



# Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 28 No. 4

Diciembre de 2025

<https://doi.org/10.22402/REPI.2025.28.04.8>

## PERSPECTIVA DE GÉNERO Y VARIABLES DE SALUD MENTAL EN CIRUGÍA CARDÍACA

María Gabriela Dotti Ríos<sup>1</sup>  
Universidad de la República  
Uruguay

### RESUMEN

El trabajo es una revisión bibliográfica, con el propósito de describir la estrecha relación entre los factores psicosociales que causan enfermedades cardiovasculares y que se manifiestan partir del diagnóstico de dicha afectación de la salud, haciendo hincapié en la perspectiva de género. Es así como, en primer término, se enumeraron diversos factores psicosociales y sus riesgos, en ámbitos laborales, familiares, educativos, entre otros, causantes del estrés que se relaciona con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares en los individuos. Se exploró acerca de la incidencia de esta condición en mujeres, estableciendo los componentes psicosociales – además de los biológicos - de la enfermedad y su efecto en la población femenina. A su vez se hace referencia a los sistemas de salud pública en Latinoamérica, en los cuales se mantiene una preferencia de género en la atención de salud, lo que coloca a la mujer en segundo término, favoreciendo sus diagnósticos tardíos e inadecuados y manteniendo las desfavorables estadísticas relacionadas con la recuperación de la población femenina con estas enfermedades. En el caso de abordaje quirúrgico, se analizaron los factores que deben ser tomados en cuenta para apoyar a los pacientes a manejar el estrés ocasionado por su condición de salud. Los resultados de la revisión destacan la alta propensión e incidencia de la depresión en mujeres con enfermedades cardiovasculares, en etapas pre y post operatorias, que incrementan la mortalidad de este grupo de la población.

**Palabras clave:** Enfermedad cardiovascular; mujeres; cirugías; factor psicosocial; riesgos.

<sup>1</sup> Correo Electrónico: [gabydotti@gmail.com](mailto:gabydotti@gmail.com) ORCID: 0000-0001-7817-2054

## GENDER PERSPECTIVE AND MENTAL HEALTH VARIABLES IN CARDIAC SURGERY

### ABSTRACT

This work is a literature review aimed at describing the close relationship between psychosocial factors that cause cardiovascular diseases and those that manifest from the moment such health conditions are diagnosed, with an emphasis on the gender perspective. First, various psychosocial factors and their risks were identified across work, family, educational, and other settings, all of which contribute to stress associated with the development of cardiovascular diseases in individuals. The incidence of this condition in women was examined, establishing the psychosocial—as well as biological—components of the disease and their impact on the female population. The review also refers to public health systems in Latin America, where a gender preference in healthcare persists, placing women in a secondary position, leading to delayed and inadequate diagnoses, and sustaining unfavorable statistics regarding recovery among women with these diseases. In the case of surgical intervention, the factors that must be considered to support patients in managing the stress caused by their health condition were analyzed. The results of the review highlight the high propensity and incidence of depression in women with cardiovascular diseases, both in preoperative and postoperative stages, which increases mortality in this segment of the population.

**Keywords:** Cardiovascular disease; women; surgeries; psychosocial factors; risks.

Las enfermedades cardiovasculares son, a nivel mundial, la primera causa de muerte. Este tipo de enfermedades se desarrollan a consecuencia de la combinación de varios factores, de manera que se consideran afecciones de causas multifactoriales. Entre ellas, se cuentan la depresión y la ansiedad.

Existe abundante bibliografía que describe la relación entre las enfermedades cardiovasculares, la depresión y la ansiedad, de tal manera que los factores emocionales son elementos de riesgo para la aparición de estas enfermedades, pero, a la vez, estos factores emocionales, como resultado del estrés asociado, son consecuencias del desarrollo de una enfermedad cardiovascular.

Esta estrecha interrelación no ha sido fácil de demostrar, pero sí sumamente estudiada. Los factores psicosociales a los que están expuestos los seres humanos en los diferentes ámbitos en los que se desarrolla – trabajo, hogar, escuelas – les someten a respuestas a través de las cuales el organismo pretende afrontar la situación estresante, pero en algunos individuos, la respuesta culmina en el

desarrollo de una enfermedad que se muestra vulnerable ante un impacto emocional. Es el caso de las enfermedades cardiovasculares, éstas se manifiestan como una expresión de la imposibilidad de manejar emociones negativas, a través de mecanismos desconocidos e inexplicables, pero ciertos.

El reconocimiento acerca de la afectación que imponen los factores psicosociales sobre la salud resulta de especial importancia, si se toma en consideración que los tiempos actuales son especialmente exigentes, en términos de situaciones estresantes. Se trata de tiempos en los que se vive con prisa, sin tiempo para comidas saludables, donde la tecnología avanza a pasos acelerados y mantiene a los seres humanos en una permanente carrera para estar al día con las innovaciones. La salud ha quedado relegada a un segundo plano y se hace cada vez más difícil el control de las emociones. Es allí donde las enfermedades se abren paso, como ocurre con las enfermedades cardiovasculares.

Por otra parte, la estadística relacionada con la incidencia y la mortalidad de las enfermedades cardiovasculares, señala que las mujeres son las que exhiben la mayor probabilidad. Lo anterior no está separado de la emocionalidad predominante con la que se manejan las mujeres en sus múltiples roles, lo que explica que los afectados en su salud, con desenlaces fatales, sean mayoritariamente mujeres. Pero existen otras razones de peso, como la manifestación de la enfermedad con síntomas que las mujeres no reconocen, o prefieren desatender, colocándose en el último lugar de importancia de su grupo familiar, prefiriendo no prestar atención a lo que pudiera ser la manifestación de una grave enfermedad que le impida atender a su familia.

Existe especial interés y preocupación por el manejo de las afecciones cardiovasculares con relación al género del paciente. Se especula acerca de la falta de conocimiento de muchas mujeres y la de sus especialistas, acerca de los síntomas, de tal manera que al experimentarlos, muchas los confunden con otras situaciones de salud menos riesgosas y demoran la visita al médico. Otra de las razones por las cuales no se diferencian claramente sus síntomas, incluso luego de su acercamiento al consultorio médico, se relaciona con el hecho de que regularmente las manifestaciones de las enfermedades se presentan

posteriormente a la menopausia, regularmente luego de los 55 años. La mujer pudiera estar experimentando otras condiciones de afectación de su salud, de manera que resulta confuso diferenciar unos y otros, lo que pudiera conducir a un diagnóstico erróneo o simplemente desapercibido.

Existe otra razón que diferencia la situación de las mujeres frente a las enfermedades cardiovasculares; se trata de la falta de atención con equidad del sistema de salud público, en el que la posición de la mujer es secundaria, con diferencias comparables al trato del público según su estrato socioeconómico. Es por ello que en los últimos años, en muchos países se están implementando políticas públicas orientadas a erradicar la preferencia de género en la atención a la salud de los ciudadanos.

