

## **FACTORES EMOCIONALES ASOCIADOS A CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: ¿EXISTEN DIFERENCIAS DE SEXO / GENERO?**

Ruiz Corral M.I., Antuña Calleja P., López Alonso N.  
Psiquiatra, D.U.E. y Psicóloga clínica. Psiquiatría de Enlace. HUCA. Oviedo

[isabellourde.ruiz@sespa.princast.es](mailto:isabellourde.ruiz@sespa.princast.es)

### **RESUMEN:**

La perspectiva de género en salud nos alerta de la diferente prevalencia y letalidad del Infarto agudo de miocardio (IAM), los estereotipos a la hora de considerarlo una "enfermedad de hombres" y sus consecuencias en la atención, así como los condicionantes psicosociales que pueden complicar su evolución y su importancia a la hora de diseñar programas de intervención que favorezcan una mejor adherencia a las indicaciones terapéuticas. Nuestro objetivo es detectar diferencias, entre hombre y mujeres, en los factores de riesgo psicosocial asociados a Cardiopatía isquémica. Para ello se parte de una muestra de 332 pacientes ingresados en la Unidad de Coronarias a lo largo de Nov 06 a Dic.08 diagnosticados de Síndrome Coronario Agudo. Los datos proceden de: \* Las escalas de autovaloración: HDA (Escala de Depresión y Ansiedad en el Hospital de Zigmond y Snaith. 1983), STAI-R (Escala de Ansiedad Rasgo de la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger y al.) \* El cuestionario heteroaplicado sobre acontecimientos vitales percibidos como estresantes durante el último año en alguna de las siguientes áreas: salud personal, trabajo, familia y hogar, entorno social, situación financiera y situación personal. Los resultados obtenidos en las encuestas, tratados con métodos estadísticos (c2 y Correlación de Spearman, mediante el programa SPSS ), reflejan mayor presencia de factores de riesgo psicosocial en mujeres frente a varones, predominando en ellas los acontecimientos estresantes en el medio familiar, los antecedentes de tratamiento psiquiátrico y la ansiedad clínica, así como los síntomas depresivos sin llegar al nivel de caso clínico.

El enfoque de género aplicado a la salud arranca históricamente en los años 70, partiendo del movimiento para promover la Salud de las Mujeres. Posteriormente se fueron desarrollando otras líneas, como la que señala las Desigualdades de Género en Salud y la que incorpora el Análisis de Género como Determinante de Salud, coexistiendo elementos de las tres líneas en la práctica actual. Esta última perspectiva es un enfoque joven, que se sirve y a la vez desarrolla diversos marcos teóricos y disciplinas dentro del ámbito de la salud (epidemiología y salud pública, sociología médica, antropología, psicología y biomedicina..) a las que trata de incorporar categorías de análisis de género: necesidades de las mujeres, diferencias y desigualdades, morbilidad diferencial femenina y morbilidad diferencial por sexos, sesgos de género en la atención, factores socioeconómicos y psicosociales determinantes, que permitan desarrollar programas de intervención clínica adaptados a las características de hombres y mujeres en su entorno sociocultural (1).

El término "género" se utiliza para describir y analizar las características de hombres y mujeres que están basadas en factores sociales, mientras que "sexo" se refiere a las características que vienen determinadas biológicamente (2). El sexo, es decir lo biológico, particulariza los procesos fisiológicos y los patológicos. Paralelamente el entorno sociocultural, con sus condicionantes culturales sobre el papel que se asigna a hombres y mujeres, y el desarrollo psicológico de la propia feminidad y masculinidad, muchas veces no exentas de conflictos, también desempeñan un papel en la génesis y desarrollo de la enfermedades.

Así, cuando hablamos de género estamos refiriendonos a la esfera psíquica y social. Incluir estos criterios en nuestras intervenciones clínicas va a favorecer que realicemos diagnósticos más acertados en las mujeres, diferenciando enfermedades, físicas y/o mentales, de malestar psicosocial y nos permitirá hacer tratamientos integrados, que reduzcan el recurso fácil a la medicalización, el abuso de psicofármacos, la cronificación de la sintomatología y la hiperfrecuentación de los servicios sanitarios (3).

