

Toma de posición

Posición de la Federación Argentina de Cardiología respecto al estrés psicológico y su impacto en la salud cardiovascular.**Position statement of the Argentine Federation of Cardiology regarding psychological stress and its impact on cardiovascular health**

Valentín Ojeda¹, Juan M C Gallardo², Lucas N Campana³, Guillermina Baroni⁴, María L Arri⁵, Ezequiel Quintana⁶, Luis Bertalot⁷.

Comité del Cardiólogo Joven de la Federación Argentina de Cardiología

1 Hospital Español de Mendoza. 2 Sanatorio El Carmen. 3 Hospital Argerich. 4 Hospital Pirovano. 5 Sanatorio Santa Fe. 6 Sanatorio Güemes. 7 Instituto Modelo de Cardiología.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido el 23 de Febrero de 2026

Aceptado después de revisión

el 10 de Abril de 2026

www.revistafac.org.ar

Los autores declaran no tener
conflicto de intereses.

Palabras clave:

Salud Mental, Estrés,
Medicina Preventiva,
Factor de Riesgo Cardiovascular.

Keywords:

Mental Health, Stress,
Preventive Medicine,
Cardiovascular Risk Factor.

RESUMEN

El estrés psicológico es un determinante clínicamente relevante y modificable del riesgo cardiovascular. Esta Toma de Posición del Comité del Cardiólogo Joven, de la Federación Argentina de Cardiología (FAC) sintetiza la evidencia y establece recomendaciones operativas para la práctica en el contexto sanitario argentino.

El presente documento sostiene que debe incorporarse el tamizaje sistemático del estrés en momentos claves del proceso cardiológico (debut de enfermedad, internación por evento y controles de seguimiento), mediante instrumentos validados y breves; que las intervenciones no farmacológicas con sustento empírico (psicoeducación, terapia cognitivo-conductual, manejo del estrés, mindfulness, actividad física) constituyen el pilar terapéutico; y que la derivación temprana a salud mental es esencial cuando la carga de síntomas compromete la adherencia, la seguridad o la calidad de vida.

Se insta a servicios y gestores a organizar circuitos de tamizaje y derivación, capacitar equipos y monitorear indicadores de proceso y resultado. Esta declaración orienta a profesionales, instituciones y autoridades para integrar Salud Mental y Cardiología, promover la equidad en el acceso y estimular investigación local sobre implementación y desenlaces.

Position statement of the Argentine Federation of Cardiology regarding psychological stress and its impact on cardiovascular health**ABSTRACT**

Psychological stress is a clinically relevant and modifiable determinant of cardiovascular risk. This Position Statement of the Young Cardiologist Committee of the Argentine Federation of Cardiology (FAC) synthesizes the evidence and establishes operational recommendations for practice in the Argentine health context.

This statement maintains that systematic stress screening should be incorporated at key moments of the cardiological process (onset of disease, hospitalization due to events and follow-up controls), using validated and brief instruments; that non-pharmacological interventions with empirical support (psychoeducation, cognitive-behavioral therapy, stress management, mindfulness, physical activity) constitute the therapeutic pillar; and that early referral to mental health is essential when the burden of symptoms compromises adherence, safety or quality of life.

Services and managers are urged to organize screening and referral circuits, train teams and monitor process and result indicators. This statement guides professionals, institutions and authorities to integrate Mental Health and Cardiology, promote equity in access and stimulate local research on implementation and outcomes.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, la comprensión del vínculo entre la mente y el corazón ha dejado de ser un terreno meramente teórico para convertirse en un campo de creciente relevancia clínica. Hoy se sabe que el estrés psicológico —tanto agudo como crónico— no sólo acompaña a las enfermedades cardiovasculares, sino que puede actuar como un factor causal, modulador y pronóstico en su evolución.

La evidencia científica es contundente: el impacto de la salud mental en la salud cardiovascular es circular y bidireccional. Diversas sociedades científicas del mundo reconocen ya este vínculo, destacando la reciente publicación de la Guía de la Sociedad Europea de Cardiología sobre Salud Mental y Enfermedad Cardiovascular, siendo uno de los hitos más significativos en la integración de la salud mental al campo de la cardiología moderna¹.

