emocionales positivos en el corto plazo; es decir, inmediatamente después del evento cardiovascular<sup>5</sup>. Este mecanismo se vincula con una estancia menor en el hospital, una tasa de mortalidad más baja y menos interferencia en las actividades cotidianas<sup>12</sup>; sin embargo, su impacto a largo plazo es poco claro<sup>13</sup>. La evitación se relaciona con altos niveles de ansiedad, depresión y síntomas de enojo mientras que altos grados de apoyo social y religiosidad se vinculan con bajos niveles de ansiedad<sup>14</sup>. El afrontamiento pasivo es consistente con la creencia de que no se tiene control sobre la enfermedad<sup>5</sup>.

El optimismo y el apoyo social se relacionan de manera directa y significativa con el funcionamiento físico<sup>4</sup>; las personas optimistas utilizan menos estrategias de afrontamiento negativas, lo cual tiende a mejorar el funcionamiento físico. De manera similar, las personas que gozan de un buen apoyo social, adoptan menos estrategias de afrontamiento negativas, lo que se relaciona también con una mejor salud física<sup>4</sup>. Por otro lado, las personas que utilizan mecanismos de afrontamiento enfocados en el problema y en las emociones, comparados con los que no utilizan este tipo de estrategias,

tienden a permanecer más tiempo en los programas de rehabilitación cardíaca<sup>15</sup>.

Las mujeres, en comparación con los hombres utilizan más afrontamiento de soporte y reportan tener redes de apoyo social más grandes<sup>10,16</sup>. Los hombres tienden más bien a utilizar mecanismos de afrontamiento activo y enfocados en el problema; las mujeres por el contrario, se inclinan por el uso de afrontamiento pasivo enfocado en la emoción<sup>7,11</sup>. En general las mujeres, en comparación con los hombres, utilizan una mayor cantidad de estrategias de afrontamiento<sup>16</sup>. Entre los pacientes que han sufrido un evento cardiovascular, se ha reportado que las creencias y prácticas espirituales son importantes para estimular conductas relacionadas con el autocuidado y la salud; se argumenta que las prácticas espirituales dan sentido a la vida a pesar de la enfermedad misma<sup>7,17</sup>. Las personas con altos niveles de ira – hostilidad tienden a no utilizar el afrontamiento orientado en el problema<sup>18</sup>. También en pacientes sometidos a *bypass* coronario<sup>3</sup> se ha reportado que la combinación entre hostilidad y afrontamiento represivo, se asocia con resultados negativos.

Sobre la base de estas consideraciones, el propósito de este estudio fue valorar la prevalencia del complejo ira – hostilidad – agresión y su relación con distintos mecanismos de afrontamiento en un grupo de pacientes que han sufrido un evento cardiovascular.

## METODOLOGÍA

*Participantes:* Se incluyeron 19 pacientes (6 mujeres y 13 hombres) asistentes al Programa de Rehabilitación Cardíaca de fase II y III en nuestro centro. La edad promedio fue de  $59,9 \pm 7,7$  años y sus antecedentes fueron: 8 con infarto agudo del miocardio reciente, 5 con procedimientos de revascularización (4 quirúrgicos, 1 por catéter) y 6 con enfermedad arterial coronaria diagnosticada.

*Instrumentos y materiales.* Se valoró el complejo ira-hostilidad mediante el “Cuestionario de Agresión”, adaptado al español<sup>19</sup>. Este instrumento consta de 20 partes, a responder en una escala tipo Likert de cinco puntos y se reporta 4 sub-escalas: agresividad física, agresividad verbal, ira y hostilidad. Los coeficientes de confiabilidad oscilan entre 0,72 y 0,85. Los mecanismos de afrontamiento se registraron mediante el uso del “Cuestionario COPE” adaptado al español<sup>20</sup>. Este se compone de 15 sub-escalas: afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades distractoras, refrenar el afrontamiento, búsqueda de apoyo social instrumental, búsqueda de apoyo social emocional, focalizarse en las emociones y desahogarse, distanciamiento conductual, distanciamiento mental, consumo de alcohol y drogas, negación, reinterpretación positiva y crecimiento personal, religión, humor y aceptación. También existe una diferenciación entre mecanismos de afrontamiento adaptativos (ej. planificación y afrontamiento activo), desadaptativas (negación) y neutras (humor). El instrumento reporta una consistencia interna superior a 0,6 en todas las sub-escalas.

