

El Síndrome o Complejo HIA: Conceptualización, Modelos Explicativos y Evaluación del Constructo.

Juan Antonio Becerra García.
Departamento de Psicología. Universidad de Jaén.

RESUMEN

La relación existente entre factores psicológicos y los trastornos o enfermedad cardiovascular (ECV) ha sido fuente de numerosa atención e investigación. Uno de estos factores, el Complejo Hostilidad-Ira-Agresión o Síndrome Hostilidad-Ira-Agresión (HIA), ha sido el constructo psicológico más estudiado, como componente del Patrón de Conducta Tipo A (PCTA) o de forma aislada, y que más se ha relacionado con la enfermedad cardiovascular. En este trabajo se realiza una aproximación a este síndrome, en una primera parte se hace referencia a sus principales componentes, como son la Hostilidad (componente cognitivo), la Ira (componente afectivo o emocional) y la Agresión (componente conductual). Posteriormente se recoge una síntesis de los principales modelos explicativos de la relación entre el Síndrome HIA y la ECV y una breve descripción de las pruebas utilizadas para la evaluación de este complejo o síndrome HIA. Como conclusiones se pueden destacar que los factores psicosociales inciden en la ECV, mostrándose el componente cognitivo del constructo, la Hostilidad como el factor de referencia para comprender la relación entre los procesos emocionales y la ECV.

Palabras Clave: PCTA, Síndrome HIA, Modelos Explicativos, Evaluación Ira-Hostilidad.

INTRODUCCIÓN.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son una de las principales causas de mortalidad en la población adulta, de las distintas enfermedades cardiovasculares las más comunes son la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica y los accidentes cerebrovasculares (1). El conocimiento de estas enfermedades ha permitido conocer cuales son los factores que inciden en ellas, se han identificado una serie de factores de riesgo denominados tradicionales o clásicos, entre ellos están el tabaquismo, la obesidad, la inactividad física, los hábitos dietéticos inadecuados, además de los factores biológicos como la edad, sexo, raza e historia familiar. Estos factores de riesgo no llegan a explicar ni la mitad de los casos de trastornos cardiovasculares (2) con lo que se ha mostrado la importancia del estudio de factores de riesgo no tradicionales.

Los factores de riesgo no tradicionales que se han estudiado hacen referencia al estrés psicosocial y a las diferencias individuales en la percepción de los estímulos ambientales estresantes para cada persona. Estos factores psicosociales tienen un papel modulador sobre los factores clásicos de riesgo, dentro de estos los factores psicológicos más estudiados han sido el Patrón de Conducta Tipo A (PCTA) y el Complejo Hostilidad-Ira-Agresión.

El PCTA es descrito por primera vez por Friedman y Roseman, estos autores encontraron que en pacientes con enfermedad cardiovascular, había grupos de personas que muestran un agudo sentido de urgencia por el tiempo, junto con otras características como irritabilidad, fluidez verbal, intensidad de la voz, actividad psicomotora intensa, ambición y competitividad, constituyendo un síndrome que llega a ser típico de personas jóvenes y de mediana edad con ECV, pero que no se presentan a menudo en personas que no padecen esta enfermedad, así,

definieron con propósito descriptivo el PCTA como: “Un complejo de acción-emoción que puede ser observado en toda persona que esta agresivamente involucrada en una lucha crónica, incesante, para lograr más y más en menos y menos tiempo, y si se requiere hacerlo así, frente a los esfuerzos en contra de otras cosas y otras personas” (3).

Aunque el PCTA es un complejo acción-emoción, también se considera un constructo multidimensional (3, 4), que esta formado por diferentes factores entre los que se encuentran los siguientes:

- a) Componentes formales: Como gran fluidez verbal, intensidad de la voz alta, actividad psicomotora intensa, tensión de la musculatura facial, gestos enfáticos y otros manierismos típicos.
- b) Actitudes y emociones: Como hostilidad, impaciencia, ira y agresividad.
- c) Aspectos motivacionales: Tales como motivación de logro, competitividad, orientación al éxito y ambición, en todos sus actos (la competitividad se manifiesta en el esfuerzo de estas personas por sobresalir no solo en lo concerniente al trabajo, sino también en los pasatiempos y aficiones).
- d) Conductas observables: Como urgencia de tiempo, velocidad, hiperactividad e implicación en el trabajo.
- e) Aspectos cognitivos: Como necesidad de control ambiental, estilo atribucional interno, estable y global ante fracaso y creencias específicas que intensifican el sentimiento de estrés (por ejemplo: “hay que probarse a uno mismo constantemente”, “todo el mundo tiene que ser perfecto”, “todo lo que no sea el 100 % es el 0 %”, “todo el mundo tiene que pensar como yo”) y creencias relacionadas con la urgencia de tiempo (“el sentido de urgencia de tiempo es lo que propicia el éxito social y económico”, “no se puede hacer nada por remediar la situación”) y con la hostilidad (“Se necesita cierta cantidad de hostilidad para avanzar por el mundo”, “No se puede hacer nada contra la hostilidad”, “Las otras personas son ignorantes e ineptas”, “Dar y recibir amor es un signo de debilidad”, “Es necesario tener expectativas elevadas.”).

El PCTA ha sido muy investigado desde su aparición, algunos estudios realizados sobre este como factor de riesgo cardiovascular en distintas nacionalidades, lenguas y culturas muestran gran consistencia y validez de este constructo como factor de riesgo coronario independiente, en general los estudios longitudinales y transversales han mostrado que las personas que muestran PCTA manifiestan tasas de enfermedad cardiovascular de dos a seis veces mayores que la prevalencia de estas patologías en las personas que no lo presentan (5, 6, 7).

Pero a pesar de que muchos estudios apoyan la posibilidad de considerarlo como un factor de riesgo, existen también otros muchos estudios que no encuentran asociación entre PCTA y enfermedad cardiaca (8, 9, 10), bien porque no se encuentra relación alguna, son estudios no concluyentes, solo encuentran relación entre alguno de los componentes del PCTA y la ECV o la relación se produce en condiciones estresantes muy concretas.

Los resultados que reflejan estos estudios muestran la naturaleza multidimensional del PCTA y que no todos sus componentes tienen el mismo peso para determinar el riesgo coronario, así los meta-análisis más importantes realizados sobre las conductas y factores de personalidad relacionados con las enfermedades cardiovasculares (11, 12) señalan en sus conclusiones que Ira y Hostilidad, especialmente este último (13), son los predictores significativos de los trastornos coronarios, constituyendo estos componentes aislados dentro del PTA el Síndrome HIA.

Así, el Síndrome HIA surge por el peso diferencial de los componentes del PCTA en la determinación del riesgo coronario, aunque este síndrome es también de marcada naturaleza multidimensional y algunos de sus componentes muestran más peso que otros en la determinación de este riesgo, teniendo en cuenta esto, el objetivo de este trabajo va a ser describir sus componentes y la relación entre estos y la patología cardiovascular, haciendo referencia a los principales modelos explicativos de la relación entre el Síndrome HIA y la ECV, y hacer una aproximación a los principales instrumentos usados para su medición.

EL SÍNDROME O COMPLEJO HIA (HOSTILIDAD – IRA – AGRESIÓN).

Como se ha comentado anteriormente, el componente de Hostilidad es el más predictivo para determinar el riesgo coronario, así la hostilidad bien como componente del PCTA o bien tomada de forma aislada, es el componente más asociado con la reactividad fisiológica y el padecimiento de enfermedades cardiovasculares (14).

La Hostilidad dentro del PCTA surge como un nuevo constructo para superar las limitaciones del PCTA como predictor de ECV y se entiende como una hostilidad instrumental que surge cuando a la persona se le impiden alcanzar sus metas, y se manifiesta en irritabilidad, en expresiones faciales de enfado-ira, en un estilo de habla fuerte y con tendencia a interrumpir al interlocutor, estos componentes incluyen distintos aspectos dentro de la hostilidad, que van desde aspectos emocionales o ira a aspectos conductuales, como son las expresiones verbales y motoras (15), con lo que se considera a la Hostilidad como un constructo multidimensional, que va a incluir tres tipos de componentes, un componente afectivo o emocional (la ira), un componente cognitivo (la hostilidad) y un componente conductual (la agresión), estando estos íntimamente relacionados y siendo difícil su diferenciación (16).

Estos son los componentes cognitivos, emocionales y conductuales “cardiotóxicos” dentro del PCTA, y conformarían lo que se conoce como Síndrome HIA. Spielberger, Krasner y Solomon (17) formularon este síndrome como un complejo asociado al riesgo de enfermedad coronaria que incluye la ira tanto en estado como en rasgo, la expresión (ira-in e ira-out) y el control de ira, además de la hostilidad y la agresión. Estableciendo estos autores una especie de continuidad entre hostilidad, ira y agresión.