Como cardiólogos, se considera que comprender y abordar el estrés psicológico es parte esencial del cuidado de los pacientes, tanto en el consultorio como en escenarios de mayor complejidad (internación o rehabilitación). En una sociedad marcada por altos niveles de exigencia y la creciente prevalencia de estrés crónico en la población, la cardiología tiene la responsabilidad de considerar esta perspectiva en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento.

Esta toma de posición busca reafirmar la importancia de integrar el conocimiento del estrés y su impacto en la enfermedad cardiovascular, como parte de la competencia profesional del cardiólogo contemporáneo. Atender al corazón implica también atender al contexto emocional que lo influye y condiciona. Este documento busca reforzar esa mirada y promover una práctica más humana, integral y basada en la evidencia.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA O ÉTICA

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de morbilidad y mortalidad en el mundo. El estrés psicológico, agudo y crónico, se reconoce como un factor de riesgo independiente y modificable en su génesis y progresión. La detección precoz del estrés en la práctica clínica puede reducir su impacto sobre la salud cardiovascular, con implicancias positivas en la salud poblacional y en los costos del sistema de salud.

Esta toma de posición busca reforzar la necesidad de su identificación sistemática y de un abordaje inicial adecuado por parte del equipo de salud^{2,3}.

CAPÍTULO 1: ESTRÉS Y ANSIEDAD AGUDA

El estrés agudo es una respuesta de corta duración ante un estímulo repentino o amenazante. A diferencia del estrés crónico, caracterizado por la exposición prolongada a factores adversos, este ocurre bruscamente y desencadena la clásica reacción de “lucha o huida” mediante la activación neurohormonal inmediata. Emociones intensas (ira, miedo extremo) o eventos traumáticos inesperados (desastres naturales) pueden precipitarlo.

Su relevancia clínica radica en su capacidad para desencadenar eventos cardiovasculares mayores. Diversos estudios han demostrado un aumento transitorio del riesgo de infarto agudo de miocardio y de muerte súbita cardíaca inmediatamente después de situaciones de estrés intenso. Ejemplos paradigmáticos de

esto incluyen catástrofes naturales de gran escala como terremotos y tsunamis. Asimismo, episodios de ira se han asociado con un aumento en el riesgo de presentar un síndrome coronario agudo en las horas siguientes al mismo. Incluso situaciones emocionantes como grandes competencias deportivas pueden elevar súbita y significativamente la tasa de infartos y arritmias en la población. Estos hallazgos demuestran que el estrés agudo no es un fenómeno benigno para el sistema cardiovascular, y que puede desencadenar infarto agudo de miocardio, arritmias malignas e incluso muerte súbita aún en personas sin factores de riesgo tradicionales^{4,5,6,7,8}.

En cuanto a los mecanismos fisiopatológicos, el estrés agudo activa masivamente el sistema nervioso simpático y el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal. La descarga de catecolaminas genera taquicardia, eleva bruscamente la presión arterial, y aumenta la demanda miocárdica de oxígeno mientras reduce la perfusión coronaria. Esto, sumado a la disminución del tono vagal, favorece la aparición de isquemia miocárdica y arritmias ventriculares. Además, se ha observado que el estrés mental puede inducir isquemia miocárdica transitoria aún en ausencia de lesiones coronarias significativas, fenómeno conocido como isquemia miocárdica inducida por estrés mental, y atribuible a vasoconstricción coronaria paradójica y disfunción endotelial. Esta isquemia ocurre con menor esfuerzo que la inducida por ejercicio y suele ser silente, lo que dificulta su detección. Por otra parte, la activación neurohormonal genera un estado protrombótico transitorio, con mayor agregación plaquetaria y actividad procoagulante, que puede precipitar la rotura de placas de ateroma y la consecuente formación de trombos coronarios^{6,7}.

Desde la perspectiva clínica, resulta crucial interrogar sobre la presencia de estresores agudos recientes. Incorporar los factores psicosociales en la estratificación de riesgo cardiovascular es recomendable, ya que está demostrado su impacto en la morbimortalidad. Una anamnesis dirigida puede revelar desencadenantes como discusiones vehementes, pérdidas repentinas o sustos importantes^{9,10,11}.