*Procedimiento.* Ambos cuestionarios fueron aplicados en dos momentos distintos en el grupo de pacientes del estudio. En un primer momento, se les pidió contestar los cuestionarios en versión retrospectiva: antes de sufrir el evento cardiovascular en relación con la ira – hostilidad y sus mecanismos de afrontamiento. El

formato en retrospectiva requirió modificaciones en el tiempo verbal de los ítems, proceso que fue supervisado por los autores para que se mantuviese el espíritu del ítem. Una semana después, contestaron los cuestionarios en versión actual: después de haber sufrido el evento cardiovascular.

*Análisis estadístico.* Se calcularon valores promedio, desviaciones típicas, correlaciones y se realizaron pruebas *t* para grupos independientes y dependientes, así como análisis de varianza univariados. El nivel de significancia fue de 0,05. Todos los análisis se realizaron mediante el programa SPSS, versión 15.0 para Windows.

## RESULTADOS

*Complejo ira-hostilidad.* En la evaluación retrospectiva del complejo ira-hostilidad se registraron valores promedio que oscilaron entre 1,84 y 2,51; los promedios superiores correspondieron a las dimensiones: hostilidad (2,51) y agresividad verbal (2,49). En la evaluación actual, los promedios registrados variaron entre 1,73 y 3,01. Los promedios más altos correspondieron a las dimensiones hostilidad (2,28) e ira (3,01). La única diferencia significativa entre la evaluación retrospectiva y actual se encontró en la dimensión ira: la valoración de la ira actual fue significativamente superior a retrospectiva ( $p < 0,05$ ).

Analizados según sexo, el subgrupo de pacientes masculinos ( $n=13$ ) el complejo ira-hostilidad mostró, tanto en la evaluación retrospectiva como en la evaluación actual, valores entre 1,75 y 3,07 y la dimensión ira actual, fue significativamente superior a la retrospectiva ( $p < 0,05$ ). En las mujeres, mostró valores entre 1,62 y 2,90 y la dimensión ira actual también fue significativamente superior al valor promedio retrospectivo. No hubo diferencias significativas

entre hombres y mujeres en cuanto a la valoración del complejo ira – hostilidad. El análisis de correlaciones mostró en la valoración retrospectiva correlación significativa entre las dimensiones agresividad física y agresividad verbal ( $r= 0,71$ ;  $p = 0,00$ ) e ira y hostilidad ( $r= 0,63$ ;  $p = 0,00$ ). En la valoración actual, se obtuvo correlación significativa entre las dimensiones agresividad verbal e ira ( $r= 0,49$ ;  $p = 0,03$ ) y agresividad verbal y hostilidad ( $r= 0,69$ ;  $p = 0,00$ ).

*Mecanismos de afrontamiento.* En la valoración retrospectiva, los mecanismos de afrontamiento predilectos en orden de importancia fueron (Cuadro 1): la religión, la planificación y afrontamiento activo, la reinterpretación positiva y el apoyo social. En la evaluación actual destacan: religión, crecimiento personal, aceptación y apoyo social. La religión y el apoyo social son los mecanismos de afrontamiento preferidos tanto en la valoración retrospectiva como actual, pero se encontraron diferencias entre la evaluación retrospectiva y actual en cuanto a los mecanismos consumo de alcohol-drogas y concentración del esfuerzo: estos se redujeron significativamente ( $p < 0,05$ ). Al compararse entre mecanismos de afrontamiento adaptativos, desadaptativos y neutros, se encontró efectos de interacción significativa entre ellos (retrospectivo – actual,  $F= 4,88$ ;  $p= 0,00$ ) lo que evidencia que en este grupo de pacientes cardiacos, conforme ha pasado el tiempo de recuperación, los mecanismos de afrontamiento se han tornado más adaptativos.