En todo caso, la depresión que muchas veces se manifiesta en la mujer con dolencias cardiovasculares le conduce a mantener altas tasas de mortalidad. Es necesario que se preste atención a las señales de tristeza, apatía y falta de energía, que pudieran ser causa de su sufrimiento, como también pudieran ser la consecuencia del impacto que significa enfrentar una cirugía quirúrgica, que pudiera poner en riesgo su vida. El apoyo profesional y social son muy importantes, la comunicación y la atención personalizada, que le brinden confianza y tranquilidad a la paciente, ayudarán a lograr que no abandone la rehabilitación cardíaca y conseguir un proceso de recuperación exitoso.

## MÉTODO

Se realizó una investigación del tipo cualitativa para establecer el estado de arte y describir la estrecha relación entre la cirugía cardiovascular y los factores psicosociales. La revisión bibliográfica tuvo como objetivo establecer la incidencia de los factores psicosociales como causa de estas condiciones de afectación de la salud y las consecuencias psicosociales que se manifiestan a partir del diagnóstico de dicha enfermedad, haciendo hincapié en la perspectiva de género.

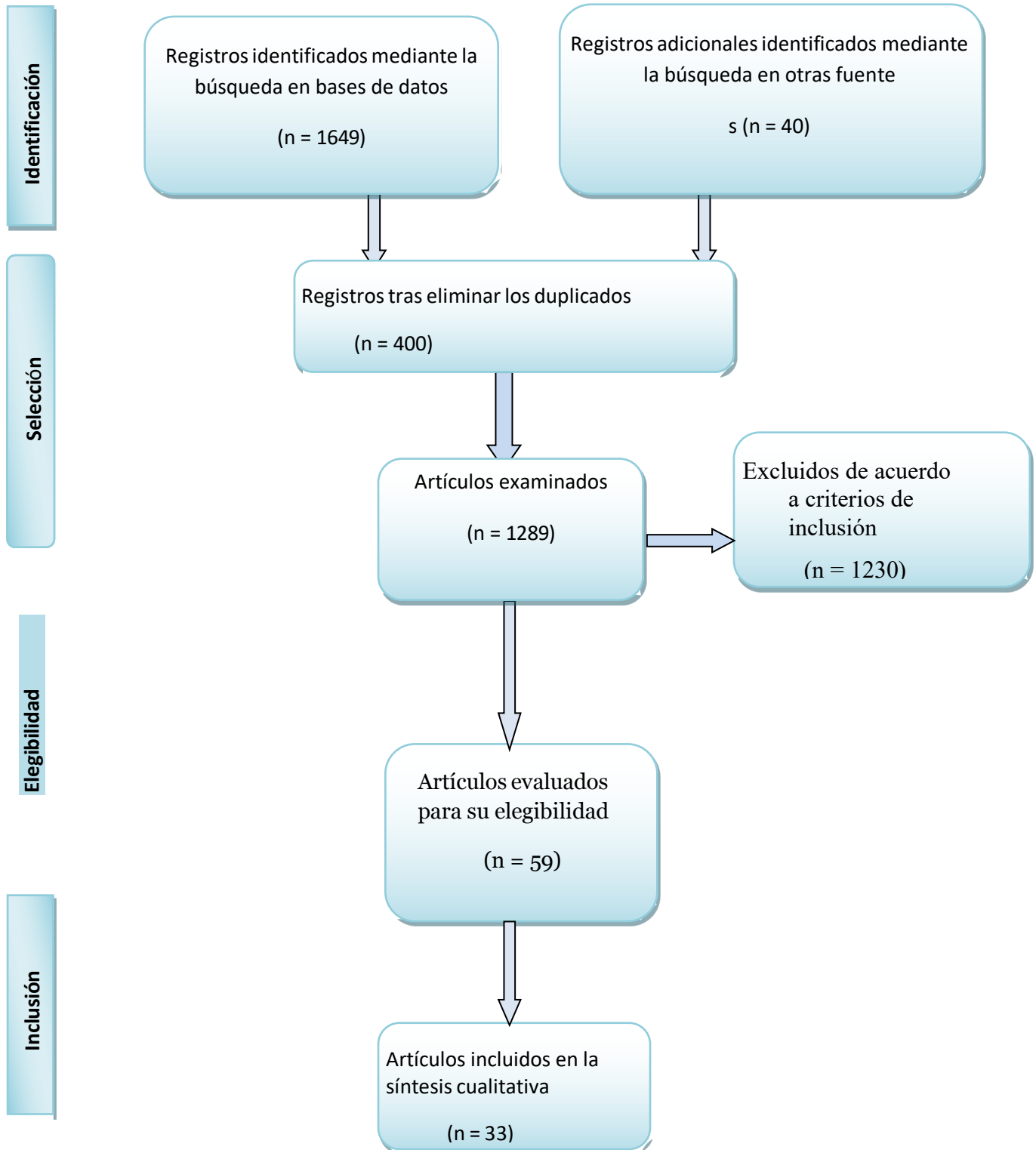
Para ello se realizó, en primera instancia, una indagación documental para recopilar el material sobre el tema. Se tuvieron en cuenta: fuentes en español,

inglés y portugués de organismos oficiales e instituciones y autores de renombre en el área de la psicología, la medicina y la psicología social publicados a partir del año 2000. Las bases de datos consultadas fueron: Medline, Redalyc, Pubmed, Scielo, Elsevier.

Luego se seleccionó y clasificó la documentación agrupándola por subtemas, relevancia y su rigor científico, de la siguiente manera: factores psicosociales en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, diferencias de género en relación a la salud cardíaca, depresión en pacientes con dicha patología, factores psicosociales que se manifiestan luego de una intervención quirúrgica cardiovascular y políticas públicas en asociación al problema de género en este tipo de afección. Para finalizar se elaboró la revisión bibliográfica y la conclusión en base al análisis del material.

BUSCADOR	TÉRMINOS DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS IDENTIFICADOS
PUBMED	<i>Cardiovascular disease AND women AND psychosocial factor</i>	717
	<i>Coronary Disease AND Gender</i>	25
DIALNET		
TIMBO	<i>Cardiovascular disease AND women AND psychosocial factor</i>	456
	<i>Coronary Disease AND Gender</i>	128
SCIELO		
REDALYC	<i>Cardiovascular disease AND women AND psychosocial factor</i>	323
TOTAL		1649

Fuente: Términos de búsqueda. Creación propia



## ASPECTOS PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN MUJERES POST TRATAMIENTO ENDOVASCULAR CORONARIO DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO.

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el mundo y su prevalencia va en aumento (Laurenti et al., 2000; Word Health Organization [WHO], 2015). Existen dos grandes grupos de los factores de riesgo conocidos causantes de las afecciones cardiovasculares. El primero de ellos es el grupo cuyas características no son modificables, a saber, la edad, el sexo y los antecedentes familiares, las cuales predisponen al individuo a sufrir de este tipo de enfermedades, pese a mantener hábitos saludables (Chevez, 2020). Así, se tiene como a medida que el individuo envejece, aumenta la probabilidad de sufrir una condición cardiovascular, especialmente entre los 50 y 65 años. Los datos estadísticos demuestran, a su vez, que para las mujeres, la enfermedad – de manifestarse - tiende a aparecer a edades más tardías, en caso de que no existan otros factores que le predispongan a sufrir de dicha condición. Por supuesto, de existir antecedentes familiares, aumenta igualmente la posibilidad de que los individuos sufran de afectaciones cardiovasculares, si – por ejemplo – sus padres son portadores de dicha condición (Larrinaga et al, 2021).