De manera más extensa, podemos definir los distintos componentes del Síndrome HIA de la siguiente manera:

A) LA HOSTILIDAD:

Es el componente cognitivo del constructo, estaría formada por creencias, expectativas y actitudes negativas duraderas y estables sobre la naturaleza humana y las cosas. Como principales creencias se encuentran el cinismo y las atribuciones hostiles, pensamientos acerca de que las demás personas son mezquinas, egoístas, deshonestas, antisociales e inmorales, con lo que para estas personas con hostilidad el resto de personas constituyen una fuente de amenaza percibiéndolas como antagónicas y amenazantes (18). Otras creencias serían el considerar que todo lo que uno hace, piensa y dice es correcto, que los recursos disponibles son escasos y finitos y hay que “luchar” con los demás para poder cubrir las necesidades. Además suelen aparecer expectativas negativas como desconfianza o sospecha y una actitud negativa caracterizada por enemistad, negativismo y resentimiento (18).

Quienes muestran hostilidad tienden a esperar lo peor de los demás y estar siempre a la defensiva creando ambientes en los que predomina la competitividad y la tensión, con lo que estas personas perciben el ambiente como una lucha incesante para lograr sus objetivos, para

lo que tiene que permanecer constantemente en alerta en el caso de que los demás lleven a cabo conductas malintencionadas con el fin de que les impidan conseguir su propósito; esto va a llevar a sentimientos de ira en estas personas y el que estén en constante hipervigilancia les va a hacer más propensos a padecer una enfermedad cardiovascular.

B) LA IRA:

Es el componente emocional o afectivo del constructo y hace referencia a una emoción displacentera formada por sentimientos de intensidad variable, conlleva una experiencia subjetiva como son los pensamientos y sentimientos, una activación fisiológica y neuroquímica y un determinado modo de expresión o afrontamiento.

La desencadenan situaciones relacionadas con condiciones en las que las personas son heridas, engañadas, traicionadas, y que tienen que ver con el ejercicio de control físico o psicológico en contra de la propia voluntad o que impide el alcanzar una meta a la que la persona considera que tiene derecho (19).

a) El Componente Subjetivo o Experiencia de Ira, puede variar en intensidad desde irritación leve a rabia, siendo más intensa cuando hay baja tolerancia a la frustración. La experiencia de ira se estudia a partir de dos manifestaciones, estas son ira estado e ira rasgo (20):

- La Ira Estado es la experiencia temporal de sentimientos subjetivos de tensión, enfado, irritación, furia, en respuesta a diferentes eventos, esta va acompañada de incrementos en la activación fisiológica.
- La Ira Rasgo hace referencia a la disposición a experimentar estos episodios de ira de forma más o menos frecuente y/o intensa, ya sea por percepción de un amplio rango de situaciones como provocadoras, por predisposición a experimentar elevaciones más intensas o interacciones de ambos.

La ira estado y rasgo están relacionadas íntimamente, caracterizándose el incremento de activación fisiológica que producen por la activación del sistema nervioso autónomo, el sistema endocrino, tensión muscular y cambios respiratorios.

b) En cuanto al Modo de Afrontamiento o Expresión de Ira, hay dos modos básicos de expresión de ira, la ira interna y la ira externa (20).

- Ira Interna: Es la tendencia a suprimir los sentimientos de enfado y los pensamientos que se experimentan no expresándolos de forma abierta, sería el esfuerzo por parte de la persona para que el enfado no sea observable.
- Ira Externa: Esta se refiere a la tendencia a manifestar abiertamente los sentimientos de ira que la persona experimenta, hay dos formas principales de expresión de la ira externa, estas son:
 - Forma comunicativa o asertiva, que incluiría expresiones no amenazantes de los sentimientos de ira o formas socialmente adecuadas de expresarla.
 - Forma Agresiva, esta incluiría la expresión de la ira con el propósito de infligir daño.

