



MENTE Y CORAZÓN

Factores psicosociales de riesgo cardiovascular

Eq. Mayor (Ps) Mabel Lusiardo

Jefe del Servicio de Psicología de la Rehabilitación
Sub Jefe del Departamento de Psicología del H.C.F.F.AA.

RESUMEN

La investigación sistemática de la relación entre el corazón y la mente empezó a fines de los años 50 con el trabajo pionero de Meyer Friedman y Ray Rosenman, dos cardiólogos de San Francisco que acuñaron el término Patrón de Comportamiento TIPO A (PCTA). Desde esa fecha se ha generado un gran monto de investigación entre los factores psicosociales y la enfermedad cardiovascular (ECV).

Los factores estudiados que aparecen como los más importantes son: a) PCTA, b) Ira y hostilidad, c) Estrés psicológico, d) Presión laboral, e) Agotamiento vital, f) Aislamiento social y falta de apoyo, g) Depresión, h) Ansiedad, I) Negación cardíaca.

La evaluación del riesgo compromete a un grupo de factores psicosociales que incrementan la vulnerabilidad para el desarrollo de la ECV. Estos factores incluyen las predisposiciones individuales, tales como la reactividad al estrés, así como las características del medio ambiente social y físico.(3a)

En esta breve revisión destacaremos de la literatura científica, la vinculación entre estos factores y la ECV, seguida de conclusiones relacionadas con la validez de estas relaciones en el campo activo y pujante de la Psicología Cardíaca (1).

SUMMARY

La investigación sistemática de la relación entre el corazón y la mente empezó a fines de los años 50 con el trabajo pionero de Meyer Friedman y Ray Rosenman, dos cardiólogos de San Francisco que acuñaron el término Patrón de Comportamiento TIPO A (PCTA). Desde esa fecha se ha generado un gran monto de investigación entre los factores psicosociales y la enfermedad cardiovascular (ECV).

Los factores estudiados que aparecen como los más importantes son: a) PCTA, b) Ira y hostilidad, c) Estrés psicológico, d) Presión laboral, e) Agotamiento vital, f) Aislamiento social y falta de apoyo, g) Depresión, h) Ansiedad, I) Negación cardíaca.

La evaluación del riesgo compromete a un grupo de factores psicosociales que incrementan la vulnerabilidad para el desarrollo de la ECV. Estos factores incluyen las predisposiciones individuales, tales como la reactividad al estrés, así como las características del medio ambiente social y físico.(3a)

En esta breve revisión destacaremos de la literatura científica, la vinculación entre estos factores y la ECV, seguida de conclusiones relacionadas con la validez de estas relaciones en el campo activo y pujante de la Psicología Cardíaca. (1)

INTRODUCCION

La enfermedad cardiovascular es la causa líder de muerte y discapacidad en el mundo.

Si bien los tratamientos médicos han avanzado mucho, no son curas. Los pacientes necesitan comprender que sus corazones no volverán a estar como cuando eran sanos. La medicina les ha dado otra oportunidad. No sólo se debe a factores de tipo biomédicos, sino que estamos ante una patología de fuertes implicaciones psicológicas y sociales. Para beneficiarse al máximo de estos tratamientos el paciente tiene ineludiblemente que modificar su estilo de vida, eliminando o disminuyendo los factores de riesgo que contribuyeron a su enfermedad. (1, 9)

A los efectos de modificar los factores de riesgo, los cardiólogos necesitan reconocer la importancia de tratar al paciente como un todo, porque la enfermedad cardíaca puede causar estragos en la mente tanto como en el cuerpo. No se puede tratar al cuerpo descuidando la mente. (1)

Los pacientes necesitan recibir asesoramiento y apoyo psicológico para efectuar intervenciones en el estilo de vida en el hogar y en el trabajo, de la misma forma que cumplir con la medicación indicada. El énfasis creciente en la participación activa del individuo en la prevención de los trastornos cardiovasculares, también constituye una inmensa esperanza. El paciente se hace responsable de su salud. (2, 7, 13)

Gradualmente los Cardiólogos han empezado a tomar conciencia de los aspectos psicológicos relacionados con los trastornos cardiovasculares y está prestando cada vez más atención a un cuerpo emergente de conocimiento, la Psicología Cardíaca.