El manejo inicial del estrés agudo en el consultorio es principalmente no farmacológico. Es importante educar al paciente en técnicas básicas de control del estrés (como respiración profunda, relajación o mindfulness) y fomentar hábitos de vida saludables (actividad física regular, buen descanso, adecuada red de contención). Se ha demostrado que el fortalecimiento del apoyo social y las estrategias activas de afrontamiento pueden atenuar el impacto del estrés sobre la salud cardiovascular. Estas intervenciones contribuyen a reducir la reactividad fisiológica adversa al estrés y resultan de primera línea en pacientes con alta carga de estrés agudo^{8,9,10,12,13,14}.

Cuando el estrés excede la capacidad de afrontamiento o interfiere con el tratamiento cardiológico, debe considerarse la derivación precoz a un equipo de salud mental (por ejemplo, programas de psicocardiología). El abordaje interdisciplinario permite un tratamiento integral y puede mejorar el pronóstico.

En conclusión, la identificación y el manejo adecuado del estrés agudo como factor de riesgo cardiovascular emergente deben formar parte de la práctica clínica contemporánea. Abordar estos factores psicosociales no solo puede mejorar la calidad de

vida de los pacientes, sino también contribuir a la prevención de eventos cardiovasculares mayores.

CAPÍTULO 2: ESTRÉS CRÓNICO

El estrés crónico surge de la exposición prolongada a condiciones de vida adversas, como ambientes laborales hostiles, inseguridad económica, conflictos interpersonales o limitaciones de tiempo. Su definición es más compleja de lo que comúnmente se plantea, y no se limita exclusivamente a la duración del estímulo estresor. Se ha demostrado que esta entidad se asocia, tanto en estudios transversales como prospectivos, con un mayor riesgo de desarrollar múltiples enfermedades. Este vínculo se explica por mecanismos fisiopatológicos directos, así como por la adopción de estrategias de afrontamiento poco saludables, lo que puede impactar negativamente en la salud general y reducir la esperanza de vida^{15,16,17}.

En las últimas décadas, se ha acumulado evidencia que vincula los factores psicosociales, incluido el estrés, con eventos cardiovasculares. Variables como el estrés crónico, la ansiedad y la depresión son difíciles de cuantificar de manera objetiva, lo que ha representado un desafío metodológico en la investigación clínica. No obstante, el estudio INTERHEART, que evaluó los factores de riesgo para el infarto agudo de miocardio (IAM) en 52 países de todo el mundo, demostró una asociación significativa entre el estrés psicosocial percibido y el riesgo de IAM. En particular, el estrés crónico en el hogar y en el trabajo mostró una fuerte relación con eventos cardiovasculares, con un odds ratio (OR) de 2,678. Con respecto a la depresión, un metaanálisis realizado por Howren et al. encontró que la misma se asocia a niveles elevados de marcadores inflamatorios como la proteína C reactiva, interleucina-1 e interleucina-6, todos ellos vinculados a un mayor riesgo de enfermedad coronaria y mortalidad cardiovascular^{18,19}.

Los mecanismos fisiopatológicos que vinculan el estrés crónico con la enfermedad cardiovascular incluyen la activación sostenida del sistema nervioso autónomo simpático, respuesta inflamatoria sistémica y disfunción vascular. Además de estos procesos biológicos, el estrés crónico suele ir acompañado de conductas de riesgo, como el consumo de tabaco, alcohol y sedentarismo, factores de riesgo bien establecidos para el desarrollo de enfermedad coronaria. Asimismo, se ha documentado una fuerte asociación entre el estrés y comorbilidades como obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial, condiciones que incrementan el riesgo cardiovascular de forma significativa. En este sentido, un metaanálisis de Wu et al evidenció que el control adecuado de estas comorbilidades puede atenuar parcialmente la relación entre depresión e infarto de miocardio o muerte por causa coronaria²⁰.

En los últimos años, ha cobrado relevancia el papel de los factores de riesgo no tradicionales en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, especialmente aquellos de índole psicológica y socioambiental. En una revisión sistemática del 2017 se demostró el vínculo del estrés crónico con la enfermedad coronaria, hipercolesterolemia y diabetes tipo 2. Numerosos estudios han demostrado que el bajo nivel socioeconómico, las malas condiciones laborales y las exigencias relacionadas con el cuidado de

la salud, pueden generar estrés crónico, el cual se asocia con un mayor riesgo de eventos cardiovasculares^{21,22}.