Johnson (21) distingue entre tres estilos diferentes de afrontamiento para disminuir las sensaciones displacenteras de la emoción de ira, estos son:

- La Supresión de Ira (Anger-In): En este estilo la persona afronta la situación reprimiendo la expresión verbal o física.
- La Expresión de la Ira (Anger-Out): Aquí la persona manifiesta conducta airadas, verbales o físicas, hacia otras personas y/u objetos, pero sin intención de producir daño.
- Control de la Ira (Anger-Control): Este estilo se caracteriza porque la persona intenta canalizar su energía emocional proyectándola hacia fines más constructivos, para llegar a una resolución positiva del conflicto.

C) LA AGRESIÓN:

Hace referencia al componente conductual del constructo, aquí se incluiría la agresión, que se refiere a la conducta abierta, definida típicamente como acciones de ataque o conductas abiertamente destructivas o punitivas, dirigidas hacia otras personas u objetos en el entorno. Estas conductas suelen ir acompañadas por cambios en la expresión facial, el tono y el volumen de voz, la postura y el movimiento, pudiendo estos cambios ser observados directamente (19).

La agresión puede tomar otras formas como son las verbales, en insultos, sarcasmos o formas agudas antagónicas o de oposición y falta de cooperatividad.

Dentro de este componente se podría distinguir entre agresión hostil e instrumental que serían:

- Agresión Hostil: Comportamiento agresivo (físico o verbal) motivado por sentimientos de rabia.
- Agresión Instrumental: Comportamiento agresivo dirigido hacia un obstáculo que se interpone entre el agresor y la meta pero no está motivado por ira

Diferentes estudios transversales y longitudinales han intentado encontrar la relación entre el Complejo o Síndrome HIA y la ECV, en los primeros estudios llevados con este propósito se estableció una relación entre la "ira hacia dentro", es decir, los factores subjetivos de ira y las emociones relacionadas con estos, y las enfermedades coronarias (22, 23), así las personas con estilo de supresión de la ira serían más susceptibles de sufrir ECV, considerándose la ira en principio como el componente esencial del constructo.

Estudios posteriores no encontraron relación entre este constructo y la ECV (24, 25), con lo que los estudios posteriores a estos se han centrado en el estudio de la dimensión cognitiva, la Hostilidad, ya que tanto la ira como la agresión, las dimensiones emocional y conductual, son variables inestables y transitorias en el tiempo, siendo la hostilidad el aspecto más estable y duradero, formando las actitudes hostiles un esquema inadaptativo estable que en diferentes situaciones lleva a producir con más frecuencia e intensidad los estados de ira (26). Así, la hostilidad sería el factor de referencia para comprender la relación entre la ECV y los procesos emocionales, encontrándose en diferentes estudios que las personas que manifiestan hostilidad, como se entiende dentro del síndrome HIA, son más proclives a desarrollar ECV (27, 28).

MODELOS EXPLICATIVOS DE LA RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME HIA Y LA ECV.

De forma muy breve, en este apartado se va a hacer referencia a los modelos más representativos que explican la relación existente entre el síndrome HIA y la ECV, estos serían los siguientes:

a) Modelo de Vulnerabilidad Somatopsíquica o Constitucional (29): Se basa en que tanto las manifestaciones psicológicas y psicofisiológicas del síndrome HIA, como la ECV, están determinadas fundamentalmente por diferencias individuales a nivel biológico o constitucional, es decir, hace referencia a que las diferencias biológicas entre las personas serían las responsables de las diferencias psicológicas que estas presentan, entre ellas la manifestación de la agresión, hostilidad e ira, con lo que habría personas biológicamente predispuestas por mayor responsividad cardiovascular y un patrón psicológico en el que está presente el síndrome HIA.

b) Modelos de Vulnerabilidad Psicosocial (30): Sugieren que las personas hostiles muestran mayor riesgo de ECV como consecuencia del perfil psicosocial negativo que los caracteriza, este es de poca cohesión, poco apoyo social y gran cantidad de conflictos interpersonales dentro del ambiente familiar social y laboral. Esencialmente, la hostilidad de estas personas les genera conflictos interpersonales, lo que les hace tener un bajo apoyo social, constituyendo esto un factor de riesgo para sufrir ECV.

c) Modelo de Reactividad Psicofisiológica (20): Este modelo considera a la hostilidad como una causa que contribuye al desarrollo de la ECV, así el síndrome HIA contribuye a la ECV produciendo un aumento en la reactividad cardiovascular y neuroendocrina, este incremento en las respuestas fisiológicas, tanto en intensidad como en cantidad, se produciría al aumentar la frecuencia con la que se producen los episodios de ira y al mantener la persona con hostilidad un estado de hipervigilancia permanente ante el entorno social.