Esta es la rama de la Psicología de la Salud, que detecta los factores de riesgo psicosociales que inciden en el desarrollo y desencadenamiento de las enfermedades cardiovasculares, y las secuelas psicológicas de los episodios cardíacos. Estos factores de riesgo están asociados con la salud psicológica previa y posterior al evento cardíaco, y a su impacto emocional. (1, 9)

La literatura científica actual con los estudios observacionales, epidemiológicos y experimentales, vinculando los factores psicosociales y del comportamiento con las enfermedades cardiovasculares, merece un reconocimiento como el nuevo campo de la Psicología Cardíaca., disciplina que ayuda a promover y apoyar una vida cardíaca saludable. (1)

Las extraordinaria reducción de las enfermedades coronarias en USA en los últimos 40 años, han resultado menos de las altas técnicas de intervención médica, que de los cambios del estilo de vida que hace la persona. Los factores psicológicos están claramente implicados en las opciones del estilo de vida saludable. De ahí la difusión de la aplicación de técnicas psicológicas en la atención de los pacientes cardíacos, sin el requerimiento de un diagnóstico psiquiátrico. (1)

Los profesionales de la salud bien sabemos de la enorme influencia que la psique tiene sobre el bienestar y funcionamiento de los pacientes. La oportunidad de colaboración entre la Cardiología y la Psicología en el trabajo del día a día, ayuda a enriquecer y mejorar la habilidad para ayudar a sanar a los pacientes. (1)

Hoy en día es bastante obvia la existencia de profundas conexiones entre las emociones de una persona y sus reacciones físicas. La intervención psicológica con pacientes cardíacos reduce el sufrimiento psicológico de frecuentes estados emocionales de ansiedad, hostilidad y depresión severos, mejorando la calidad de vida, promoviendo vidas más satisfactorias para el paciente y su familia. Ofreciendo educación, y reduciendo las innumerables preguntas, resultado de la ansiedad que muchos pacientes cardíacos presentan después de un episodio sufrido, éstos pueden aliviarse con información, apoyo y reaseguramiento. (1)

La salud psicológica es importante para la :

- 1) Prevención de la enfermedad cardiovascular
- 2) Rehabilitación, alejando la posibilidad de recaídas

Una ayuda psicológica permite (9):

- 1) Superar el impacto emocional adverso provocado por el episodio cardíaco
- 2) Modificar hábitos de comportamiento nocivos para evitar recaídas
- 3) Reintegro rápido a las actividades sociales positivas y roles habituales
- 4) Adherencia al tratamiento médico (contrarrestando la resistencia)

La modificación de pautas de conducta, la educación para la salud, el apoyo y asesoramiento psicológico, el manejo del estrés y estados emocionales (hostilidad, ansiedad, depresión) son necesarias tanto para la prevención, como en la rehabilitación posterior al evento cardíaco.(9)

RELACION CORAZON- MENTE (1)

La investigación sistemática de la relación entre el corazón y la mente empezó a fines en los años 50, con el trabajo pionero de dos cardiólogos de San Francisco, M. Friedman y R. Rosenman, quienes acuñaron el término Patrón de Conducta Tipo A (PCTA).

Desde esa época ha surgido un gran monto de investigación de Factores psicosociales y Enfermedad coronaria (4).

Los 9 más relevantes son :

El Patrón de conducta tipo A (PCTA), Ira y hostilidad, Estrés psicológico, Tensión laboral, Agotamiento vital, Aislamiento social y falta de apoyo social, Depresión, Ansiedad, y Negación cardíaca.

1) PCTA (1,3,9,10,15)

Es un fenómeno clínico complejo caracterizado por una constelación de conductas que incluyen la competitividad, ira, hostilidad libremente flotante y bien racionalizada, urgencia de tiempo, impaciencia, discurso vigoroso, y un número de signos psicomotores.