Analizados según el sexo, los hombres en la valoración retrospectiva mostraron preferencia por los mecanismos de afrontamiento:

**Cuadro 1**  
Valores promedio en mecanismos de afrontamiento según valoración retrospectiva y actual

Dimensiones de afrontamiento	Promedios en Retrospectiva	Promedios en La actualidad	Valor de p
Apoyo social	2.62	2.70	n.s.
Religión	3.02	2.93	n.s.
Humor	1.77	1.53	n.s.
Consumo alcohol / drogas	1.63	1.13	<b>0.03</b>
Planificación / afrontamiento activo	2.71	2.31	n.s.
Abandono de esfuerzo	1.75	1.75	n.s.
Emociones y desahogo	2.30	2.15	n.s.
Aceptación	2.51	2.81	n.s.
Negación	1.96	1.78	n.s.
Refrenar afrontamiento	2.39	2.15	n.s.
Concentrar esfuerzo	2.34	1.89	<b>0.02</b>
Crecimiento personal	2.50	2.92	n.s.
Reinterpretación positiva	2.70	2.52	n.s.
Actividades distractoras	2.47	2.62	n.s.
Evasión	1,80	1.82	n.s.

religión (2,75), planificación y afrontamiento activo (2,61), aceptación (2,61) y reinterpretación positiva (2,71); en la actualidad, utilizan religión (2,84), aceptación (2,88), crecimiento personal (2,84) y actividades distractoras (2,66), sin registrarse diferencias significativas entre ambas. En las mujeres, en la valoración retrospectiva, los mecanismos de afrontamiento predilectos fueron el apoyo social (2,97), la religión (3,62), la planificación y el afrontamiento activo (2,94), el crecimiento personal (3,08) y las actividades distractoras (2,83) mientras que en la actual, tienden a preferir apoyo social (2,87), la religión (3,12), la aceptación (2,66), el crecimiento personal (3,08) y la reinterpretación positiva (2,66). Se encontró reducción significativa en el consumo de alcohol-drogas, concentración de esfuerzo y evasión.

Se encontró correlación significativa entre apoyo social y reinterpretación positiva ( $r=0,53$ ;  $p<0,05$ ) y entre humor y negación ( $r=0,58$ ;  $p<0,01$ ). La planificación del afrontamiento se correlacionó con las siguientes dimensiones: emociones y desahogo ( $r=0,46$ ;  $p<0,05$ ), aceptación ( $r=0,50$ ;  $p<0,05$ ), refrenar el afrontamiento ( $r=0,59$ ;  $p<0,01$ ), concentración en el esfuerzo ( $r=0,54$ ;  $p<0,05$ ) y reinterpretación positiva ( $r=0,71$ ;  $p<0,01$ ). Asimismo, el desahogo emocional se correlacionó con la concentración de esfuerzo ( $r=0,59$ ;  $p<0,01$ ) y el crecimiento personal ( $r=0,55$ ;  $p<0,01$ ). También el mecanismo aceptación se correlacionó significativamente con el mecanismo refrenar el afrontamiento ( $r=0,67$ ;  $p<0,01$ ). El mecanismo negación se correlacionó con el mecanismo evasión ( $r=0,60$ ;  $p<0,01$ ). Refrenar el afrontamiento se correlacionó con los mecanismos: concentración de esfuerzo ( $r=0,56$ ;  $p<0,05$ ) y reinterpretación positiva ( $r=0,66$ ;  $p<0,01$ ). El crecimiento personal se correlacionó significativamente con el uso de actividades distractoras ( $r=0,65$ ;  $p<0,01$ ). También se encontró correlación significativa entre agresión verbal y el mecanismo de afrontamiento apoyo social ( $r=0,56$ ;  $p<0,05$ ). El factor ira se correlacionó con los mecanismos apoyo social ( $r=0,62$ ;  $p<0,01$ ) y emociones – desahogo ( $r=0,54$ ;  $p<0,05$ ). Finalmente, el componente hostilidad se correlacionó con el mecanismo apoyo social ( $r=0,69$ ;  $p<0,01$ ).

## DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue analizar el complejo ira – hostilidad y los mecanismos de afrontamiento en personas que han sufrido un evento cardiovascular. Los resultados encontrados muestran que, tanto en la autoevaluación retrospectiva como en la actual, la hostilidad es un factor prevalente en el comportamiento de las personas encuestadas. En la autoevaluación actual, el componente ira se muestra como el más importante; esto significa que este grupo de personas encuestadas continúa mostrando un patrón conductual que se asocia de manera importante con la aparición de problemas cardiovasculares, lo que puede considerarse un desencadenante para su enfermedad cardíaca<sup>2,3,6</sup>.