El estrés financiero, derivado de dificultades económicas, se ha asociado de forma consistente con efectos negativos en la salud y un mayor riesgo cardiovascular, tanto a corto como a largo plazo. Durante la crisis económica en Argentina de 1997 a 1999, el descenso del PIB coincidió con un aumento del 11,36 % en la mortalidad por infarto agudo de miocardio, lo que evidencia el impacto del contexto socioeconómico en la salud cardiovascular^{23,24}.

En cuanto a las condiciones laborales, se ha propuesto que el riesgo cardiovascular no depende de un único factor, sino de la interacción entre altas demandas psicológicas, bajo control sobre las tareas y consecuencias fisiológicas como el desarrollo del síndrome metabólico. Este enfoque resalta la necesidad de abordar el estrés laboral desde una perspectiva multidimensional, que trascienda las características individuales del trabajador²⁵.

En conclusión, el estrés crónico y los factores emocionales asociados representan determinantes significativos en la génesis y progresión de la enfermedad coronaria. La integración de enfoques terapéuticos específicos para la gestión del estrés podría no solo mejorar la calidad de vida de los pacientes, sino también constituir una estrategia eficaz en la prevención de eventos cardiovasculares mayores.

CAPÍTULO 3: DIAGNÓSTICO

En toda consulta con el paciente, el profesional debe estar abierto a identificar síntomas previamente no conocidos o nuevos sobre el estado de salud mental. Se ha visto que los servicios de salud para pacientes con enfermedad cardiovascular a veces carecen de la educación necesaria para identificar problemas de salud mental²⁵.

a. Cuestionarios psicométricos.

Para facilitar el tamizaje de estrés en pacientes, se puede valer de cuestionarios, ya que son prácticos de usar y no consumen mucho tiempo. Entre ellos está el cuestionario de Desorden de Ansiedad Generalizado (GAD en inglés), que cuenta con elevada sensibilidad y baja especificidad para el diagnóstico de ansiedad. El mismo inicia con 2 preguntas, que de ser positivas prosiguen con el GAD-7, de 7 preguntas, con mayor especificidad. En el consenso de Salud Mental de la Sociedad Europea de Cardiología del 2025, se sugiere realizar este cuestionario durante el diagnóstico de enfermedad cardiovascular nueva o nuevo evento cardiovascular, incluyendo el periodo de internación, con un seguimiento que puede ser anual o según el juicio clínico del personal de salud interviniente (*Tabla 1*)^{1,26,27,28}.

La Escala de Estrés Percibido (PSS) es otra herramienta ampliamente utilizada, con adecuada validación poblacional. Esta escala evalúa el estrés percibido en el último mes, y por otro lado la capacidad para afrontarlo (resiliencia). Puede ser auto informado por el paciente. Son 14 preguntas con escala de puntos, desde 0 o nunca, a 4 muy a menudo. Una versión abreviada de 10 preguntas es la PSS-10^{29,30}.

TABLA 1.
Herramienta GAD-2 de screening

Dentro de las dos últimas semanas. ¿Cuán seguido tuviste estos sentimientos?	No del todo	Algunos días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Sentirse nervioso, ansioso o “al borde”	0	1	2	3
No sentirse capaz de frenar o controlar las preocupaciones	0	1	2	3

Un score de más de 3 tiene significancia clínica positiva para síntomas de ansiedad
GAD-2: Test de 2 ítems para trastorno de ansiedad generalizada

b. Biomarcadores.

Para que un biomarcador sea usado para el diagnóstico, debe ser cuantificable, sensible y específico. Si bien algunos estudios han demostrado vinculación de estrés con alteración de biomarcadores, entre ellos cortisol y adrenalina, la baja evidencia hace que no se sugiera como método diagnóstico^{31,32}.