Es un complejo acción- emoción que requiere de la interacción de la persona con el entorno. (3a)

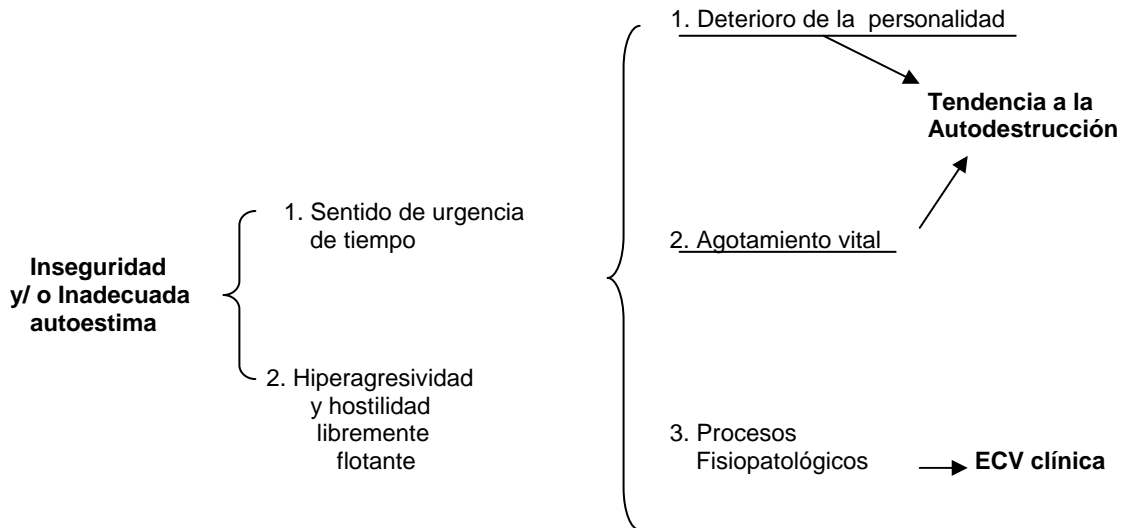
Se observa en una persona involucrada agresivamente en una lucha crónica e incesante para lograr más y más en el menor tiempo posible, y si se lo requiere en contra de los esfuerzos opuestos, ya sean de personas o cosas. Es una forma de conflicto socialmente aceptable. La urgencia del tiempo se desarrolla por la preocupación con la productividad

En 1984, M.Friedman y Ulmer, ofrecieron una formulación más psicodinámica del PCTA. En este modelo la inseguridad e inadecuada autoestima forman el núcleo de este patrón de comportamiento. La hostilidad libremente flotante hipotéticamente parece aflorar por la falta de amor incondicional durante la infancia por el énfasis parental en logros y éxito.

El modelo explicativo de este patrón de conducta se ha centrado en la necesidad de estas personas de ejercer control sobre el ambiente, por lo que reaccionan enérgicamente en aquellas situaciones que suponen amenaza a sus expectativas de control, dirigiendo grandes esfuerzos a reestablecer la sensación de control amenazada. Si la experiencia se prolonga o se hace más intensa, llegarán a convencerse que la situación es realmente incontrolable, desarrollando signos de desvalimiento o desamparo (indefensión).(10)

La urgencia de tiempo, la competitividad, hiper-agresividad y la hostilidad se vuelven penetrantes impregnando toda la personalidad, conduciendo a un deterioro y agotamiento. Los procesos fisiopatológicos que acompañan la lucha crónica del PCTA, aceleran la aterogénesis conducente a una prematura enfermedad coronaria en el curso de varias décadas.

Interrelación entre los componentes del PCTA y los procesos fisiopatológicos



No toda la conducta del TIPO A necesariamente favorece el riesgo coronario y no toda la conducta que incide sobre este riesgo está vinculada a este patrón. La dimensión vinculada a una mayor competitividad parece ser de carácter más positiva o saludable que la representada por los componentes de impaciencia y hostilidad, de carácter más negativo o tóxico. (10)

2) IRA y HOSTILIDAD CINICA (1,8,10,14)

Una de las demostraciones de los efectos de la ira en el corazón fue reportado por Ironson et. al. .en 1992. Más allá de estos estudios que demostraron un fuerte efecto a corto plazo, directo y dramático de la ira en la función cardíaca de algunos pacientes, hay considerable información del rol de la ira crónica y hostilidad en el desarrollo de la aterosclerosis coronaria.