El grupo de personas encuestadas se caracterizó por una reactividad cardiovascular aumentada, lo que puede relacionarse también con la progresión de su enfermedad arterial coronaria<sup>2</sup>. Consistente con este hallazgo, la autoevaluación que hicieron los pacientes antes de haber sufrido el evento cardiovascular, mostró que a mayores índices de agresividad verbal, también son mayores los valores de ira y hostilidad, lo cual define un patrón conductual aversivo y predisponente a reactividad cardiovascular suprarreferida. Como se ha mencionado, la presencia de este patrón de reacción emocional puede contribuir con el progreso de la enfermedad cardiovascular<sup>18,21</sup>. En

la autoevaluación actual también se encontró patrones correlativos significativos entre agresividad verbal e ira y entre agresividad y hostilidad. Esto refuerza la idea de que en los pacientes encuestados, continúan existiendo fuertes elementos propios del complejo ira – hostilidad, que pueden atentar contra su salud cardiovascular<sup>1,4</sup>, tanto en hombres como en mujeres.

En general, la variedad de mecanismos de afrontamiento registrados, son similares a los reportados en la literatura<sup>7</sup>: en retrospectiva, los pacientes de ambos sexos prefieren acudir a la religión y las prácticas espirituales ante situaciones de estrés, que se argumenta, juegan un papel importante en la recuperación de la salud en la medida en que le dan sentido a la vida<sup>8,13</sup> y a la búsqueda de consejo, asistencia y soporte, con la intención de encontrar solución a los diversos problemas que enfrentan. También se encontró una tendencia importante hacia conductas orientadas al enfrentamiento de estos problemas así como hacia la organización y planificación de estrategias de acción; es decir, mecanismos dirigidos hacia el problema y hacia el control emocional<sup>22</sup>. En la valoración actual, los pacientes mostraron patrones de afrontamiento vinculados a lo religioso, a la búsqueda de apoyo social y a la aceptación de la realidad como un hecho con el que se tendrá que convivir, ya que no se puede modificar con el tiempo. Las mujeres tienen una predilección particular por el mecanismo de afrontamiento denominado “búsqueda de soporte social”, hallazgos similares a los reportados por otros grupos<sup>9,23</sup>. También se registró reducción significativa en el uso de alcohol y drogas como forma de afrontar situaciones estresantes, así como de conductas encaminadas a evitarlas o minimizar sus efectos negativos. Esto indica que la vivencia del evento cardíaco cambió el patrón de afrontamiento de estas personas, al menos los dos aspectos señalados, hacia mecanismos más adaptativos. El humor, es decir el hacer burla de los problemas propios, se asoció al rechazo de la existencia real del problema, mientras que la tendencia a elaborar estrategias que permitan enfrentar el problema, se vinculó con comportamientos orientados al desahogo emocional, a esperar que aparezca la oportunidad apropiada para actuar (refrenar el afrontamiento), a ver el lado positivo a la situación estresante y a la concentración de esfuerzos para reducir efectos negativos de las situaciones problemáticas.

El componente “agresión verbal”, propio del complejo ira – hostilidad, se asoció de manera significativa con los mecanismos de afrontamiento “búsqueda de soporte emocional, orientación y guía” y “búsqueda de apoyo social y desahogo emocional”; otro estudio encontró en cambio, que se relacionó a “afrontamiento orientado en el problema”<sup>17</sup>.

En conclusión, el estudio evidenció un perfil de reacción emocional y de mecanismos de afrontamiento en pacientes costarricenses con cardiopatías, cuyo conocimiento y comprensión puede ser de utilidad para reorientar el proceso de rehabilitación, que debe ser holístico; es decir, requiere contemplar la dimensión subjetiva de las personas que han sufrido un evento cardiovascular.

## REFERENCIAS

1. Das S, O'keefe J. (2008). Behavioral Cardiology: Recognizing and Addressing the Profound Impact of Psychosocial Stress on Cardiovascular Health. *Current Atherosclerosis Reports*, 8: 11-118.