d) Modelo Conducta-Salud (31): Partiendo de los factores clásicos de riesgo cardiovascular, estilos de vida como el fumar, inactividad física, consumo excesivo de bebidas alcohólicas y hábitos dietéticos inadecuados (consumo excesivo de sal y grasas saturadas), este modelo manifiesta que las personas hostiles presentan malos hábitos de salud, encontrándose correlaciones entre hostilidad y falta de ejercicio físico, poco cuidado personal, consumo excesivo de bebidas alcohólicas, tabaquismo y otras conductas de riesgo de cara a sufrir una ECV, además las características psicológicas del síndrome HIA se relacionan con baja adherencia a los tratamientos médicos.

e) Modelo Transaccional (32): Es un modelo integrador de los modelos basados en la reactividad fisiológica y en los aspectos psicosociales, mantiene que las diferencias individuales en reactividad psicofisiológica representan únicamente uno de los elementos de un complejo sistema interactivo, en el que los factores psicológicos y los situacionales, físicos y sociales, constituyen los restantes componentes del sistema. Así, las personas hostiles no responderían simplemente a los estresores diarios con episodios mayores, más intensos y duraderos de reactividad cardiovascular y neuroendocrina, sino que, mediante sus pensamientos y acciones, crearían también contactos más frecuentes, severos y duraderos con estos estresores.

f) Modelo de Síntesis (33): Se trata de un modelo que integra las principales aportaciones de los modelos anteriores incluyendo aspectos no tratados con la suficiente profundidad como las características de especificidad individual. Este modelo hace referencia a que los factores situacionales a los que está expuesta la persona activan procesos de evaluación cognitiva que se ven modulados por las características atribucionales-actitudinales individuales que forman el correlato cognitivo de la hostilidad dentro del síndrome HIA, así las personas mostrarán diferencias individuales en el grado en que poseen las atribuciones, expectativas y creencias características de la hostilidad.

La evaluación cognitiva asociada a la hostilidad va a influir en el ambiente (determinando el tipo de interacciones interpersonales en diferentes contextos socio-laborales) y a modular, en parte, el nivel de estrés al que se expone la persona, y los hábitos de salud (adquisición de buenos o malos hábitos de salud). Los hábitos no saludables (tabaco, sobrepeso, poco ejercicio físico, etc.) generan cambios fisiológicos que predisponen al empeoramiento de procesos ateroscleróticos. Además la evaluación cognitiva va a determinar la generación de una activación o reactividad emocional (mostrando cada individuo diferencias en las características y expresión de ira), este estado emocional de ira puede ser más o menos percibido a nivel consciente, haciendo que se desencadenen nuevas respuestas cognitivas que

aumentarían el estado de ira, pudiendo también los factores situacionales llegar a activar y modular estas respuestas emocionales, siendo esta activación de la emoción de ira la responsable de la reactividad psicofisiológica (que depende de la especificidad de respuesta individual del sistema nervioso) y, en parte, de los correlatos conductuales de agresión del síndrome.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DEL CONSTRUCTO.

En la medición psicométrica del Síndrome HIA se han usado pruebas que evalúan principalmente el componente emocional y cognitivo del constructo, es decir, pruebas que evalúan Ira y pruebas que evalúan Hostilidad. Entre los instrumentos más referidos para medir la Ira, algunos surgidos y utilizados en el ámbito clínico y otros surgidos para la investigación, se encuentran los siguientes:

a) Inventario de Ira de Novaco (34): Esta formado por 90 ítem que hacen referencia a situaciones potencialmente provocadoras de ira, a los que se responde en una escala Likert de 5 puntos (de “muy poco” a “muchísimo”) y proporciona un índice global del nivel de ira de la persona. Se han obtenido coeficientes de fiabilidad para la prueba de 0,96.

b) Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo (STAXI) (20): Consta de 44 elementos en 8 escalas de valoración, estas escalas serían: estado de ira, rasgo de ira, temperamento airado, reacción airada, control de la ira, ira hacia fuera, ira hacia dentro y expresión de ira. Este instrumento ha sido el más usado para evaluar la ira, ha sido utilizado en gran número de investigaciones y ha sido sometido también a diferentes estudios psicométricos obteniendo en estos unos buenos índices de fiabilidad y validez, presentando coeficientes alfa de 0,73 a 0,95 y correlación entre ira hacia dentro e ira hacia fuera y medidas de presión sistólica (35).