En 1987 R.B. Williams acuñó el término complejo de hostilidad para describir una orientación cínica, escéptica, sarcástica, despreciativa, desconfiada y pesimista en la interacción interpersonal y vida en general. Pensó que podía estar más fuertemente relacionada con la enfermedad coronaria que el PCTA global.

El complejo de hostilidad es definido operacionalmente por elevados scores en la Escala de Hostilidad de Cook-Medley del MMPI. Williams et al. (1980) reportaron por vez primera un vínculo en la Escala Ho y el grado de aterosclerosis entre pacientes que sufrieron un cateterismo cardíaco.

Muchos de los pacientes, quizás los más hostiles no son conscientes de la extensión de su hostilidad. (15)

La hostilidad cínica se define operacionalmente como una actitud de suspicacia y cinismo que comprende una visión negativa del mundo que considera el comportamiento de los otros frustrantes y provocativos (Smith, 1992). Las personas hostiles también han demostrado un auto ensimismamiento por su incapacidad de confiar en otros (Williams, 1987) y tienden a corroer el apoyo social de otros por sus conductas suspicaces y negativas (Smith, 1992). (3a)

3) ESTRÉS PSICOLOGICO (1,6,9,10,11)

La palabra estrés es una alteración de distres, derivado del viejo francés estresse, que significa opresión. Las definiciones de stress del Oxford English Dictionary (1986), incluyen: adversidad, aflicción, apuro, aprieto.

El estrés psicológico es un fenómeno complejo difícil de definir, medir y estudiar científicamente. “Cuando las demandas impuestas por los eventos exceden la habilidad de una persona para enfrentarlos, se produce una respuesta psicológica de estrés compuesta por cogniciones y estados emocionales negativos”

(Cohen, Tyrell & Smith, 1991, p. 606, adaptada de Lazarus & Folkman, 1984).

En esta formulación las demandas, los eventos, la habilidad de afrontamiento, los estados cognitivos negativos y los estados emocionales negativos, deben todos operacionalizarse para definir el estrés.

Numerosos estudios prestaron apoyo a la hipótesis general que el estrés psicológico puede jugar un rol en los eventos cardiacos, incluyendo la precipitación del infarto del miocardio y SCD.

Los estresores de muchos tipos diferentes afectan una variedad de procesos fisiológicos que parecen influir en las manifestaciones clínicas de la enfermedad cardiaca. Lo que todavía no se sabe es qué tipo de estrés es más potente, o cómo la susceptibilidad individual, los perfiles conductuales preexistentes, o la respuesta a los estresores, afectan el proceso.

Hans Selye en 1936 consideró los efectos negativos de la respuesta de estrés sobre la salud del organismo. Aunque pueda ser positiva en momentos concretos y breves, se vuelve negativa si su recurrencia es excesiva. Hay dos situaciones de estrés que conducen a dos tipos de respuesta: estrés agudo y crónico o persistente (Palmero-Breva, 1998). El estrés agudo es una respuesta generalmente intensa, relacionada con la activación de la ramificación simpática del sistema nervioso autónomo. Estas respuestas si bien son adaptativas, se tornan nocivas cuando se vuelven crónicas y frecuentes. (9)

Para Selye la enfermedad ocurre porque el agente estresor produce el daño sobre el organismo cuando este ya ha agotado sus reservas de glucocorticoides, catecolaminas, etc. y se ha vuelto incapaz de dar una respuesta adaptativa a la situación amenazante. Pero desde una mirada fisiológica, es el propio organismo – y no el agente estresor – el que debe ser

considerado como punto de procedencia de los trastornos (Sapolsky 1992). (9)

Entre las teorías cognitivas del estrés R. Lazarus, fue uno de los primeros en enfatizar la importancia de los factores psicológicos. Estas definen al estrés como una respuesta a una cognición amenazadora que consiste en incrementar la activación de un organismo más rápidamente que su capacidad de adaptación para atenuarla. (9)

La conducta según los estudios de Brady en 1958 y de Weiss en 1972, está determinada por cogniciones, hipótesis y creencias. Esto ha llevado a conceptualizar el estrés como un proceso dependiente de las significaciones para una persona: el estrés es un proceso determinado por evaluaciones subjetivas. (9)