Existen, de igual modo, los factores de riesgo cardiovasculares denominados modificables. Se trata principalmente de condiciones o hábitos desarrollados por el individuo, que favorecen la ocurrencia de este tipo de enfermedades y que pueden atenderse, para que con su desaparición, pueda disminuir o desaparecer el riesgo cardiovascular. Entre estos factores, se cuentan el tabaquismo, la diabetes, la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, la obesidad y el sedentarismo (Chevez, 2020; Santos et al., 2001). Los factores de riesgo descritos pueden ser controlados con medicamentos; además, la práctica de ejercicios y una dieta saludable contribuyen en ese sentido, reduciendo de ese modo la condición cardiovascular (Larrinaga et al., 2021; Riveiro Rique et al., 2002).

### Factores psicosociales en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares:

Todo lo anteriormente descrito es una muestra de los aspectos biológicos conocidos que influyen en el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares. Pero como para muchas otras enfermedades, existe una dimensión psicosocial determinante que favorece la aparición de éstas y otras afecciones de salud y que, lamentablemente, no siempre es tomada en cuenta en las tareas de prevención y atención de las enfermedades (Turabián y Pérez-Franco, 2014).

Los factores psicosociales de las enfermedades, son aquellos que afectan a los individuos, causando respuestas específicas y/o cambios en sus conductas, con consecuencias negativas en su salud. Las enfermedades cardiovasculares no escapan a esta situación, de manera que estos factores son responsables de la aparición de esta condición en los individuos, al interactuar con los factores biológicos, siendo ambos responsables de la condición de salud del individuo (Turabián y Pérez-Franco, 2014).

Además de los factores psicosociales que derivan del entorno laboral, como es el estrés laboral derivado del acoso, el miedo a perder el trabajo debido a competencias desleales y/o niveles de exigencia intolerables, etc., existen muchos otros factores actualmente reconocidos, desarrollados en otros entornos e igualmente influyentes en la salud de los individuos. Así, por ejemplo, es el caso de angustias y estrés derivados del entorno familiar, debido a problemas con los hijos o con la pareja; el *bullying* sufrido en los institutos docentes o en la comunidad; el temor a un ambiente inseguro o a problemas financieros debido a la situación económica personal – bajo salario, gastos elevados – o nacional –elevados niveles de inflación-. Todo lo anterior pudiera conducir al individuo a un estado de aislamiento social y soledad, lo que indudablemente favorece el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (Elleit, Giorgini y Godoy, 2022).

### Diferencias de género con relación a la salud cardiovascular:

En las sociedades, se observan evidentes diferencias relacionadas con la forma en la que hombres y mujeres se reconocen, lo que parte de los roles claramente

definidos y distanciados de ambos. Es así como los hombres han sido designados como los protectores de la familia; las mujeres, por su parte, son las responsables de los cuidados y de la alimentación del grupo familiar (López et al. 2006). Estos roles imponen a cada uno de ellos diferentes efectos, en los distintos ámbitos en los que se desenvuelven. La mujer tiende a estar sobrecargada en relación a las labores del hogar, el trabajo y la crianza de los hijos, así como también sobre prejuicios y concepciones equivocadas sobre su rol en la familia (Santi, 2000).

Existen otros factores de riesgo para las mujeres, a saber, el uso de anticonceptivos orales, la posibilidad de sufrir el síndrome de ovario poliquístico, los partos prematuros o experimentar enfermedades autoinmunes, como el caso del lupus. Las enfermedades cardiovasculares, por lo general, se generan debido a la combinación de varios factores, por lo que las enfermedades cardiovasculares se consideran enfermedades multifactoriales (Juárez y Cairo, 2017).

Todo lo anterior contribuye a incrementar la carga sobre las enfermedades cardiovasculares experimentadas por las mujeres, tanto en la comorbilidad como en la posibilidad de que puedan sufrir algún tipo de discapacidad funcional. En consecuencia, muchas mujeres pueden enfermar en el lapso de los 35 a 50 años de edad, con mayores probabilidades de fallecer en comparación con los hombres del mismo rango de edad (Juárez y Cairo, 2018). Las diferencias de género en relación al curso de las enfermedades cardiovasculares cuenta con evidencia científica (Consedine, 2004 y Tung, 2009).

Lamentablemente, pese a ser una población de riesgo en lo que a las enfermedades cardiovasculares se refiere, muchas mujeres lo desconocen y presentan síntomas que no reconocen como relacionados con este cuadro de salud, por lo que retrasan la búsqueda de apoyo sanitario. Por supuesto, también enfrentan el temor de visitar al especialista, anticipando una situación grave y de alto riesgo. En oportunidades, incluso descalifican sus propios malestares, postergando su atención cuando la misma se antepone a las necesidades de otros miembros del grupo familiar. Es así como, observando un patrón de género, puede ocurrir que la mujer se coloca de última en el grado de importancia familiar, al apoyar las necesidades del resto de

sus familiares, soportando incluso malestares por tiempos prolongados, evitando su exteriorización para no ser una carga familiar (Juárez y Cairo, 2018).

En tal sentido, es un hecho la falta de apoyo de los profesionales de la salud, que pudiera evidenciarse en la falta de divulgación de esta situación y la demora en el diseño de protocolos de valoración femeninas frecuentes y periódicas relacionadas con su salud cardiovascular, entre otras acciones. En consecuencia, la ausencia de los cuidados adecuados reduce la posibilidad de resolver el problema asociado; es así como sucede que, cuando la condición cardiovascular está implantada y la mujer finalmente acude por la búsqueda de un tratamiento médico, las oportunidades son pocas debido a una situación de salud agravada y/o difícil de manejar (López, 2017).

Depresión en pacientes con enfermedades cardiovasculares:

Es una realidad que el diagnóstico de una enfermedad cardiovascular ocasiona un significativo impacto emocional para quien la padece, y los pacientes refieren regularmente síntomas de ansiedad y depresión, en la etapa posterior a la del evento de salud, verificándose incluso la manifestación del síndrome de estrés postraumático. La preocupación por su bienestar inmediato, a corto y largo plazo, se convierte en las razones que afectan la salud emocional de los pacientes. Los cuestionamientos asociados a las razones por las cuales el individuo está aquejado por dicha enfermedad – hábitos tabáquicos, sobrepeso – imponen en el paciente un malestar emocional de importancia, al reconocerse responsable de lo que significa una condición crónica que afecta su vida, dado que, para muchos, la vida culmina luego de un accidente cardiovascular (Larrinaga et al, 2021).

Por otra parte, la existencia de una condición cardiovascular exige del paciente un cambio de vida importante, para lograr que su salud se preserve, pese a su enfermedad crónica, evitando que diversos factores agudicen su condición. Estos cambios pueden pasar por aumentar la actividad física, cambiar la alimentación a una más saludable, eliminar hábitos perjudiciales – tabaco y alcohol -, entre muchas otras indicaciones, afectando no solo la rutina, sino los gustos y preferencias del

individuo, lo que pudiera ocasionarle tristeza, depresión, angustia e incluso rabia y malestar (Denollete, 2010; Farhane, 2022; Mostofsky, 2013).