c) Inventario Multidimensional de Ira (MAI) (36): Este instrumento contempla la ira como un constructo multidimensional, esta compuesto por cinco escalas, ira hacia adentro, ira hacia fuera, rango de situaciones elicitoras de ira y punto de vista hostil e ira general.

d) Inventario de Control de la Ira (37): Este inventario está compuesto de diez subescalas, estas son: ver abusos en otros, intrusión, degradación personal, traición de la confianza, malestar, control externo y coacción, abuso verbal, abuso físico, trato injusto y bloqueo de metas.

Por otra parte, los instrumentos más usados para medir la Hostilidad serían los que se describen brevemente a continuación:

a) Inventario S-R de Hostilidad (38): Es una prueba formada por 9 situaciones, 8 de estas situaciones elicitoras de hostilidad y una de carácter neutro, da una breve descripción de cada situación y la persona debe imaginarla de forma vívida, debiendo informar en cada situación sobre su forma de reaccionar ante la misma. En cada situación la persona informa a partir de 22 modos de respuesta su forma de actuar ante la misma, señalando la intensidad en una escala Likert (1=nada, 4=mucho). El análisis factorial revela que el inventario esta compuesto por 2 factores principales: Uno constituido por las 8 situaciones elicitoras de hostilidad (explica 50 % varianza) y el otro constituido por la situación de carácter neutro (explica un 11% de varianza), que evalúan dos formas de respuesta diferenciadas, una que se refiere a Reactividad Conductual (por ejemplo, hablo a gritos, pierdo el control en mis actos, etc.) y otra que se refiere y otra a Reactividad Fisiológica (por ejemplo, el corazón me late

más deprisa, sudo, etc.), presentando el inventario una alta fiabilidad medida mediante su consistencia interna.

b) Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI) (34): Esta compuesto por 75 elementos a los que se contesta de forma dicotómica (Verdadero-Falso), agrupados en 7 subescalas: Asalto, hostilidad verbal, hostilidad indirecta, irritabilidad, suspicacia y resentimiento. Esta compuesta por 2 factores, el primer factor u Hostilidad Neurótica implica las características de experiencia de hostilidad e incluye las subescalas de suspicacia y resentimiento, mientras que el segundo factor u Hostilidad Reactiva o Expresiva esta formado por las subescalas de asalto, hostilidad verbal, hostilidad indirecta, irritabilidad. Ambos factores correlacionan con la ECV, esta prueba se ha empleado en el campo clínico y en investigación. En esta prueba se han encontrado coeficientes de fiabilidad entre 0,64 y 0,78 para las subescalas y de 0,82 para la escala completa (35).

c) Cuestionario de Hostilidad de Cook y Medley (39): Esta compuesto de 50 elementos extraídos del MMPI a los que se responde de forma dicotómica (Verdadero-Falso), agrupados en 6 subescalas que son: cinismo, sentimiento hostil, respuestas agresivas, atribución hostil, evitación y otros. Las escalas de cinismo, sentimiento hostil y respuestas agresivas conforman la Medida Compuesta de Hostilidad siendo esta medida mejor predictor que la escala completa o las distintas subescalas en su correlación con la mortalidad producida por ECV. Presenta coeficientes de fiabilidad de 0,84 y 0,85.

Otros Instrumentos que evalúan el Síndrome HIA: Otros instrumentos de evaluación, además de los ya comentados, surgidos para el estudio del constructo o alguno de sus componentes han sido los siguientes (35):

El Cuestionario de Hostilidad y su Dirección de Foulds, Caine y Creasy, este posee cinco escalas que serían: hostilidad hacia fuera, criticismo de otros, proyección de hostilidad engañosa, autocrítica y culpabilidad. La Escala de Hostilidad Manifiesta de Siegel, que mide la fuerza para expresar la hostilidad. Y por último, el Cuestionario de Agresión de Buss y Perry, que sería un instrumento para la evaluación de diferentes componentes como la agresión física, agresión verbal, e ira-hostilidad.