El grado de satisfacción que una persona experimenta en una situación productora de estrés, está asociada con la percepción que la persona tenga de dicha situación, permitiendo distinguir dos tipos de estrés: el eustrés y el distrés. El eustrés es el estrés con connotaciones positivas para la salud y se considera una forma de motivación, la persona percibe que controla la situación. El distrés en cambio, es el estrés con connotaciones negativas para la salud, escapando al control de la persona, por lo que puede conducir a disfunciones, trastornos, enfermedades y muerte. (9)

4) TENSION LABORAL (1)

La presión laboral ocurre cuando los individuos tienen un control insuficiente sobre su situación en el trabajo como para ser capaces de lidiar satisfactoriamente con el nivel de demandas. La tensión laboral es el producto de altas demandas laborales combinadas con baja amplitud de decisión. (Karasek & Theorell, 1990) (3a)

Se ha encontrado que aquellos trabajos que suponen una gran demanda física o intelectual, excesiva responsabilidad o un alto grado de tensión, aumentan la probabilidad de que se presenten síntomas coronarios (Sender, 1988)

Schnall, Landsbergis y Baker (1994) ofrecieron una revisión reciente sobre el tema. Encontraron una

correlación positiva significativa entre tanto tensión laboral y cardiovascular, o, mortalidad de toda causa, o tensión laboral y factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular o mortalidad.

5) AGOTAMIENTO VITAL (1)

De acuerdo a la hipótesis del agotamiento vital, desarrollado en Netherlands by Appels, Hoppener y Muldur (1987), un estado físico y emocional debilitante puede ser un precursor del infarto del miocardio.

Este factor se superpone con algunos síntomas de depresión. Constituye un síndrome caracterizado por cansancio excesivo, baja energía, irritabilidad aumentada y sentido de desmoralización (Appels, 1997).

6) APOYO SOCIAL (1,3,9)

El apoyo social o el grado en que uno está conectado con otros en la comunidad, ha surgido como un factor de riesgo inverso de considerable magnitud, no solamente para la enfermedad coronaria, sino para la morbilidad y mortalidad de todas causas.

De todo los factores de riesgo, la literatura sobre el apoyo social impresiona como la más consistente en establecer las relaciones entre el corazón y la mente.

Los aspectos estructurales del apoyo social se definen como el número de relaciones y la frecuencia de los contactos sociales. Los aspectos funcionales, en cambio, están relacionados con la calidad de dichas relaciones.

Las categorías de ligaduras sociales incluyen matrimonio, contacto con la familia extensiva y amigos, membresía de Iglesias y otras afiliaciones formales e informales.

Los resultados de un estudio realizado por Seeman & Syme, 1987, sugirieron que los aspectos funcionales de las relaciones (calidad de las mismas) y el "sentirse querido" eran protectores de la aterosclerosis.

Una falta de apoyo emocional tanto de personas muy cercanas (apego) como de apoyo ofrecido por una red extendida de personas (integración social), eran

factores de riesgo significativos, como predictores de eventos cardíacos, una vez que los tradicionales estaban controlados.

La falta de recursos sociales y económicos, el apoyo social insuficiente y el aislamiento social, pueden incrementar el riesgo de ECV (Shumaker & Cjakowski, 1994). A pesar de que el mecanismo está pobremente entendido, el apoyo social parece conferir una protección poderosa en contra futuros eventos mórbidos, después de un diagnóstico de enfermedad coronaria (3a)

El apoyo social puede inclusive moderar las consecuencias a largo plazo del PCTA (Blumenthal et al., 1987). Los hallazgos sugieren la utilidad de involucrar a la familia para apoyar los esfuerzos en la reducción de riesgo coronario. Esto lleva también a la importancia de que los pacientes cardíacos integren grupos de apoyo con sus pares.

Este les proporciona una serie de ventajas: los miembros brindan ayuda a los demás, desarrollan una capacidad comunicación efectiva, comparten problemas similares, trabajan juntos para alcanzar sus metas, desarrollando conceptos constructivos de vida.