## **IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN**

En España, como en el resto de países occidentales, la enfermedad cardiovascular (ECV) es la primera causa de muerte en mujeres, supone el 40%, siendo el 30% en los hombres (INE 2001). Dentro de ellas la Cardiopatía Isquémica es la mayor para ellos (39%), pasando por delante de la enfermedad cerebrovascular desde el año 87, y es la segunda causa para las mujeres, acortando distancias con la anterior. Así mismo mueren más mujeres que varones por ECV: 55% mujeres frente a 45% varones en 2001. El estudio IBERICA, que realizó un registro de IAM en 7 CCAA en una población entre 25-74 años, refleja que la letalidad a los 28 días es mayor en mujeres que en hombres (44,3% para ellas frente al 37% para ellos) (4).

A esto, añadimos algunas conclusiones del informe realizado por la Sociedad Española de Cardiología para el observatorio de salud de la mujer (5):

- Las mujeres con ECV tienen peor pronóstico global probablemente por tener más edad, mayor patología asociada, por retraso diagnóstico y menor utilización de algunos tratamientos.
- Los espectaculares logros conseguidos en morbimortalidad con varones no se han conseguidos en mujeres donde no hay un descenso significativo de la mortalidad.
- La mayoría de los estudios, en los que se apoya la evidencia que se aplica en las intervenciones clínicas, están realizados con mayor participación masculina. Se resalta la importancia de publicar Guías específicas de prevención en la mujer y de investigaciones diferenciadas.

Dentro de las enfermedades cardiovasculares, la Cardiopatía Isquémica podría ser el prototipo de enfermedad cuyo abordaje se realiza desde una perspectiva masculina sin tener en cuenta las diferencias(6). Las mujeres suelen presentarla a edades más avanzadas que los hombres, la forma de aparición es más frecuentemente atípica y asocia más comorbilidad y gravedad por tanto el tratamiento y pronóstico también es diferente. Considerarla una "Enfermedad de hombres" va a condicionar que las mujeres no se consideren población de riesgo adoptando un estilo de vida menos cardiosaludable y presentando más dificultades para identificar los síntomas, aunque puedan estar bien informadas sobre la enfermedad (7). Si a esto unimos otros factores como la edad, mayor presencia de Diabetes, dolor nocturno y el priorizar, desde su papel de cuidadoras, las atención a otros antes que a ellas, podremos entender mejor que presenten un retraso en la búsqueda de asistencia respecto a los hombres (8) con las consecuencias que todo ello tiene en la evolución y pronóstico de la enfermedad.

Nuestra experiencia de varios años desarrollando un programa de Enlace con el área del corazón, en el HUCA de Oviedo (9), y el contacto más directo con los pacientes que han tenido un Síndrome coronario agudo, que supone el trabajo en grupos (9), nos va haciendo tomar conciencia de las diferencias en el enfermar y afrontar la enfermedad entre mujeres y hombres. Y nos plantea la necesidad de considerar los factores de riesgo psicosocial desde una perspectiva de género, para mejorar nuestras intervenciones y en definitiva hacer una prevención secundaria más eficaz en dichas mujeres.

Para ello nos planteamos, como parte de un estudio más amplio, un análisis descriptivo de las mujeres ingresadas en la Unidad de Coronarias con el diagnóstico de SCA y determinar la diferente presencia de factores de riesgo entre ambos sexos. Para ello, contamos con la población incluida en la detección de factores de riesgo emocional para Cardiopatía Isquémica, durante el periodo Noviembre 2006-Diciembre 2008

## **METODOLOGÍA**

Se realizó un breve cuestionario de recogida de factores de riesgo tradicionales de CI y otro apartado para factores emocionales en el que incluimos:

- Cuestionario heteroaplicado, elaborado para el estudio, sobre personal, considerando positiva la presencia de 1 o más acontecimientos.
- Escala de ansiedad rasgo del STAI de Spielberger que señala una propensión, relativamente estable, a percibir acontecimientos vitales percibidos como estresantes durante el año previo al ingreso. Se pregunta por diferentes áreas: salud, familia, trabajo, finanzas, entorno social, y situación las situaciones como amenazadoras y en consecuencia a aumentar las respuestas de ansiedad considerando positivo un percentil igual o superior a 80%. (11)
- Escala de Depresión y Ansiedad en el Hospital: HDA (Zigmond 1983, Traducido y adaptado por Bulbena y Berrios y validada por Tejero 1986.) considerando el punto de corte para caso clínico: igual o mayor de 11.
- Antecedentes de tratamiento psiquiátrico.