En cuanto a otros instrumentos para evaluar la ira se pueden destacar las Escalas de Ira de Framingham, serían una prueba en formato autoinforme, miden cuatro aspectos de esta emoción, los síntomas de ira, la ira hacia adentro, ira hacia fuera y la comunicación de la ira. La Escala de Autoinforme de ira, mide cinco subescalas, estas son: conciencia de ira, expresión de ira, culpabilidad, condenación de la ira y desconfianza. Y la Escala de Ira hacia dentro y hacia fuera de Harburg, que incluye escalas para medir tres dimensiones, ira hacia adentro, ira hacia fuera y reflexión.

CONCLUSIONES.

Las ECV reciben influencia de los factores clásicos de riesgo y también de otros factores de tipo psicosocial. Dentro de estos factores psicosociales, inicialmente cobró importancia el PCTA, pero posteriormente se consideró que no todas sus características correlacionaban positivamente con la posibilidad de padecer una ECV, se intentó averiguar cuáles eran los elementos tóxicos del mismo que sí se asociaban con dicha probabilidad. Estudios realizados en esta línea de investigación, dan mayor relevancia a la hostilidad como factor clave dentro del PCTA, pero dentro del PCTA la hostilidad es entendida como un constructo multidimensional que incluye tres componentes: cognitivo, emocional y conductual, que conformarían el “Complejo o Síndrome HIA”. De estos tres componentes la Hostilidad, o

componente cognitivo, es el aspecto más estable y duradero, y que en diferentes situaciones lleva a producir con más frecuencia e intensidad los estados de ira, encontrándose que las personas que manifiestan hostilidad, como se entiende dentro del síndrome HIA, son más proclives a desarrollar ECV, siendo la hostilidad el factor central o de referencia para comprender la relación entre el constructo HIA y la ECV, como se muestra en los diferentes modelos explicativos.

Teniendo en cuenta lo comentado, parece pues relevante evaluar y el tener en cuenta dicho componente de Hostilidad, en especial en personas con patología cardiaca, ya que si estas personas muestran hostilidad presentarían con mayor frecuencia e intensidad episodios de ira, los que si no son racionalizados o canalizados de forma adecuada pueden aumentar el riesgo de sufrir un trastorno cardiaco.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. (OMS). Enfermedades Cardiovasculares. Copenhague: OMS; 2007.
2. Fernández-Abascal EG, Palmero F, Martín-Díaz MD. Reactividad cardiovascular, principios y características. *Ansiedad Estrés* 1998;4:195-206.
3. Friedman M, Rosenman RH. *Type A behaviour and your heart*. New York: Knopf; 1974.
4. García-León A. Patrón de conducta tipo A: Descripción e intervenciones terapéuticas. *Rev Psicol Gen Apli* 1993;46(3):307-17.
5. Roseman RH, Brand RJ, Jenkins CD, Friedman M, Strauss R, Wum M. Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: Final follow-up experience of 8 ½ years. *JAMA* 1975;23:872-77.
6. Eaker ED, Abbott RD, Kannell WB. Frequency of uncomplicated angina pectoris in type A compared with type B persons (the Framingham study). *Am J Cardiol* 1989; 63(15):1042-45.
7. De Baker G, Kortnizer M, Kittel F, Dramaix M. Behaviour stress and psychological traits as risk factors. *Prev Med* 1983;12:32-6.
8. Appels A, Mulder P, Van't Hof M, Jenkins CD, Van Houtem J, Tan F. A prospective study of the Jenkins activity survey as a risk indicator for coronary heart disease in the Netherlands. *J Chronic Dis* 1987; 40(10):959-65.
9. Jenkinson CM, Medeley RJ, Mitchell JR, Turner JD. The influence of psychosocial factor on survival after myocardial infarction. *Public Health* 1993; 107(5):305-17.
10. Huysamen GK. The role of type A behavior and cigarette smoking in the prediction of coronary heart disease. *S Afr J Psychol* 1994; 24(2):62-8.
11. Booth-Kewlley S, Friedman HS. Psychological predictors of heart disease: a quantitative review. *Psychol Bull* 1987;101:343-62.
12. Matthews KA. Coronary heart disease and type A behaviours: update on and alternative to the Booth-Kewley and Friedman quantitative review. *Psychol Bull* 1988;104: 373-80.
13. García León A. Estado actual de los componentes hostilidad/ira/agresión: su relación con la reactividad psicofisiológica y la enfermedad coronaria. *Revista Facultad Humanidades de Jaén* 1993; 2(3):87-106.
14. Pérez AM. *Personalidad, afrontamiento y apoyo social*. Madrid: UNED; 1999.
15. Bermúdez J, Pérez AM, Sanjuán P. *Psicología de la Personalidad: Teoría e investigación*. Tomo II. Madrid: UNED; 2003.
16. Smith TW. Hostility and health: current status of a psychosomatic hypothesis. *Health Psychol* 1992;11:139-50.
17. Janisse MP. *Health Psychology: individual differences and stress*. New York: Springer Verlag Publishers; 1988.