Las mujeres con enfermedades cardiovasculares presentan mayor ansiedad y vulnerabilidad emocional en relación con los hombres (Tung, 2009; Moser 2003). Dichos niveles superiores podrían ser responsables de su peor ajuste psicológico (Denollet, 2010). Puede inferirse entonces que las mujeres requieran mayor atención de sus problemas psicosociales para sobrellevar las consecuencias que las patologías coronarias les imponen, desde el punto de vista biológico, social y psicológico.

Cuando se requiere para el tratamiento una intervención quirúrgica, si la indicación de esta es tardía, ello contribuye a agravar aún más la condición de la mujer, con la ocurrencia de infartos o complicaciones cardiovasculares. Es por ello que es importante, en caso de ser necesaria dicha intervención, la procura de ayuda profesional, la cual debe tener presente las diferencias de género, para apoyar al mejor tratamiento de la enfermedad (Urones, 2018).

Todo lo analizado hasta este punto ratifica las implicaciones psicosociales que imponen a los pacientes estas enfermedades, especialmente si requieren un abordaje quirúrgico. Es allí donde aplica la Psicocardiología, como una rama de la psicología que combina a psicólogos y cardiólogos en el estudio de las mejores estrategias que ayuden al paciente cardiológico a enfrentar los efectos sociales y de tipo emocional, de manera que contribuyan a atender y recuperar su salud (Laham, 2008).

La psicocardiología puede y debe acompañar al paciente en cada una de las fases de las enfermedades, dado que cuenta con las herramientas para ayudar al individuo a comprender su situación, afrontar la realidad que vive y a la cual debe adaptarse para sobrevivir a la enfermedad, y lograr así una conveniente calidad de vida (Rodríguez, 2010).

A pesar de lo anterior, las estadísticas demuestran que un alto porcentaje de pacientes que han sido intervenidos por este tipo de padecimientos, sufren de

depresión, alcanzado incluso diagnósticos de depresión mayor. Lo anterior coloca en situación de riesgo a estos pacientes, debido a la necesidad de re intervenciones, aparición de complicaciones quirúrgicas, culminando en altas tasas de mortalidad. Las mujeres, en particular, exhiben mayores niveles de depresión y, consecuentemente, de mortalidad debido a estas patologías (Stenman et al, 2014).

Molina et al (2016) muestra datos epidemiológicos relacionados con la depresión, según las cuales este padecimiento afecta entre un 17 y un 20% de los pacientes con cardiopatía isquémica, hasta un 28% de los pacientes que sufrieron un infarto de miocardio y en pacientes con insuficiencia cardiaca, en un 30%. En el caso de los pacientes sometidos a bypass de arteria coronaria, hasta un 20% sufre de depresión mayor, mientras que un 15% experimenta depresión menor.

Fuentes et al (2019), por su parte, señalan que la prevalencia de depresión post quirúrgica en mujeres es superior, en el orden del 76%, con respecto a la depresión observada en hombres, presente en un 55%.

Los síntomas de la depresión que regularmente experimentan los pacientes con esta afección de salud suman tristeza, una sensación de pérdida de energía y falta de concentración, fatiga, lentitud en los movimientos, inapetencia e insomnio, disminución de la libido y, en general, una sensación generalizada de mala salud. Como una variación, se encuentra que algunos pacientes experimentan la falta de energía a primera hora del día (Molina et al, 2016).

Existen igualmente datos estadísticos que refieren la depresión en pacientes cardiovasculares, en etapa preoperatoria. Es el caso del estudio realizado por Gomes et al (2019), se define el hecho de que el paciente sea del sexo femenino, como uno de los factores de riesgo. La importancia de este y otros trabajos de este tipo es que han permitido establecer que la detección de depresión preoperatoria incide directamente en altos niveles de ansiedad y depresión postoperatoria, incrementado así las tasas de mortalidad en estas patologías, a largo plazo y, especialmente, en pacientes femeninas.

El estudio mencionado señala, además, que la depresión detectada en la etapa preoperatoria puede perdurar durante semanas posteriores a la cirugía, afectando gravemente la recuperación del paciente y su participación en la rehabilitación cardíaca. Acerca del género del paciente, el trabajo de estos autores encontró que la ansiedad en las mujeres era superior en una relación 3,46 veces mayor con respecto a la ansiedad en pacientes masculinos. El riesgo de depresión en las mujeres resultó 3 veces mayor en mujeres versus hombres (Gomes et al, 2019).

Por otra parte, el estudio reveló que a tiempos prolongados de permanencia en hospitalización, la depresión alcanza una mayor puntuación. De igual modo, se confirmó que la ansiedad pre-operatoria guarda relación con el dolor postoperatorio y su agudización.

La escolaridad en el paciente fue igualmente valorada y los resultados indicaron que la misma se muestra como un elemento protector ante la ansiedad, por lo que se presume es una mejor comprensión del procedimiento, los riesgos y el tratamiento a seguir, que alivian al paciente, al estar bien informado. Como contrapartida, la ansiedad presente en pacientes durante el pre-operatorio, combinado con menores niveles de instrucción resultaron en mayores tasas de mortalidad a largo plazo (Gomes et al, 2019).

Al igual que la escolaridad, otro de los factores de protección identificados ante la ansiedad y la depresión de los pacientes durante el preoperatorio era la presencia de acompañantes, mientras que la soledad y el aislamiento, por el contrario, favorecen la ansiedad. Con el acompañamiento de los familiares se logran los mejores factores de protección. Para finalizar, aunque la muestra no era estadísticamente significativa, se encontró en una pequeña muestra que un tiempo de espera antes de la intervención quirúrgica (breve, de hasta 6 días) se relaciona con el miedo y la ansiedad del paciente.

En definitiva, de acuerdo con los hallazgos de este trabajo, los pacientes vulnerables, susceptibles de alcanzar niveles de ansiedad y depresión críticos, son – en primer lugar - las mujeres, seguido de quienes no tienen acompañantes, todos

aquellos quienes ya han pasado por una cirugía anterior, quienes tienen prolongados tiempos de hospitalización y a quienes les han cancelado cirugías programadas (Gomes et al, 2019).

La psicocardiología combina factores biofisiológicos, así como también patrones de conducta que le son propios a los pacientes con estas enfermedades. La atención a las emociones – especialmente la depresión - y el apoyo que las estrategias de esta disciplina ofrecen al paciente, le permite lograr una buena calidad de vida pese a su condición, al reconocer y valorar todos los aspectos que le ofrece la rehabilitación cardíaca, en el proceso de recuperación de su salud (Rodríguez, 2012).

La depresión en las mujeres, en particular, regularmente se manifiesta con tristeza, a la que le acompaña el aumento de peso y la ejecución de actividades contrarias a la salud, como el abandono de la rehabilitación cardíaca como parte del plan postoperatorio de pacientes cardiopatas. Por tal motivo, la atención a pacientes femeninas al iniciar el periodo postoperatorio es fundamental, como se describe a continuación (Molina et al, 2016).