El personal de enfermería de la Unidad de coronarias pasa los cuestionarios a los pacientes durante su ingreso en la unidad, posteriormente los miembros del equipo de enlace (enfermero y psiquiatra) los recogemos y corregimos determinando quienes pueden ser pacientes de riesgo. Se completa la evaluación mediante entrevista clínica en la que se profundiza en los aspectos recogidos, determinando el riesgo psicosocial de los pacientes previamente seleccionados con los instrumentos, valorando el impacto de la situación que están viviendo y los

mecanismos adaptativos que están poniendo en marcha, a la vez que se determinan las intervenciones más convenientes para cada paciente.

Se considera riesgo emocional la presencia de: algún estresor en el último año, Ansiedad y/o Depresión clínicas, ansiedad rasgo elevada o antecedentes de tratamiento psiquiátrico. Los resultados obtenidos en los formularios y test han sido tratados con métodos estadísticos ( $\chi^2$  y Correlación de Spearman,) mediante el programa SPSS.

## **RESULTADOS**

### **Descriptivos para la muestra de mujeres**

La muestra está compuesta por 71 mujeres, lo que representa un 21,5% de la muestra total (332 pacientes), con una edad media de 66.51 años (dt = 12.373) (Edad media del total: 61.06 años ). El 60% eran mayores (edad igual o mayor a 65 años) frente al 42% en la muestra total. Han estado ingresadas una media de 9.35 días (dt = 6.331). En el 82.1% de los casos éste era su primer infarto.

Enfermería, en su tarea asistencial habitual, detecta riesgo en un 23.9% de las mujeres (24,4% en la total). Presentan riesgo emocional un 82.9% (75,8% en la total) y son vistas por psiquiatría de enlace un 42.9%. (37% en la total)

Factores de riesgo tradicionales: todas tienen al menos uno.

<u>Factores de riesgo tradicionales</u>	<u>Mujeres</u>	<u>Muestra total</u>
Antecedentes familiares cardiovasculares	60.6%	54.7%
HTA	55.7%	46.3%
Colesterol	54.3%	43.2%
Obesidad:	43.7%	40.8%
DM:	22.5%	20.5%
Tabaco	33.8%	52.4%
No realizan ejercicio	54.3%	51.9%

→Número de factores de riesgo tradicionales:

- |                       |             |
|-----------------------|-------------|
| a. 3: F.Riesgo: 26.1% | e. 1: 14.5% |
| b. 5: 18.8%           | f. 7: 4.3%  |
| c. 2: 18.8%           |             |
| d. 4: 17.4%           |             |

Factores de riesgo emocionales: tienen algún factor el 87.1% de las mujeres.

- 1) Estresores: el más frecuente es en la familia u hogar y el menos en la situación financiera.

<u>Estresores</u>	<u>Mujeres</u>	<u>Muestra total</u>
En salud personal	23.9%	22.9%
En trabajo	21.1%	25.1%
En familia y hogar	54.9%	36.7%
En el entorno social	14.1%	11.8%
En la situación financiera	8.5%	10.8%
En la situación personal	26.8%	20.8%

2) Antecedentes de tto psiquiátrico: 33.8% (21,5% en la muestra total)

3) Ansiedad:

- a. Nada: 42.2%
- b. Síntomas: 17.2%
- c. Clínica: 40.6%

4) Depresión: con dos puntos de corte: mayor de 7 se considera presencia de síntomas e igual o mayor de 11 caso clínico.

- a. Nada: 59,4%
- b. Síntomas: 25,5%
- c. Clínica: 14,1%

5) Ansiedad rasgo elevada (mayor o igual que 80): 38.7% (31,4% del total)

→ Número de factores de riesgo emocionales:

- a. 1 factor de riesgo:  
27.1%
- b. 2: 15.3%
- c. 0:15.3%
- d. 3:11.9%
- e. 6:8.5%
- f. 5:8.5%
- g. 4:8.5%
- h. 7:3.4%
- i. 8:1.7%

# FACTORES EMOCIONALES ASOCIADOS A CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: ¿EXISTEN DIFERENCIAS DE SEXO / GENERO?