18. Friedman HS. Hostility, coping and health. Washington: American Psychological Association; 1992.
19. Iacovella J, Troglia M. La hostilidad y su relación con los trastornos cardiovasculares. *Revista Psico-USF* 2003; 8(1):53-61.
20. Chesney MA, Rosenman RH. Anger and Hostility in cardiovascular and behavioural disorders. New York: Hemisphere/McGraw-Hill; 1985.
21. Johnson EH. The deadly emotions. The role of anger, hostility and aggression in health and emotional wellbeing. New York: Praeger; 1990.
22. Shekelle RB, Gale M, Osfeld A, Paul O. Hostility, risk of coronary heart disease, and mortality. *Psychosom Med* 1983;45:109-14.
23. Dembroski TM, Costa PT. Coronary prone behaviour. Components of the type A pattern and hostility. *J Pers* 1987;55:211-35.
24. Leon GR, Finn SE, Murray D, Bailey JM. Inability to predict cardiovascular disease from hostility scores or MMPI items related to type A behaviour. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56(4):597-600.
25. McCraine EW, Watkins LO, Bandsman JN, Sisson BD. Hostility, coronary heart disease (CHD) incidence, and total mortality: lack of association in a 25-year follow-up study of 478 physicians. *J Behav Med* 1986; 9(2): 119-25.
26. Yuen SA, Kuiper NA. Cognitive and affective components of the type A hostility dimensional. *Pers Individ Dif* 1991; 12:173-82.
27. Hounston BK, Chesney MA, Black GW, Cates DS, Hecker MH. Behavioural clusters and coronary heart disease risk. *Psychosom Med* 1992; 54:447-61.
28. Helmers KF, Krantz DS, Merz CH, Klein J, Kop WJ, Gottdiener JS. Defensive hostility: relationship to multiple markers of cardiac ischemia in patient with coronary disease. *Health Psychol* 1995; 14(3):202-9.
29. Krantz DS, Manuck SB. Acute psychophysiological reactivity and risk of cardiovascular disease: A review and methodologic critique. *Psychol Bull* 1984; 96:435- 64.
30. Benotsch EG, Christensen AJ, McKelvey L. Hostility, social support, and ambulatory cardiovascular activity. *J Behav Med* 1997; 2:163-76.
31. Leiker M, Hailey BJ. A link between hostility and disease: Poor health habits?. *Behav Med* 1988; 14:129-33.
32. Smith TW, Pope MK. Cynical hostility as a health risk: Current status and future directions. *J Soc Behav Pers* 1990; 5:77-88.
33. García-León A, Reyes del Paso GA. Una revisión de los modelos explicativos de la relación entre el constructo hostilidad-ira-agresión y la enfermedad coronaria. *An Psicol* 2002; 18(1): 61-76.
34. Fernández-Abascal EG. Intervención comportamental en los trastornos cardiovasculares. Madrid: Fundación Universidad-Empresa; 1994
35. Calvo F, Alemán JM, Alemán S, Ojeda B. Estudio epidemiológico de los factores de riesgo psicosociales de las enfermedades cardiovasculares: Patrón de conducta tipo A y síndrome HIA. Las Palmas: Colegio Oficial de Psicólogos; 2002.
36. Siegel JM. The multidimensional anger inventory. *J Pers Soc Psychol* 1986; 51:191-200.
37. Hoshmand LT, Austin GW. Validation studies of a multifactor cognitive-behavioral Anger Control Inventory. *J Pers Assess* 1987; 51:417-32.
38. Sánchez-Elvira A, Bermúdez J, Pérez A. Evaluación de los componentes del Patrón de Conducta Tipo A en la manifestación de conductas hostiles. *Evaluación Psicológica* 1990; 6(2):233-53.
39. Cook WW, Medley M. Proposed hostility and pharasaic-virtue scales for the MMPI. *J Appl Psychol* 1954; 38: 414-18.