7) DEPRESION CLINICA (1,5,6)

La depresión clínica se define por síntomas de sufrimiento emocional, disminución del interés en la vida, cambios en el apetito y patrones de sueño, dificultad para concentrarse, fatiga y agotamiento, disforia y en casos extremos, desesperanza, desamparo o desvalimiento e ideas suicidas. La desesperanza y la fatiga o agotamiento, constituyen las manifestaciones más tóxicas de la depresión (3a)

La depresión es un precursor frecuente de enfermedad coronaria y normalmente acompaña la recuperación. La evidencia ha sugerido que puede experimentarse 1 de cada 5 pacientes que han sufrido un ataque cardíaco (Frasure-Smith, Lesperance & Talajic, 1993). (3a)

En uno de los estudios más tempranos, Cassem y Hackett (1973) encontraron evidencia objetiva de depresión en el 76 % de 50 pacientes seleccionados en una unidad de atención cardíaca.

Subsecuentemente, un meta análisis (Booth-Kewley & Friedman, 1987), encontraron que la depresión, más que ningún otro atributo psicológico, tenía la asociación más fuerte con los resultados finales de la enfermedad cardíaca.

Desde una perspectiva psiquiátrica, Fernandez (1993) señaló que la depresión es uno de los mejores predictores de la pobre adherencia a los cambios del estilo de vida y de las complicaciones cardiovasculares recurrentes, luego de un evento cardíaco.

La depresión no es típicamente diagnosticada ni tratada entre el 18 % y 44 % de pacientes cardíacos que sufren de una depresión severa suficiente como para requerir una intervención psiquiátrica.

Schleifer et al. (1989) reportó que 18 % de 283 pacientes tenían una depresión mayor y un 27 % un trastorno depresivo menor, de 8 a 10 días post infarto del miocardio. De 3 a 4 meses más tarde, el 33 % cumplían con el criterio de depresión mayor o menor.

Hay fuertes relaciones teóricas entre el humor depresivo y varias conductas coronario propensas. Por ejemplo, El PCTA con su lucha compulsiva por los logros se considera como una reacción en contra de una depresión subyacente. En la medida que está implicado en actividades ambiciosas, está protegido del alerta de la depresión. Cuando dichas actividades decrecen, como luego de un infarto agudo, la depresión se desenmascara.

En la teoría psicoanalítica clásica la depresión es a veces considerada como la ira vuelta contra sí mismo, sugiriendo una ligazón fuerte entre hostilidad y depresión (contracaras). Asimismo, la depresión contribuye a conductas autodestructivas, motivando a las personas en la dirección de formas rápidas de satisfacción, tales como el cigarrillo, alcohol y alimentos elevados en grasas saturadas.

8) ANSIEDAD (1)

Una nueva hipótesis en Psicología Cardíaca es que la ansiedad puede aumentar el riesgo de enfermedad cardiovascular.

Los hallazgos sugieren que la ansiedad fóbica puede aumentar el riesgo de enfermedad coronaria, por la variabilidad del ritmo cardíaco disminuido, un signo de un balance simpático vagal alterado, en la regulación autonómica del corazón.

9) NEGACION CARDIACA (1,6)

La negación es una estrategia psicológica de afrontamiento (coping) que permite a la gente implicarse en una conducta con poca conciencia de las consecuencias. A veces, la negación es lo suficientemente poderosa como para permitir conductas negativas a pesar de ciertas alertas, por ej, en pacientes con enfermedades coronarias que continúan fumando.

Como la negación de los eventos cardíacos puede llevar a una demora en la búsqueda de una consulta médica, las consecuencias pueden ser profundas. El individuo que retrasa la búsqueda de tratamiento aumenta el riesgo de daño del miocardio, morbilidad y mortalidad.

Aproximadamente el 60 % de las muertes cardíacas fuera del hospital ocurren en las dos horas siguientes a los síntomas. Por eso superar la resistencia emocional de la negación cardíaca puede conducir a reducir la morbilidad y mortalidad para aquellos pacientes con síndrome coronarios agudo que llegan rápido al hospital. Los pacientes necesitan permitirse la posibilidad de su propia vulnerabilidad para penetrar sus defensas emocionales.