## Diferencias según el sexo

1- En las mujeres se da mayor:

- **riesgo emocional:** 82.86 % en mujeres frente a 68.08% en varones ( $\chi^2 = 5.877$ ;  $\alpha = 0.015$ ).
- **número de pacientes mayores** (edad  $\geq 65$ ): 60% de las mujeres frente a 37.11% de los varones ( $\chi^2 = 11.822$ ;  $\alpha = 0.001$ ).

2- Respecto a los FR tradicionales en función del sexo:

- hay más mujeres con **colesterol** alto: 54.29% de mujeres frente a 40.24% de varones ( $\chi^2 = 4.399$ ;  $\alpha = 0.036$ ).
- hay más varones que **fuman**: 57.69% de varones frente a 33.80% de mujeres ( $\chi^2 = 12.765$ ;  $\alpha = 0.000$ ).
- en el resto de FR tradicional aunque no se dan diferencias estadísticamente significativas.

3- Respecto a los FR emocional:

- Se dan más frecuentemente en mujeres en los siguientes casos:

- **estresores en la familia/hogar:** 54.93% de las mujeres frente a un 31.92% de varones ( $\chi^2 = 12.684$ ;  $\alpha = 0.000$ ).
- **antecedentes de tto psiquiátrico:** 33.82% de mujeres frente a un 18.22% de varones ( $\chi^2 = 7.671$ ;  $\alpha = 0.006$ ).
- **ansiedad clínica:** 40.625% de mujeres frente a un 20.08% de varones ( $\chi^2 = 11.615$ ;  $\alpha = 0.001$ ).

- En el resto de FR riesgo emocional, no hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres.

Además, calculando la correlación de Spearman para las variables cuantitativas obtenemos que el sexo correlaciona con:

- la puntuación en ansiedad de la escala HDA\_A:  **$r = 0.147$ ;  $\alpha = 0.01$** . Es decir, las mujeres puntúan más alto en ansiedad. En las mujeres se da con mayor frecuencia la ansiedad clínica (40.625% vs 20.08%;  $\chi^2 = 11.615$ ;  $\alpha = 0.001$ ) y en los hombres es más frecuente que no exista ansiedad (61.07% vs 42.19%;  $\chi^2 = 7.378$ ;  $\alpha = 0.007$ ). No hay diferencias en los síntomas de ansiedad (17.19% de mujeres vs 18.85% de hombres).

- la puntuación en depresión de la escala HDA\_D:  **$r = 0.204$ ;  $\alpha = 0.000$** . Las mujeres puntúan más alto en depresión. No hay diferencias en cuanto a los niveles de depresión clínica (14.06% de las mujeres y 9.43% de los varones), la diferencia estadísticamente significativa se da en los síntomas depresivos (26.56% de las mujeres vs 12.70% varones;  $\chi^2 = 7.401$ ;  $\alpha = 0.007$ ) y en ausencia de depresión (77.87% varones vs 59.375% mujeres;  $\chi^2 = 9.019$ ;  $\alpha = 0.003$ ).

- el número total de estresores:  **$r = 0.111$ ;  $\alpha = 0.045$** . Esto significa que las mujeres tienden a estar expuestas a un nº mayor de estresores.

- el número total de FR emocional (suma de todos los estresores, más ansiedad, depresión, ansiedad rasgo y antecedentes psiquiátricos):  **$r = 0.125$ ;  $\alpha = 0.034$** . Es decir, las mujeres tienen mayor número de factores de riesgo emocional.

## **Descriptivo de los Grupos de psicoterapia**

En las 5 Ediciones que hemos realizado, la participación de mujeres es del 27% (48 hombres/ 13 Mujeres).

La edad media es de 51 años (de 43 a 59), todas trabajan fuera de casa y salvo una, son las principales responsables de las tareas domésticas, a las que se incorporan de forma precoz tras el alta hospitalaria.