De hecho, desde el preoperatorio, el equipo profesional que atiende al paciente está obligado a responder a todas las dudas y transmitir la más clara y completa información al paciente, que minimice sus temores e inquietudes, entendiendo el fuerte impacto emocional que atraviesa el individuo, ante lo que supone pudiera ser una muerte inminente. Lo anterior evita las interpretaciones erróneas de la información que se procure por su cuenta, de la bibliografía especializada y/o de las conversaciones que escuche y de las cuales tome frases sueltas, no necesariamente relacionadas con su caso pero que pudieran imponer mayores niveles de ansiedad en el paciente (Laham, 2022).

El tema relacionado con la información y la comunicación es de especial importancia; en la actualidad, existe abundante bibliografía sobre muy diversos temas, cuyo acceso es prácticamente ilimitado, vía internet. Por tal motivo, regularmente los especialistas se anticipan a entregar toda la información posible

para que el paciente esté suficientemente informado y no tenga que recurrir a otras fuentes, con el riesgo de interpretaciones distorsionadas. Lo anterior, sin embargo, no es una buena opción, si no se evidencia más que la necesidad de una mínima y suficiente información por parte del paciente; se presume que en el caso de pacientes con un alto nivel educativo, la entrega de información resulta más beneficiosa. En los casos en los cuales se posee un menor nivel educativo, una extensa y abundante información pudiera resultar complejo de comprender, lo que contribuiría a aumentar los niveles de ansiedad del paciente (Larrinaga et al, 2021).

Factores psicosociales luego de una intervención quirúrgica cardiovascular:

Una vez llevada a cabo la cirugía, inicia el postoperatorio, siendo éste el período cuyo impacto emocional es significativo para el paciente, debido al elevado nivel de incertidumbre que le acompaña acerca de la efectividad de la cirugía y sus expectativas de vida, a lo que se suman el dolor, el aislamiento y en general, las molestias físicas. En beneficio del paciente, es indispensable que de manera empática, sea informado del resultado de la cirugía y atendido de manera personalizada, de manera que puedan percibir la preocupación que se tiene por ellos y disfrutar de una atención segura (Ducci, 2022).

Los cuidados que se le administren al paciente durante su estancia de hospitalización en el centro de salud deben ser compasivos, entendiendo su dolor y ansiedad, al vivir la experiencia de la hospitalización, en la que el paciente está absolutamente a merced de sus cuidadores, despojado de sus ropas y sin decisión alguna de sus horarios de comida, descanso, higiene, administración de tratamientos, visitas de especialistas, de familiares y de amigos, en lo que resulta en un cambio contundente de su rutina. En las áreas de Cuidado Intensivo, en particular, el ruido de los monitores de signos vitales, la presencia de tubos y alargues y la ausencia de caras conocidas son todos causantes de elevados niveles de estrés, de manera que informar al paciente de lapsos reales de permanencia en las distintas áreas en las cuales estará ubicado, durante su hospitalización, es fundamental. Si la permanencia es larga y la recuperación, lenta, debe transmitírsele

tranquilidad al paciente, indicándole los próximos pasos, en los que se incluye el contacto con sus seres queridos (Larrinaga et al, 2021).

Una vez que la paciente abandona el centro hospitalario, debe transmitírsele confianza, para que el traslado a su residencia no vaya acompañado de temores infundados, al encontrarse sin los cuidados del personal profesional. Los especialistas deben ser enfáticos al informar al paciente que su recuperación ha de ser paulatina, de manera que ello impida un descontrol en sus niveles de ansiedad si no observan un rápido progreso en lo que será su reincorporación a una nueva rutina. Debe explicársele detalladamente lo que en lo sucesivo debe ser su dieta, las recomendaciones de sus periodos de descanso, la incorporación a su actividad productiva y el alcance de esta, así como también el tratamiento que debe seguir, asegurando una clara comprensión de las instrucciones entregadas. Una información incompleta y apresurada pudieran impactar negativamente en la salud emocional de la paciente, al encontrarse en la necesidad de consultar frecuentemente al especialista acerca de cada nuevo paso que debe atender durante su proceso de recuperación (Ducci, 2022).

El seguimiento posterior a una cirugía permitirá que la paciente pueda ser informada del avance de su recuperación, lo que permitirá la evaluación justa de su posible reincorporación a una vida normal, bajo el cumplimiento de ciertos cuidados y recomendaciones. Pero más importante aún, es el cumplimiento de un programa de rehabilitación cardíaca, diseñado por los especialistas de acuerdo con la condición de cada paciente, que inicia con el periodo postoperatorio – completada la hospitalización -, y continúa con el ejercicio progresivo y el mantenimiento de las condiciones actuales de salud (Anchiquea et al, 2017).

Un programa típico de rehabilitación cardíaca contempla el cumplimiento de una rutina de ejercicios en equipos de cinta de correr, bicicleta fija o máquina de remo, así como también caminar o trotar, según ciertas condiciones de duración y esfuerzo. Por supuesto, debe incluir un monitoreo periódico de sus signos vitales, a saber, frecuencia cardíaca, presión arterial y ECG.

Los cambios de estados de ánimo que experimentan muchas mujeres, sin llegar a ser clasificados como trastornos depresivos, pudieran igualmente aumentar el riesgo de acentuar las enfermedades cardiovasculares. De allí que los programas de rehabilitación cardíaca deban contemplar, como parte de la recuperación después de un evento o intervención quirúrgica, actividades que no solo restituyan la salud física, sino también la salud mental (Molina et al, 2016).

La rehabilitación cardíaca es sin duda un recurso efectivo, ampliamente demostrado, en el logro de la disminución de la morbilidad y mortalidad de quienes han sufrido enfermedades cardiovasculares. La depresión es uno de los factores que, en lo que respecta las mujeres, hace que tiendan a subutilizarla; la buena noticia es que la rehabilitación no solo apoya la recuperación de la paciente en la etapa postoperatoria sino que se ha demostrado que los puntajes detectados en pacientes con altos niveles de ansiedad y depresión disminuyeron significativamente, de manera que es clave que los paciente – especialmente las mujeres – no abandonen estos programas de rehabilitación (Perafán-Bautista et al, 2020).

*Políticas públicas y su relación con el problema de género en enfermedades cardiovasculares:*

En los últimos años, en muchos de los países latinoamericanos, los sistemas de salud comenzaron a trabajar desde distintas instancias para conseguir una atención igualmente interesada en tratar a las mujeres, incluso a través de aportes académicos y avances legislativos. Por ejemplo, en Uruguay, se reconoce desde el año 2005 que la salud es un derecho y bien público. En línea con lo anterior, en el 2007 se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), con el cual se implementaron estrategias de acceso a los servicios de salud, sin discriminación, compensando las diferencias existentes hasta ese momento (Borgia et al. 2012).

En Brasil se estableció en el año 2022 el día nacional de concientización sobre las enfermedades cardiovasculares. Haciendo particular foco en que las mujeres entre 35 y 45 años son más vulnerables a estas afecciones. El Ministerio de Salud

consideró importante concientizar a la población femenina sobre las formas de prevenir las enfermedades cardiovasculares, ya que las mujeres son más afectadas por los principales factores de riesgo (Ministerio da Saúde, 2022).