2. Laham M. (2008). Psicocardiología su importancia en la prevención y la rehabilitación coronarias. *Suma Psicológica*, Vol. 15, No. 1: 143-170.
3. Vandervoort D. (2006). Hostility and health: Mediating Effects of Belief Systems and Coping Styles. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*. Vol. 25, No. 1, 50-66.
4. Shen B, Myers H, Mc Creary Ch. (2006). Psychological predictors of cardiac rehabilitation quality of life outcomes. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 3-11.
5. Palmero F, Fernández-Abascal E. (1998). Emociones y adaptación (I ed.). Barcelona. Editorial Ariel Psicología.
6. Nickels M. (2009). Psychological Considerations. En: Bisognano JD *et al.* (eds.), *Manual of Heart Failure. Management*. London: Springer Verlag.
7. Bennett K, Boothby J. (2007). Coping and Heart Disease: Implications for prevention and treatment. En: Martz, E, Woneh H, Wright B. (Eds). *Coping with chronic Illness and Disability: Theoretical, Empirical and Clinical Aspects* (la edición. New York. Editorial Springer Verlag.
8. Park C, Malone M, Suresh D, Bliss D, Rosen R. (2007). Coping, meaning in life, and quality of life in congestive heart failure patients. *Quality of Life Research*, 17: 127-132.
9. Hallman T, Thomson H, Burrell G, Lisspers J, Setterlind S. (2003). Stress, burnout and coping: Differences between women with coronary heart disease and healthy matched women. *Journal of Health Psychology*, 8, 443-445.
10. Kristofferson M, Lofmark R, Carlsson M. (2005b). Perceived coping, social support, and quality of life 1 month after myocardial infarction: A comparison between Swedish women and men. *Heart and Lung*, 34, 39-50.
11. Havik O, Maeland J. (1988). Verbal denial and outcome in myocardial infarction patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 145-157.
12. Doering L, Dracup K, Caldwell M *et al.* (2004). Is coping style linked to emotional states in heart failure patients? *Journal of Cardiac Failure*, 10, 344-349.
13. Hugles, J, Tomlinson A, Blumenthal J *et al* (2004). Social support and religiosity as coping strategies for anxiety in hospitalized cardiac patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 28, 179-185.
14. Whitmarsh A, Koutantji M, Sidell K. (2003). Illness perceptions, mood and coping in predicting attendance at cardiac rehabilitation. *British Journal of Health Psychology*, 8, 208-221.
15. Wachholtz A, Pearce M. (2009). Does Spirituality as a Coping Mechanism Help or Hinder Coping with Chronic Pain? *Current Pain and Headache Reports*, 13: 127-132.
16. Kristofferson M, Lofmark R, Carlsson M. (2005a). Coping, social support, and quality of life over time after myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 113-124.
17. Sasaki M, Yamasaki K. (2002). Causal relationship between hostility and health status and the mediating role of stress coping. *Japanese Journal of Health Psychology*, 15, 1-11
18. Porras M. (2006). Estudio de la hostilidad y reactividad cardiovascular. Consultado el 12/12/10 en: <http://www.tesisenxarxa.net/ TESIS. Pdf>.
19. Andrau J, Peña E, Grana J. (2002). Adaptación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Agresión. *Psicotema*, 14 (2), 476-482.
20. Crespo M, Cruzado J. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23 (92), 797-830.
21. Christensen, V., Rikk., H., Bjorn, H. & Ditlevsen, S. (2004). Clinical Hostility, Socioeconomic Position, Health Behavior, and Symptoms load: A cross – sectional Analysis in a Danish Population – Based – Study. *Psychosomatic*, 66, 572-577.
22. Cruz E, Urquiaga E. (2006). Estilos de afrontamiento al Estrés y Personalidad tipo A en Pacientes con Hipertensión Arterial del Hospital Víctor Lazarte – Trujillo. Tesis para optar por el grado de licenciatura. Universidad Cesar Vallejo, Trujillo. Perú. Consultado el 12/12/10 en: <http://uc virtual.edu. pe/portal /escuelas /psicología / tesis –ps / tesis /T227.doc>
23. Van Rijen E, Utens E, Roos – Hesselink J *et al* (2004). Styles of coping and social support in a cohort of adults with congenital heart disease. *Cardiology in the Young*, 14, 122-130.
24. Das S, O'keefe J. (2008). Behavioral Cardiology: Recognizing and Addressing the Profound Impact of Psychosocial Stress on Cardiovascular Health. *Current Atherosclerosis Reports*, 8: 11-118.
25. Laham M. (2008). Psicocardiología su importancia en la prevención y la rehabilitación coronarias. *Suma Psicológica*, Vol. 15, No. 1: 143-170.
26. Vandervoort D. (2006). Hostility and health: Mediating Effects of Belief Systems and Coping Styles. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*. Vol. 25, No. 1, 50-66.
27. Shen B, Myers H, Mc Creary Ch. (2006). Psychological predictors of cardiac rehabilitation quality of life outcomes. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 3-11.
28. Palmero F, Fernández-Abascal E. (1998). Emociones y adaptación (I ed.). Barcelona: Editorial Ariel Psicología.
29. Nickels M. (2009). Psychological Considerations. En: Bisognano JD *et al.* (eds.), *Manual of Heart Failure. Management*. London: Springer Verlag.
30. Bennett K, Boothby J. (2007). Coping and Heart Disease: Implications for prevention and treatment. En: Martz, E, Woneh H, Wright B. (eds.). *Coping with chronic Illness and Disability: Theoretical, Empirical and Clinical Aspects* (I ed.). New York: Editorial Springer Verlag.
31. Park C, Malone M, Suresh D, Bliss D, Rosen R. (2007). Coping, meaning in life, and quality of life in congestive heart failure patients. *Quality of Life Research*, 17: 127-132.
32. Hallman T, Thomson H, Burrell G, Lisspers J, Setterlind S. (2003). Stress, burnout and coping: Differences between women with coronary heart disease and healthy matched women. *Journal of Health Psychology*, 8, 443-445.
33. Kristofferson M, Lofmark R, Carlsson M. (2005b). Perceived coping, social support, and quality of life 1 month after myocardial infarction: A comparison between Swedish women and men. *Heart and Lung*, 34, 39-50.
34. Havik O, Maeland J. (1988). Verbal denial and outcome in myocardial infarction patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 145-157.
35. Doering L, Dracup K, Caldwell M *et al.* (2004). Is coping style linked to emotional states in heart failure patients? *Journal of Cardiac Failure*, 10, 344-349.
36. Hugles, J, Tomlinson A, Blumenthal J *et al* (2004). Social support and religiosity as coping strategies for anxiety in hospitalized cardiac patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 28, 179-185.
37. Whitmarsh A, Koutantji M, Sidell K. (2003). Illness perceptions, mood and coping in predicting attendance at cardiac rehabilitation. *British Journal of Health Psychology*, 8, 208-221.