En la valoración inicial que se realiza antes de comenzar los grupos se obtienen los siguientes resultados para la ansiedad y depresión:

Ansiedad: Nada: 7,5% Síntomas:15,5% Clínica: 77%

Depresión: Nada: 38% Síntomas:31% Clínica:38%

Tres de las pacientes, bien integradas en los grupos, tienen que abandonarlos por incorporación laboral o hacerse cargo de cuidado de familiares.

## **COMENTARIO**

En nuestro trabajo de detección de factores emocionales relacionados con la Cardiopatía Isquémica, las mujeres suponen aproximadamente una de cada cinco pacientes a los que se han aplicado las escalas. Siendo la población femenina de edad mayor que la masculina, lo que estaría

## FACTORES EMOCIONALES ASOCIADOS A CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: ¿EXISTEN DIFERENCIAS DE SEXO / GENERO?

en concordancia con los datos epidemiológicos de otros estudios, que asocian mayor prevalencia de cardiopatía isquémica en mujeres mayores, incrementándose a partir de la menopausia (8,12,13)

Respecto a los factores de riesgo tradicionales, todos, salvo el tabaco, están más presentes en el grupo de mujeres que en el de hombres, siendo estadísticamente significativos las dislipemias y la dependencia de tabaco en sentido inverso, no así la obesidad y el sedentarismo que recogen otras revisiones (8). Todas las pacientes tienen al menos un factor de riesgo tradicional siendo lo más frecuente que asocien de 2 a 5.

En cuanto a los factores de riesgo emocionales están claramente más presentes en las mujeres que en los hombres de la muestra. Desglosándolos obtenemos:

- Que las mujeres puntúan más alto en situaciones percibidas por ellas como estresantes durante el año previo al SCA. Si consideramos que sufrirlo tiene un alto impacto emocional y requiere un esfuerzo de adaptación personal y sociofamiliar, estamos ante otra situación más generadora de estrés, que va a complicar las ya existentes.
- Dentro de estas situaciones estresantes la más frecuente y con diferencia sobre los hombres, es la que se refiere al entorno familia/hogar, también reflejado en otros trabajos (14). Si además tenemos en cuenta que ellas, como se recoge en el análisis de las participantes en los grupos, son las principales implicadas en las tareas del hogar y cuidado de familiares, podemos pensar que su rápido regreso al hogar, con la carga emocional de la enfermedad y el reajuste de roles en dicho entorno (si se realiza), agudiza el malestar de las mujeres, reflejado en las escalas de ansiedad/depresión y en la opinión de las pacientes al iniciar los grupos.
- La presencia de clínica de ansiedad, previa al SCA, es el doble en mujeres que en hombres, con la importancia que tiene tanto en la evolución de la enfermedad como en el diagnóstico por la dificultad de diferenciar síntomas y la mayor tendencia a diagnosticar trastornos mentales en mujeres y a tratar con psicofármacos. (15,16,3). Si recogemos los datos que nos aporta la valoración de los grupos, la presencia de altos niveles de ansiedad se dispara hasta el 77% (3 de cada 4 mujeres), lo que tendría que hacernos pensar en intervenciones específicas, no farmacológicas, sobre manejo del estrés y la ansiedad, como los que ya se empiezan a realizar. (17,18,19)
- Uno de los factores de riesgo emocional, para cardiopatía isquémica, que más se está estudiando en la actualidad es la depresión, por su asociación con una evolución fatal de la enfermedad (20, 21), recomendándose pequeños cuestionarios de detección para su tratamiento precoz(22,23). La evidencia actual sugiere, que la depresión provoca mayor incidencia de enfermedad cardiovascular y que la cardiopatía isquémica femenina presenta mayores niveles de depresión que los hombres (24) . En nuestra muestra las mujeres también puntúan mas alto que ellos, siendo significativo estadísticamente en el nivel de síntomas. En cuanto a cómo están cuando comienzan en el grupo, una de cada tres estaría en el nivel de clínica depresiva, una en el de síntomas y una no presentaría sintomatología depresiva.
- Y estrechamente relacionado con los anteriores, también encontramos que es mayor el número de mujeres con SCA que presentan antecedentes de tratamiento psiquiátrico respecto a los hombres.