Como una nota adicional, es interesante tomar en cuenta que la discriminación no solo se basa en diferencias de género, ya que el estrato socioeconómico del individuo es también motivo frecuente de inequidad en la prestación del servicio. Una de las más claras evidencias de ello es la oferta del servicio por vía pública y privada, siendo ésta última de acceso para las clases económicas más favorecidas, diferenciándose de la primera por ser de mayor alcance, con un mayor número de niveles de atención disponibles (Borgia et al. 2012).

Lo anterior es una declaración de la falta de atención a los individuos, si no disponen de recursos económicos suficientes para costear la atención de los especialistas y los tratamientos indicados, de tal manera que las clases que ocupan los más bajos estratos socioeconómicos son obviamente discriminadas del derecho de disfrutar de la atención de un servicio de salud.

Las instituciones creadas a la fecha, aún insuficientes para solucionar el problema de la discriminación de género en mujeres con enfermedades cardiovasculares, obligó a la implementación de políticas públicas, justamente diseñadas y dirigidas por autoridades íntegras y competentes, en las que participa directamente la comunidad afectada por la discriminación, para cambiar la historia.

Así se presenta la campaña “Ni silencio ni tabú”, recientemente lanzada por el MIDES - INJU en el país, con la intención de sensibilizar a la población acerca de los problemas de salud mental en los adolescentes. Con esta estrategia y las políticas establecidas, se propone ejecutar una variedad de actividades a nivel nacional orientadas a tratar a los jóvenes y adolescentes con estos problemas de salud y, a la vez, a concientizar a las comunidades acerca de este problema y la atención que demanda.

Esta campaña se describe como una iniciativa que puede ser tomada como ejemplo, para atender la situación de las enfermedades cardiovasculares en mujeres y la

desatención de la cual han sido objeto, a la fecha. Además, lo más importante es que a través de este tipo de programas, el problema se hace público al difundirlo ampliamente y sensibilizando a las comunidades acerca de la importancia de resolver éste y otros problemas de este tipo. Las experiencias y vivencias logradas con las acciones implementadas podrán ser transmitidas a otras mujeres que padecen la enfermedad en cuestión, a través de talleres o páginas web, logrando de esta manera que soluciones pueden ser visualizadas y llevadas a la práctica.

Vale la pena rescatar dos de las premisas de la campaña “Ni silencio ni tabú”. Una de ellas es “No más voces silenciadas” y la segunda, “Defender la vida”, lo cual invita a expresar sentimientos y emociones, de manera que la salud mental no queda excluida de estas acciones. En el caso de las enfermedades cardiovasculares, lo descrito en secciones anteriores destaca el efecto en la salud mental de la condición física del individuo, de modo que la atención debe ser integral.

Otro de los beneficios de este tipo de políticas es que, al invitar a la comunidad a participar, se involucra a los familiares y seres cercanos a los afectados, como sería el caso de las mujeres con la afección cardiovascular y su entorno, de quien se ha demostrado su especial contribución en el logro de la recuperación de las afectadas por los cuadros depresivos.

Para finalizar, este tipo de programas permiten erradicar de manera progresiva algunos de los paradigmas tradicionales relacionados con las preferencias de género en la atención de salud; además, cada vez más se involucran distintos sectores públicos relacionados, haciendo posible la aplicación de dichas políticas y facilitando el cambio definitivo en el sistema de salud (MDS, 2022).

La consideración de equidad en la atención a los individuos sin preferencias de género en el sector salud constituye un cambio rotundo en lo que se denominan las zonas de silencio en la salud pública uruguaya, al eliminar estas prácticas que deshonran el ejercicio del derecho de la salud de los individuos. La correcta actuación no solo hará posible una justa atención de las mujeres, un diagnóstico

precios y oportuno, un tratamiento acorde a su condición, lo que en definitiva se espera que redunde en cambios de las estadísticas actuales de prevalencia y mortalidad de estas enfermedades, en las poblaciones de todas las sociedades que defienden los derechos de sus ciudadanos (Cardozo, 2022).

Con relación a lo expuesto en párrafos anteriores, es conveniente señalar que la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), adscrita a la Presidencia de la República realizó un trabajo en el año 2016, *Salud en Uruguay: tendencias y retos en clave de género*, en el cual se describen los resultados del estudio diagnóstico acerca de las brechas de género en la salud en la población y su evolución, durante los últimos 30 años. Los resultados más resaltantes se describen, a continuación (OPP, 2016).

Según el informe, no se han observado cambios significativos en los patrones de mortalidad y morbilidad, y su distribución entre sexos, manteniéndose el predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles, como es el caso de las enfermedades cardiovasculares, en morbilidad y mortalidad. Esto indica que, a la fecha de la publicación de informe, las diversas acciones realizadas para corregir la preferencia de género en la atención de salud no han logrado resultados efectivos, siendo un hecho que los índices de mortalidad u morbilidad, superior en mujeres, se debe – entre otros factores – a esta causa.

Por otra parte, los datos estadísticos presentados en el informe indican que las mujeres tienen a ser más sedentarias – hacen menos ejercicios físicos – que los hombres, consumen alcohol y tabaco con menor frecuencia, mientras que el peso tiende a aumentar para ambos grupos.

Entre las causas de las muertes violentas, se encuentran los accidentes y los suicidios, eventos que se presentan preferentemente en hombres y que se han convertido en problemas de salud pública.

La mujer es protagonista en el cuidado de personas, su salud sexual y reproductiva se observan consolidadas, siendo estos tres aspectos objeto de interés académico en el país (OPP, 2016).

Los resultados descritos en dicho informe pretenden medir el cambio en la atención a la salud, según la perspectiva de género, pero los mismos sugieren que el plazo es insuficiente para observar diferencias efectivas, de manera que el trabajo a realizar es garantizar que las políticas sigan siendo implementadas y que las instituciones actúen sin preferencia de género, centradas en las personas, los derechos de los seres humanos y los determinantes sociales (OPP, 2016).

## CONCLUSIONES

La revisión bibliográfica realizada encuentra abundante información que ratifica la estrecha relación entre los factores emocionales y las enfermedades cardiovasculares. En el mundo actual, los individuos están expuestos a una infinidad de situaciones estresantes, a diario, lo que demanda una especial fortaleza y control de las emociones.

Los factores psicosociales pueden ser de origen laboral, como los más conocidos, pero también pueden provenir de problemas personales de pareja y/o en el hogar, debida a situaciones económicas, miedos e inseguridades, entre muchos otros. Los individuos, según su personalidad, experiencias previas, cultura, nivel educativo, etcétera, afrontan de maneras muy diversas las situaciones estresantes o, como se les define, los factores de riesgo psicosocial.

Pese a lo anterior, es inevitable que el estrés, como respuesta natural que los seres humanos exhiben frente a los riesgos y situaciones amenazantes, atente contra la salud de hombres y mujeres quienes, al encontrarse superados por dichas situaciones, tienden a desarrollar enfermedades de diversas naturalezas. Es el caso de las enfermedades cardiovasculares, para las cuales es una realidad que las mismas encuentren en el estrés una causa reconocida de su desarrollo.