CAPÍTULO 4. MEDIDAS TERAPÉUTICAS

El manejo del estrés debe considerarse parte del tratamiento integral de la enfermedad cardiovascular. Durante la entrevista, el profesional debe procurar una buena comunicación médico paciente, abogando que sea activa y empática, para facilitar la detección de factores psicosociales y emocionales. De esta forma se logrará desenmascarar mejor los causales de las problemáticas del paciente, y se podrá abordar herramientas para el manejo del estrés. Mejorará a su vez la adherencia terapéutica integral y calidad de vida. Se recomienda un enfoque interdisciplinario que promueva hábitos saludables, técnicas de relajación y acompañamiento con profesionales de salud mental.

a. Psicoterapia

Se ha estudiado la terapia psicológica dirigida por un profesional, en programas de seguimiento posterior a eventos cardiovasculares, con buenos resultados en cuanto a aceptación de proceso enfermedad-salud, disminución de síntomas estresantes y mejora de adherencia a tratamiento de patología de base. En pacientes con arritmias como fibrilación auricular y pacientes con dispositivos desfibriladores implantables, demostró mejoría en cuestionarios de calidad de vida^{33,34,35,36,37,38}.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es la de mayor evidencia. Su enfoque está puesto en cambiar patrones de pensamiento y conducta negativos. Dos revisiones sistemáticas en pacientes con enfermedad arterial coronaria demostraron que la TCC puede reducir nuevos eventos CV. Hay estudios que demuestran que la TCC posterior a un evento CV, disminuye la tasa de reingreso o nuevos eventos CV. En los estudios que no demostró disminuir los eventos cardiovasculares mayores, si se observó mejoría en calidad de vida, tanto para FA e infarto de miocardio. Esta terapia tiene indicación como tratamiento en guías y consensos de hipertensión arterial, enfermedad arterial coronaria crónica y de hipertensión pulmonar. Una variable es la TCC para grupos, en los que las estrategias están apuntadas a la prevención de ansiedad, y de la cual hay varios protocolos con eficacia demostrada. Un estudio pequeño en estudiantes universitarios demostró mejoras más rápidas en cuestionarios de depresión y ansiedad al hacer tera-

pia grupal vs terapia individual. Las terapias grupales basadas en mindfulness también demostraron mejoría en términos de ansiedad y manejo de emociones negativas^{39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52}.

b. Mindfulness y meditación

Mindfulness implica concentración en el momento presente, al ayudar a la resiliencia cognitiva frente a los factores estresantes, lo que ayuda a la regulación emocional. Busca la atención plena en el momento presente, con una actitud amable y sin juzgar. Es prestar atención al momento presente, sin criticarlo. Esta práctica que busca cultivar un estado mental de apertura y aceptación favorece la regulación emocional, la reducción del estrés y una mayor sensación de bienestar general^{53,54,55}.

Terapias basadas en mindfulness tienen evidencia demostrada en mejoría de calidad de vida en pacientes que tuvieron un evento cardiovascular como infarto de miocardio con angioplastia coronaria. En estos pacientes está demostrado que mindfulness ayuda a controlar el estrés y los síntomas de ansiedad. En rehabilitación cardíaca, se demostró que la rehabilitación con ejercicio y mindfulness fue superior a la primera aislada en términos de bienestar personal. Se encuentra demostrada la reducción de valores de presión arterial y su uso fue llevado a consensos. Personalidades perfeccionistas, con disminución de la variabilidad de la FC, pueden verse beneficiados del mindfulness^{46,56,57,58,59,60,61,62}.

Meditar hace foco en la respiración, sonido o sensación, para reducir los niveles de estrés y sus efectos negativos. Meditar implica tener la mente enfocada y alcanzar o buscar la paz interior. Se ha demostrado su eficacia tanto en prevención primaria (disminución de eventos CV) como en prevención secundaria, tanto con el mindfulness como con la meditación. Terapias como el yoga y la escucha de música clásica también pueden ser usadas como tratamiento, debido a su efecto cardioprotector demostrado^{62,63,64,65,66}.