## CONCLUSIONES

La cardiopatía isquémica tiene un peso tan importante en la salud de las mujeres como en la de los hombres. Es necesario considerarlo como tal, atendiendo a las diferencias de presentación, tratamiento y evolución, para no seguir manteniendo un sesgo de discriminación al valorar el

## FACTORES EMOCIONALES ASOCIADOS A CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: ¿EXISTEN DIFERENCIAS DE SEXO / GENERO?

riesgo, por considerarla una "enfermedad de hombres".

Las mujeres que ingresan por un Síndrome coronario agudo tienen más factores de riesgo emocional que los hombres. Más de la mitad han vivido situaciones estresantes en el hogar, durante el año previo al ingreso, presentan altos niveles de ansiedad, el doble que los hombres en el rango de caso clínico, también van por delante en la sintomatología depresiva, sin que sea significativa la diferencia de los casos clínicos y casi el doble han recibido, en algún momento, tratamiento psiquiátrico. Si consideramos los datos del grupo, es decir, después de un tiempo en su domicilio, aunque la muestra sea pequeña, vemos que aumentan la depresión y considerablemente la ansiedad. Además, suelen presentar más factores de riesgo tradicionales. Esto, unido a la mayor edad, se relaciona con un peor pronóstico. Por otro lado, presentan menos dependencia de tabaco lo que podría ser un dato a favor de ellas, si no fuese porque algunos estudios ya empiezan a valorar el efecto del tabaco en fumadoras pasivas (25) y este dato no suele estar considerado en las historias clínicas.

Todo ello nos lleva a llamar la atención sobre la importancia de tener en cuenta estos factores (emocionales y de género) a la hora de hacer programas de intervención e investigación sobre esta población. Quizás, arrojen un poco de luz a debates como ¿por qué las mujeres pueden tener resultados menos favorables en la cirugía coronaria? (26), considerando también la necesidad de aplicar estrategias creativas para mejorar el funcionamiento emocional (27) tras el Síndrome coronario agudo y previo a la intervención, así como en el post-operatorio.

Y para acabar una reflexión que surge de la experiencia clínica. Si la mayor fuente de estrés de las mujeres, que presentan cardiopatía isquémica, se encuentra en el hogar y la aplicación de nuevas tecnologías acortan los periodos de ingreso (espacio reconocido para poder desconectar de su tarea habitual), quizás al alta habría que preguntarse: ¿Quién cuida de ellas, esos primeros días, cuando llegan a casa? ¿Quién las orienta sobre cómo ir asumiendo progresivamente esa tarea, escasamente reconocida como tal? ¿Quién las enseña a manejar las tensiones que su nueva situación genera en la familia, además de las que ya venían sufriendo? ¿Quién les devuelve el derecho a tenerse en cuenta y cuidarse por encima de lo que se espera (culturalmente) que hagan por el simple hecho de ser mujeres?...

### BIBLIOGRAFIA

- 1- Velasco Sara. "Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica y programas de salud". Ed. Minerva. Madrid 2009
- 2- OMS, "Declaración de Madrid. La equidad de género en la salud mediante el mainstreaming: La necesidad de avanzar". MSC, 2002.
- 3- Velasco Sara. "Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en Atención Primaria de salud". Instituto de la mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid 2006
- 4- Villar F. "Mortalidad y morbilidad cardiovascular". Revista clínica electrónica en atención primaria. 2003
- 5- SEC. "La ECV en la mujer: diferencias de género". En: La ECV en la mujer: estudio de la situación en España. Observatorio de Salud de la Mujer. MSC
- 6- Valls C. "Aspectos biológicos y clínicos de las diferencias". Ed. Folio. Barcelona 1996.
- 7- Jensen LA, Moser DK... "Gender differences in knowledge, attitudes, and beliefs about heart disease". Nurs Clin North Am. 2008;43(1):77-104
- 8- Rohlfs I., García MM., Gavaldá L., Medrano MJ., Juvinyá D..... "Género y Cardiopatía Isquémica". Gac Sanit v.18 supl.2 Barcelona 2004.
- 9- Ruiz MI, Lopez N., Antuña P., García J. Atención clínica a pacientes con factores emocionales



## FACTORES EMOCIONALES ASOCIADOS A CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: ¿EXISTEN DIFERENCIAS DE SEXO / GENERO?