Si la extensión de la afectación cardiovascular, debida al estrés, pasa de ser transitoria a permanente, la condición emocional del individuo deja de ser causa de la enfermedad para convertirse en una consecuencia de ella. Lo anterior deriva del impacto emocional que representa para los individuos reconocerse como enfermos,

entendiendo el efecto que ejerce sobre su vida, tal y como la conoce hasta ese momento, siendo que muchos de sus hábitos deben ser reevaluados y modificados.

Además, es claro que las enfermedades cardiovasculares constituyen un alto riesgo a la vida de las personas, por lo que muchos de los afectados asumen el término de sus vidas, al ser diagnosticados, a pesar de que la rehabilitación cardíaca puede hacer mucho por ellos, mejorando su calidad de vida y prolongándola, manteniendo los cuidados correspondientes.

Las cifras estadísticas que se manejan relacionadas con estas enfermedades dan cuenta de altas tasas de mortalidad en mujeres, más que en los hombres. La revisión realizada describe algunas de las razones, inherentes a la naturaleza femenina, que explican dicha incidencia. Existen algunas consideraciones relacionadas con la atención a la salud, derivadas de políticas públicas en el país, según las cuales no debe haber discriminación alguna relacionada con el género de los individuos afectados, pero que en la práctica se reconocen como existentes y parcialmente responsables de los datos estadísticos asociados a la tasa mortalidad debida a la enfermedad, en mujeres.

En todo caso, ante el desarrollo de una enfermedad cardiovascular, y especialmente frente a la necesidad de un abordaje quirúrgico, las mujeres tienden a desarrollar cuadros depresivos en mayor proporción y con mayor intensidad que los hombres, lo que tiende a agudizar sus condiciones de salud, contribuye con el abandono de la rehabilitación cardíaca, resultando en altos índices de mortalidad femenina debida a estas patologías.

La naturaleza de la mujer, desde el punto de vista emocional, se manifiesta como protectora de su grupo familiar, y cumple múltiples roles como ama de casa, madre y trabajadora, lo que impone una carga emocional importante, especialmente si se reconoce enferma. Las limitaciones impuestas por su salud le ocasionan culpa, rabia e impotencia, generando altos niveles de estrés, que desembocan en procesos de depresión y ansiedad. De allí que las mujeres experimenten en mayor proporción las consecuencias emocionales de condición cardiovascular.

De acuerdo con lo anteriormente descrito, se impone la necesidad de un proceso pre y postoperatorio personalizado, especialmente diseñado por los especialistas, para que los pacientes – y especialmente las mujeres – sientan tranquilidad y confianza en los procedimientos a los cuales serán sometidos, informados y acompañados, para que puedan recuperar su salud y colaborar activamente con ese objetivo.

Todo lo anterior puede culminar en el análisis de acuerdo con el cual pudiera tratar de comprenderse la vivencia de un paciente cardíaco desde el inicio del proceso en el cual se manifiestan los síntomas, experimenta el deterioro de su salud, es diagnosticado con una enfermedad cardiovascular y es, posteriormente, sometido a una intervención quirúrgica. Todo ello representa un largo viaje, y es posible reconocer la necesaria autorregulación que muchos de estos pacientes requieren, para sobreponerse a esta situación, que escapa de su control, pone en riesgo su vida, deja entrever algunas responsabilidades personales – hábitos tabáquicos y mala dieta – en el resultado y exige un total cambio de vida (Frez & de Castro, 2020).

Todo lo anterior se encuentra severamente afectado, a saber, la adecuada y oportuna atención a la mujer con dolencias cardiovasculares, de mantenerse la falta de equidad característica de los sistemas de salud de los países latinoamericanos, en los que se hacen distinciones de género del enfermo, práctica que a toda costa debe ser combatida y corregida.

Algunos informes realizados, en años pasados, demuestran que aun no se cuenta con evidencias fehacientes que corroboren la efectividad de las políticas públicas y acciones nacionales implementadas para garantizar el trato justo y por igual de hombres y mujeres en la atención de las enfermedades cardiovasculares, que ofrezcan una mejor y mayor expectativa de vida a la mujer con cardiopatía. Por ese motivo, no pueden descuidarse los esfuerzos realizados a la fecha, manteniéndoles de manera sostenida, hasta que las tendencias comiencen a modificarse, en una demostración del logro del objetivo propuesto.

Para culminar, hay que tener presente que el hombre, analítico por naturaleza, tiende a hacer balances, se organiza según planes estructurados y tiende a buscar acompañamiento y protección, mientras que las mujeres toman una posición emocional que acompaña al proceso de análisis acerca de su condición, preocupada por las nuevas experiencias a desarrollar para intentar recuperar su cotidianidad. El equipo de especialistas y profesionales de la salud, y especialmente de la cardiovascular, debe estar atento para reconocer las diferencias en el manejo de estas situaciones para hombres y mujeres, apoyando con ajustes creativos que faciliten la comprensión de cada paciente, según sus ópticas y conductas. La honestidad es fundamental, por supuesto, de manera que la percepción que se agudiza en los pacientes – mujeres, en su mayoría – no presuma riesgos no informados, evitando de esa manera que la depresión se implante y rechace toda ayuda y rehabilitación posibles, para su recuperación.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anchiquea, C., Fernández, R. y Zeballos, C. (2017). Rehabilitación cardiovascular en la mujer. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25 (S1), pp. 99-105.  
[https://rccardiologia.com/previos/RCC%202018%20Vol.%2025/RCC\\_2018\\_25\\_S1/RCC\\_2018\\_25\\_S1\\_099-105.pdf](https://rccardiologia.com/previos/RCC%202018%20Vol.%2025/RCC_2018_25_S1/RCC_2018_25_S1_099-105.pdf)
- Borgia, F., Gularte, A., Gabrielzyk, I., Azambuja, M., Soto, J., Corneo, M., ... & González, S. (2012). De la invisibilidad de la situación de las policlínicas comunitarias-rurales en Uruguay a la priorización de la salud rural como política pública. *Saúde em Debate*, 36, 421-435. Disponible en:  
<https://scielosp.org/pdf/sdeb/2012.v36n94/421-435/es>
- Cardozo Rufo, V. (2022). Políticas de salud sensibles al género en Uruguay (2005-2020). *Revista Médica del Uruguay*, 38(4). Disponible en:  
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v38n4/1688-0390-rmu-38-04-e551.pdf>
- Chevez, D. (2020). Factores de Riesgo Cardiovascular. *Revista Ciencia Y Salud Integrando Conocimientos*, 4(1), Pág. 22–25.  
<https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/108>
- Consedine, N., Magai, C., Chin, S. (2004). Hostility and anxiety differentially predict cardiovascular disease in men and women. *Sex Roles*. (50), pp. 63–75.