Como conclusión, el conjunto de la evidencia disponible respalda al mindfulness y la meditación como una estrategia no farmacológica eficaz, segura y potencialmente cardioprotectora. Su implementación en programas de rehabilitación y prevención secundaria permite optimizar el manejo integral del paciente con enfermedad cardiovascular, abordando factores psicoemocionales que influyen en la evolución clínica.

c. Prescripción de actividades sociales

La prescripción de actividades sociales significa proveer a las personas de tratamientos personalizados que se extienden más

allá del tratamiento médico tradicional, encaminado a recursos y actividades de la comunidad. Mejoran la adherencia al tratamiento cardiovascular habitual, reducen síntomas de estrés y ansiedad y mejoran los cuestionarios de calidad de vida. Entre las actividades prescriptas que se han estudiado se encuentran baile, andinismo, clases de cocina, jardinería. Las intervenciones sociales que incluyen profesionales son más efectivas para mejorar valores de presión arterial y la adherencia a la actividad física. Actividades como la jardinería, ejercicios en áreas verdes y caminatas en naturaleza, demostraron eficacia en reducir valores de presión arterial y moderar los scores de ansiedad^{67,68,69,70,71}.

d. Modificaciones del estilo de vida

Un tratamiento holístico debe incluir modificaciones de estilo de vida que reduzcan el riesgo cardiovascular, mejoren el estado de salud mental y aumenten la adherencia al tratamiento.

La actividad física genera la liberación de endorfinas, que entre otras sustancias neuroactivas, mejoran el estado de ánimo y reducen el estrés, y es particularmente útil en pacientes con enfermedad CV^{72,73}.

Intervenciones en la dieta tienen el doble resultado en mejorar tanto en metas de salud mental como de prevención CV. Dietas elevadas en consumo de azúcar, carbohidratos procesados y grasas saturadas están vinculadas a aumento de ansiedad. En este aspecto, todavía faltan estudios que vinculen dietas que generen baja inflamación arterial y reducción de estrés significativo^{74,75}.

En la cesación tabáquica está demostrado que la terapia cognitivo conductual asociada a medicación o nicotina fue superior a medicación sola para lograr la abstinencia a fumar⁷⁶.

e. Cuando derivar. Tratamiento farmacológico

En la toma de posición de la ESC 2025 de Salud Mental y Enfermedad Cardiovascular, se aconseja la creación de un equipo interdisciplinario de cardiología - salud mental para el abordaje integral de los pacientes. Ante casos de enfermedad mental severa (ansiedad, depresión) o sospecha de gravedad, diagnosticados por los cuestionarios arriba mencionados (Capítulo 3: diagnóstico) se sugiere la derivación a equipos de salud mental para una atención inicial por especialista¹.

El uso de benzodiacepinas presenta niveles de sobre indicación y uso excesivo en el mundo, especialmente en adultos mayores. La indicación de benzodiacepinas tiene relacionado un aumento de mortalidad por todas las causas. La presente toma de posición define como fuera de alcance la indicación de tratamiento farmacológico, y sobre todo desaconseja su uso como primera línea, estando reservada solo para los cuadros moderados-severos de ansiedad y depresión^{77,78,79}.

CAPÍTULO 5. POSTURA OFICIAL

Como factor de riesgo cardiovascular emergente, y con la creciente evidencia científica, se considera que en la práctica médica el profesional de atención primaria debe tener entre sus herramientas la capacidad de detectar estrés psicológico en su paciente consultante. Debe a su vez ser capaz de sugerir e indicar terapias con evidencia científica comprobada.

Al mismo tiempo, tomando en consideración la elevada prescripción de benzodiacepinas, se aconseja que las mismas no sean utilizadas como primera línea de forma sistemática.

CAPÍTULO 6. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y CONFLICTOS DE INTERÉS

Se declara no presentar conflictos de interés para la generación de esta toma de posición médica.