La negación cardíaca es un fenómeno complejo. Los hallazgos sugieren que la negación puede ser adaptativa durante las etapas agudas del infarto del miocardio mientras el paciente está internado en el hospital, pero desadaptativa luego del alta médica.

CONCLUSION

No hay duda que un número considerable de variables psicosociales tienen una profunda influencia en la salud y enfermedad cardíaca. Estos factores que han demostrado que aumentan el riesgo cardiovascular, incluyen respuestas a estresores ambientales crónicos y agudos, respuestas individuales a los estresores, y rasgos psicológicos.

Dado que una combinación de variaciones de estrés individual y ambiental incrementan el riesgo de desarrollo de una ECV, existen múltiples opciones de tratamiento que abordan los diferentes aspectos de la enfermedad. (3a).

Las intervenciones psicosociales o del estilo de vida tienen un enorme potencial para modificar el curso de las ECV. Consecuentemente se han propuesto medidas de prevención y tratamiento que vinculan la práctica médica con la psicología. (9)

En la actualidad es posible realizar una categorización de riesgo precisa y sistemática, que ayuda a identificar a las personas de alto riesgo, en quienes hay que extremar los aspectos educativos y las medidas de tratamiento y control, tanto en la prevención primaria (cuando no se han producido eventos cardiovasculares), como en la prevención secundaria (después de eventos tales como infartos, angina, o procedimientos de revascularización coronaria). (4)

Los beneficios de los programas de intervención psicológica en rehabilitación cardiovascular, se han puesto de manifiesto en la disminución de la tasa de mortalidad y recurrencia de eventos cardíacos, aumentos en la tasa de reincorporación laboral, reducción de la ansiedad y depresión de los pacientes, así como en la modificación de sus conductas de riesgo (Friedman y col. 1982). (10)

BIBLIOGRAFIA

- (1) ALLAN R, SCHEIDT S. Heart & Mind. The practice of Cardiac Psychology. Washington DC. American Psychological Association (APA). 1996
- (2) BELAR CD, DEARDORFF W. Clinical Health Psychology in Medical Settings. Washington DC. American Psychological Association (APA) 1995
- (3a) BENNETT S, PERRY NW, ROZENSKY RH. Handbook of Clinical Health Psychology. Washington DC. American Psychological Association (APA). 2002
- (3) BLUMENTHAL JA, BURG M, BAREFOOT J, WILLIAMS RB, HANEY T, ZIMET G. Social Support, Type A behavior and coronary artery disease. USA. Psychosomatic Medicine 1987;49;331-340
- (4) BOOTH-KEWLEY S, FRIEDMAN HS. Psychological predictors of heart disease: a quantitative review. Psychological Bulletin 1987;101;343-362.
- (5) FERNANDEZ F. Depression and its treatment in cardiac patients. USA. Texas Heart Institute Journal 1993;20;188-197.
- (6) GARFIELD SL, BERGIN AE. Psychotherapy and Behavior Change. USA 1986. John Wiley & Sons, Inc.
- (7) GOODHEART CD, LANSING MH. Treating people with chronic disease: a psychological guide. American Psychological Association (APA). 1997.
- (8) HELMER DC, RAGLAND DR, LYME LS. Hostility and coronary artery disease. American Journal of Epidemiology 1991;133; 112 -122.
- (9) LAHAM M. Psicocardiología. Abordaje psicológico al paciente cardíaco. Bs. As. 2001. Ed Lumiere.
- (10) LATORRE POSTIGO JM, BENEIT MEDINA PJ. (1994): Psicología de la Salud. Argentina. 1994 Ed Lumen.
- (11) LAZARUS RS, FOLKMAN S. Stress, appraisal and coping. New York.1984 Springer.
- (12) LOWN B. Sudden cardiac death: biobehavioral perspective. Circulation 1987;76(1);186-196.
- (13) NICASSIO PM, SMITH TW. Managing Chronic Illness. A biopsychosocial perspective. Washington DC. American Psychological Association (APA). 1995
- (14) SIEGMAN AW, SMITH TW. Anger, hostility and the heart. Hillsdale, NJ:Erlbaum. 1994
- (15) WILLIAMS RB. Refining the Type A hypothesis. Emergence of the hostility complex. USA. American Journal of Cardiology. 1987;60,27J-32J.