- Denollet, J., Gidron, Y., Vrints, C. J. y Conraads V. (2010). Anger, suppressed anger, and risk of adverse events in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol.* (105), pp. 1555–1560.
- Ducci, H. (2022). Reflexiones sobre la experiencia del paciente en cirugía cardíaca. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22 (3), pp. 314-318.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864022000578>
- Elleit, G., Giorgini, J. y Godoy, C. (2022). Consenso de Aspectos Psicosociales en Enfermedad Cardiovascular. Capítulo 1. Epidemiología de los aspectos psicosociales y las enfermedades cardiovasculares. *Revista Argentina de Cardiología*, Vol. 90 Suplemento 8.  
[https://fasgo.org.ar/images/CONSENSO\\_DE\\_ASPECTOS\\_PSICOSOCIALES EN ENFERMEDAD CV.pdf](https://fasgo.org.ar/images/CONSENSO_DE_ASPECTOS_PSICOSOCIALES_EN_ENFERMEDAD_CV.pdf)
- Farhane, N. (2022). Bienestar psicológico en enfermedades crónicas desde una perspectiva de género: variables psicosociales e intervenciones psicológicas breves. [Tesis de grado, Universidad de Córdoba, España].  
<https://helvia.uco.es/bitstream/handle/10396/24464/2022000002615.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fuentes, M., Hoyos, M. y Lega, D. (2019). La prevalencia de depresión post quirúrgica posterior a una revascularización coronaria. [Tesis de grado, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia].  
[https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/6495/Fuentes\\_Sandoval\\_Maria\\_Alejandra\\_2020%2C.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/6495/Fuentes_Sandoval_Maria_Alejandra_2020%2C.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Gomes, E., Galvão, P., Santos, K. y Bezerra, S. (2019). Factores de riesgo para ansiedad y depresión en el periodo preoperatorio de cirugía cardíaca. *Enfermería Global*, 18(2), pp. 426-469.  
<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/322041>
- Juárez y Cairo L. (2017). *Directo al corazón. Mujeres y enfermedad coronaria, un estudio con perspectiva de género*. Sonora: El Colegio de Sonora. Disponible en: <https://es.scribd.com/book/477004689/Directo-al-corazon-Mujeres-y-enfermedad-coronaria-un-estudio-con-perspectiva-de-genero>
- Laham, M. (2008). Psicocardiología su importancia en la prevención y la rehabilitación coronarias. *Suma Psicológica*, 15(1), 143-169.
- Larrinaga, V., Hernández, E. y Crespo, I. (2021). Impacto psicológico en pacientes ante el anuncio de la cirugía cardiovascular. *Revista cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, 27 (2), pp. 1-6.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/cubcar/ccc-2021/ccc212b.pdf>

- Laurenti, R., Buchalla, C.M. y Caratin. C.V.S. (2000). Doença isquêmica do coração. Internações, tempo de permanência e gastos. Brasil, 1993 a 1997. *Arq Bras Cardiol.* 74 (6), pp. 483-570.
- López, A., Amorín, D., Berriel, F., Carril, E., Güida, C., Paredes, M., Pérez, R., Ramos, V., Varela, C., & Vitale, A. (2006). Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y sexual de la población uruguaya. In *Ediciones Trilse*.  
[https://psico.edu.uy/sites/default/pub\\_files/genero\\_y\\_generaciones.pdf](https://psico.edu.uy/sites/default/pub_files/genero_y_generaciones.pdf)
- Ministerio de Desarrollo Social (2022). Se lanzó la campaña “Ni silencio ni tabú” de MIDES - INJU para sensibilizar en salud mental adolescente. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/noticias/se-lanzo-campana-silencio-tabu-mides-inju-para-sensibilizar-salud-mental>
- Ministerio da Saúde. (14 de mayo de 2022). *Dia de conscientização: mulheres entre 35 e 45 anos são mais vulneráveis a doenças cardiovasculares*.  
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/maio/dia-de-conscientizacao-mulheres-entre-35-e-45-anos-sao-mais-vulneraveis-a-doencas-cardiovasculares>
- Molina, D., Chacón, J., Esparza, A. y Botero, S. (2016). Depresión y riesgo cardiovascular en la mujer. *Revista Colombiana de Cardiología*, 23 (3), pp. 242-249. DOI: [10.1016/j.rccar.2015.11.004](https://doi.org/10.1016/j.rccar.2015.11.004)
- Moser, D.K., Dracup, K., Mckinley, S., Yamasaki, K., Kim, C.J. y Riegel, B. (2003). An international perspective on gender differences in anxiety early after acute myocardial infarction. *Psychosom.* (65), pp. 511–516.
- Mostofsky, E., Maclure, M., Tofler, G., Muller J. y Mittleman M. (2013). Relation of outbursts of anger and risk of acute myocardial infarction. *Am J Cardiol.* (112), pp. 343–348.
- Oficina de Planeamiento y Presupuesto (2016). Salud en Uruguay: tendencias y retos en clave de género. Montevideo: OPP. Disponible en: [https://www.opp.gub.uy/sites/default/files/inline-files/Genero\\_salud.pdf](https://www.opp.gub.uy/sites/default/files/inline-files/Genero_salud.pdf)
- Perafán-Bautista, P., Carrillo-Gómez, D., Murillo, A., Espinosa, D., Adams-Sánchez, C. y Quintero, O. (2020). Efectos de la rehabilitación cardíaca en el paciente cardiovascular con ansiedad y depresión. *Revista Colombiana de Cardiología*, 27 (3), pp. 193-200.  
<https://doi.org/10.1016/j.rccar.2019.08.003>
- Racugno, P. (2023). El estrés, uno de los principales factores que provocan daño a tu corazón. <https://www.quironsalud.com/blogs/es/corazon-salud/estres-principales-factores-provocan-dano-corazon>

- Riveiro Rique, A. B, Abreu Soares, E. y Mello Meirelles, C. (2002). Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. *Rev Bras Med Esporte*. 8 (6). <https://doi.org/10.1590/S1517-86922002000600006>
- Rodríguez, T. (2010). La Psicocardiología, disciplina indispensable de estos tiempos. *Medisur*, 8(3), 1-4. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v8n3/v8n3a1156.pdf>
- Santi, P. (2000). Rol de género y funcionamiento familiar. *Revista cubana de medicina general integral*. 16 (6). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252000000600008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000600008)
- Santos, R. D., et al. (2001). III Diretrizes brasileiras sobre dislipidemias e diretrizes de prevenção da aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol*. 77(3), pp. 1-191.
- Stenman, M., Holzmann, M. y Sartipy, U. (2014). Relation of major depression to survival after coronary artery bypass grafting. *American Journal of Cardiology*. 114(5), pp. 698-703. [doi: 10.1016/j.amjcard.2014.05.058](https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2014.05.058).
- Tung, H., Hunter, A., Wei, J., Chang, C.Y. (2009). Gender differences in coping and anxiety in patients after coronary artery bypass graft surgery in Taiwan. *Heart Lung*. (38), pp. 469–479.
- Turabián J. y Pérez-Franco B. (2014). Viaje a lo esencial invisible: aspectos psicosociales de las enfermedades. *Medicina de Familia SEMERGEN*, 40 (2), pp. 65-72. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2013.03.002>
- Urones, A. (2018). Presentación clínica, abordaje terapéutico y pronóstico del infarto agudo de miocardio: ¿existen diferencias de género? Universidad del País Vasco, España. <https://addi.ehu.es/handle/10810/30860>
- World Health Organization. (2015). *Cardiovascular diseases: Descriptive note 2015*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es>