**Complejo ira – hostilidad y mecanismos de afrontamiento en pacientes que han sufrido un evento cardiovascular**

Braulio Sánchez Ureña, Pedro Ureña Bonilla

38. Wachholtz A, Pearce M. (2009). Does Spiritually as a Coping Mechanism Help or Hinder Coping with Chronic Pain? *Current Pain and Headache Reports*, 13: 127-132.
39. Kristofferson M, Lofmark R, Carlsson M. (2005a). Coping, social support, and quality of life over time after myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 113-124.
40. Sasaki M, Yamasaki K. (2002). Causal relationship between hostility and health status and the mediating role of stress coping. *Japanese Journal of Health Psychology*, 15, 1-11.
41. Porras M. (2006). Estudio de la hostilidad y reactividad cardiovascular. Consultado (Accesado) el 12/12/12 en: <http://www.tesisexarxa.net/TESIS.Pdf>.
42. Andrau J, Peña E, Grana J. (2002). Adaptación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Agresión. *Psicotema*, 14 (2), 476-482.
43. Crespo M, Cruzado J. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23 (92), 797-830.
44. Christensen, V., Rikk., H., Bjorn, H. & Ditlevsen, S. (2004). Clinical Hostility, Socioeconomic Position, Health Behavior, and Symptoms load: A cross – sectional Analysis in a Danish Population – Based – Study. *Psychosomatic*, 66, 572-577.
45. Cruz E, Urquiaga E. (2006). Estilos de afrontamiento al Estrés y Personalidad tipo A en Pacientes con Hipertensión Arterial del Hospital Víctor Lazarte – Trujillo. Tesis para optar por el grado de licenciatura. Universidad Cesar Vallejo Trujillo. Consultado (Accesado) el 12/12/12 en: <http://uc.virtual.edu.pe/portal/escuelas/psicología/tesis-ps/tesis/T227.doc>
46. Van Rijen E, Utens E, Roos – Hesselink J *et al.* (2004). Styles of coping and social support in a cohort of adults with congenital heart disease. *Cardiology in the Young*, 14, 122-130.