*asociados a enfermedad coronaria, desde un programa de psiquiatría de enlace.* Interpsiquis.2008.

- 10-Ruiz MI, Antuña P. "*Intervención grupal en pacientes con cardiopatía isquémica*". Interpsiquis. 2009.
- 11- Spielberg. "*STAI. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*". Adaptación Española 2002
- 12-Möller-Leimküler AM... "*Woman with coronary artery disease and depression: a neglected risk group*". World J Biol Psychiatry.2008;9(2)
- 13-Shaw LJ, Merz NB, Pepine CJ... "*Insights from the NHLBI-sponsored Women's Ischemic Syndrome Evaluation (WISE) Study*". J Am Coll Cardiol 2006; 47:4S-20S
- 14-Lockyer L, Thompson DR. "*U.K. women's perception of the role of psychosocial stress in the development of coronary heart disease*". Health Care Women Int. 2009 May;30(5):408-27
- 15-Todaro JF, Shen BJ, Raffa SD,... "*Prevalence of anxiety disorders in men and women with established coronary heart disease*". J Cardiopulm Rehabil Prev.2007;27(2):86-91.
- 16-Smoller JW, Pollack MH... "*Panic attacks and risk of incident cardiovascular events among postmenopausal women in the Women's Health Initiative Observational Study*". Arch Gen Psychiatry.2007;64(10):1153-60
- 17-Orth-Gomér K., Schneiderman N... "*Stress reduction prolongs life in Women with coronary disease: the Stockholm Women's Intervention Trial for Coronary Heart Disease (SWITCHD)*" Circ Cardiovasc Qual Outcomes.2009;2(1):25-32
- 18-Blom M, Georgiades A... "*Daily stress and social support among Women with CAD: results a 1-year randomized controlled stress management intervention Study*". In J Behav Med. 2009;16(3):227-35
- 19-Claesson M, Birgander LS... "*Women's hearts-stress management for Women with ischemic heart disease: explanatory analyses of a randomized controlled trial*" J Cardiopulm Rehabil.2005;25(2):93-102
- 20-Whang W, Kubzansky LD y Col. "*Depression and risk of sudden cardiac death and coronary heart disease in women: results from the Nurses' Health Study*". J Am Coll Cardiol. 2009 Mar 17;53(11):950-8
- 21-Linke SE y Col. "*Depressive symptom dimensions and cardiovascular prognosis among women with suspected myocardial ischemia: A report from the National Heart, Lung, and Blood Institute-sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation*". Arch Gen Psychiatry. 2009 May;66(5):499-507
- 22-Lichtman JH, Bigger JT Jr, Blumenthal, JA, Frasure-Smith N, Kaufmann PG, Lesperance F, Mark DB, Sheps DS, Taylor, CB, Froelicher ES. AHA en colaboración con la APA. "*Depression and Coronary Heart Disease. Recommendations for Screening, referral and treatment*". Circulation. 2008;118:0-0
- 23- Sundel KL., Stain-Mahngren R. Andersson A... "*High frequency of anxiety and angina pectoris in depressed women with coronary heart disease*". Gend Med. 2007 Jun;4(2):146-56.
- 24-Möller- Leimküler AM... "*Gender differences in cardiovascular disease and comorbid depression*"

FACTORES EMOCIONALES ASOCIADOS A CARDIOPATÍA ISQUÉMICA:  
¿EXISTEN DIFERENCIAS DE SEXO / GENERO?

. Dialogues Clin Neurosci.2007;9(1):71-83

25-Yao He y cols. "Passive Smoking and Risk of Peripheral Arterial Disease and Ischemic Stroke in Chinese Women Who Never Smoked". Circulation, Sept.2008.

26-Sawatzky JA, Naimark BJ .."The coronary artery bypass graft surgery trajectory: Gender differences revisited". Eur J Cardiovasc Nurs 2009;8(4):302-8

27-Koertge J., Janszky I..."Effets of a stress management program on vital exhaustion and depresión in Women with CHD: a randomized controlled intervention study". J Intern Med 2008;263(3):281-93)