BIBLIOGRAFIA

1. Bueno H, Deaton C, Farrero M, et al. ESC Scientific Document Group, 2025 ESC Clinical Consensus Statement on mental health and cardiovascular disease: developed under the auspices of the ESC Clinical Practice Guidelines Committee. *Eur Heart J* 2025; 46: 4156 - 4225.
2. Wang H, Naghavi M, Allen C, et al. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388: 1459 - 1544. Erratum in: *Lancet* 2017; 389: e1.
3. Lanas F, Avezum A, Bautista LE, et al. Risk Factors for Acute Myocardial Infarction in Latin America. *Circulation* 2007; 115: 1067 - 1074.
4. Leor J, Poole WK, Kloner RA. Sudden cardiac death triggered by an earthquake. *N Engl J Med* 1996; 334: 413 - 419.
5. Niiyama M, Tanaka F, Nakajima S, et al. Population-based incidence of sudden cardiac and unexpected death before and after the 2011 earthquake and tsunami in Iwate, northeast Japan. *J Am Heart Assoc* 2014; 3: E798.
6. Mostofsky E, Penner EA, Mittleman MA. Outbursts of anger as a trigger of acute cardiovascular events: A systematic review and meta-analysis. *Eur Heart J* 2014; 35: 1404 - 1410.
7. Wilbert-Lampen U, Leistner D, Greven S, et al. Cardiovascular events during World Cup soccer. *New Engl J Med* 2008; 358: 475 - 483.
8. Lanas F, Avezum A, Bautista LE, et al. Risk factors for acute myocardial infarction in Latin America: The INTERHEART Latin American study. *Circulation* 2007; 115: 1067 - 1074.
9. Vancheri F, Longo G, Vancheri E, et al. Mental stress and cardiovascular health - Part I. *J Clin Med* 2022; 11: 3353.
10. Cohen BE, Edmondson D, Kronish IM. State of the Art Review: Depression, Stress, Anxiety, and Cardiovascular Disease. *Am J Hypertens* 2015; 28: 1295 - 1302.
11. Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 1999; 99: 2192 - 2217.
12. Levine GN, Lange RA, Bairey-Merz CN, et al. Meditation and cardiovascular risk reduction: A scientific statement from the American Heart Association. *J Am Heart Assoc* 2017; 6: E2218.
13. Eng PM, Rimm EB, Fitzmaurice G, et al. Social ties and change in social ties in relation to subsequent total and cause-specific mortality and coronary heart disease incidence in men. *Am J Epidemiol* 2002; 155: 700 - 709.
14. Hedblad B, Östergren PO, Hanson BS, et al. Influence of social support on cardiac event rate in men with ischaemic ST-segment depression during ambulatory 24-h ECG monitoring. The prospective population study "Men born in 1914," Malmö, Sweden. *Eur Heart J* 1992; 13: 433 - 439.
15. Obbarius N, Fischer F, Liegl G, et al. A Modified Version of the Transactional Stress Concept According to Lazarus and Folkman Was Confirmed in a Psychosomatic Inpatient Sample. *Front Psychol* 2021; 12: 584333.
16. Baum A. Stress, intrusive imagery, and chronic distress. *Health Psychol* 1990; 9: 653 - 675.
17. Cohen S, Janicki-Deverts D, Miller GE. Psychological stress and disease. *JAMA* 2007; 298: 1685 - 1687.
18. Kaptoge S, Di Angelantonio E, Lowe G, et al. C-reactive protein concentration and risk of coronary heart disease, stroke, and mortality: An individual participant meta-analysis. *Lancet* 2010; 375: 132 - 140.
19. Wu Q, Kling JM. Depression and the Risk of Myocardial Infarction and Coronary Death: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Medicine (Baltimore)* 2016; 95: E2815.

20. Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE, et al. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS One* **2017**; 12: E185781.
21. Appels A, Schouten E. Burnout as a Risk Factor for Coronary Heart Disease. *Behav Med* **1991**; 17: 40 - 46.
22. Swarup SS, P AK, Padhi BK, et al. Cardiovascular consequences of financial stress: A systematic review and meta-analysis. *Curr Probl Cardiol* **2024**; 49: 102153.
23. Sosa Liprandi MI, Racki M, Khoury M, et al. Crisis económico-financieras en la Argentina: ¿un nuevo factor de riesgo de mortalidad cardiovascular? *Rev Arg Cardiol* **2012**; 80: 137 - 144.
24. Kivimäki M, Kawachi I. Work Stress as a Risk Factor for Cardiovascular Disease. *Curr Cardiol Rep* **2015**; 17: 74.
25. Hopp FP, Camp JK, Perry TE. Addressing heart failure challenges through illness-informed social work. *Health Soc Work* **2015**; 40: 201 - 208.
26. van den Hout S, Albus C, Herrmann-Lingen C, et al. Validity of a multidimensional comprehensive psychosocial screening instrument based on the ESC Cardiovascular Prevention Guidelines—evidence from the general and cardiovascular patient population. *J Psychosom Res* **2022**; 157: 110791.
27. Bolgeo T, Di Matteo R, Simonelli N, et al. Psychometric properties and measurement invariance of the 7-item general anxiety disorder scale (GAD-7) in an Italian coronary heart disease population. *J Affect Disord* **2023**; 334: 213 - 219.
28. Staples LG, Dear BF, Gandy M, et al. Psychometric properties and clinical utility of brief measures of depression, anxiety, and general distress: the PHQ-2, GAD-2, and K-6. *Gen Hosp Psychiatry* **2019**; 56: 13 - 18.
29. Kocalevent RD, Levenstein S, Fliege H, et al. Contribution to the construct validity of the Perceived Stress Questionnaire from a population-based survey. *J Psychosom Res* **2007**; 63: 71 - 81.
30. Reyna C, Jeanette Mola D, Correa PS. Escala de Estrés Percibido: análisis psicométrico desde la TCT y la TRI. *Ansiedad y Estrés* **2019**; 25: 138 - 147.
31. Strimbu K, Tavel JA. What are biomarkers? *Curr Opin HIV AIDS* **2010**; 5: 463 - 466.
32. Cohen S, Doyle WJ, Baum A. Socioeconomic Status Is Associated with Stress Hormones. *Psychosom Med* **2006**; 68: 414 - 420.
33. Nakao M, Shiotsuki K, Sugaya N. Cognitive-behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: Recent advances in techniques and technologies. *Biopsychosoc Med* **2021**; 15: 16.
34. Ski CF, Taylor RS, McGuigan K, et al. Psychological interventions for depression and anxiety in patients with coronary heart disease, heart failure or atrial fibrillation. *Cochrane Database Syst Rev* **2024**; 4: CD013508.
35. Mou H, Lam SKK, Chien WT. The effects of a family-focused dyadic psycho-educational intervention for stroke survivors and their family caregivers: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* **2023**; 143: 104504.
36. Shi W, Ghisi GLM, Zhang L, et al. A systematic review, meta-analysis, and meta-regression of patient education for secondary prevention in patients with coronary heart disease: impact on psychological outcomes. *Eur J Cardiovasc Nurs* **2022**; 21: 643 - 654.
37. Kao CW, Chen MY, Chen TY, et al. Effect of psycho-educational interventions on quality of life in patients with implantable cardioverter defibrillators: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Health Qual Life Outcomes* **2016**; 14: 138.
38. Palm P, Qvist I, Rasmussen TB, et al. Educational interventions to improve outcomes in patients with atrial fibrillation-a systematic review. *Int J Clin Pract* **2020**; 74: e13629.
39. Thoma N, Pilecki B, McKay D. Contemporary cognitive behavior therapy: a review of theory, history, and evidence. *Psychodyn Psychiatry* **2015**; 43: 423 - 461.
40. Magán I, Jurado-Barba R, Casado L, et al. Efficacy of psychological interventions on clinical outcomes of coronary artery disease: systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res* **2022**; 153: 110710.
41. Särholm J, Skúladóttir H, Rück C, et al. Cognitive behavioral therapy improves quality of life in patients with symptomatic paroxysmal atrial fibrillation. *J Am Col Cardiol* **2023**; 82: 46 - 56.
42. Holdgaard A, Eckhardt-Hansen C, Lassen CF, et al. Cognitive-behavioural therapy reduces psychological distress in younger patients with cardiac disease: a randomized trial. *Eur Heart J* **2023**; 44: 986 - 996.
43. Chen B, Wen J, You D, et al. Implication of cognitive-behavioral stress management on anxiety, depression, and quality of life in acute myocardial infarction patients after percutaneous coronary intervention: a multicenter, randomized, controlled study. *Ir J Med Sci* **2024**; 193: 101 - 109.
44. Gulliksson M, Burell G, Vessby B, et al. Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy vs standard treatment to prevent recurrent cardiovascular events in patients with coronary heart disease: Secondary Prevention in Uppsala Primary Health Care project (SUPRIM). *Arch Intern Med* **2011**; 171: 134 - 140.
45. Vrints C, Andreotti F, Koskinas KC, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J* **2024**; 45: 3415 - 3537.
46. Aqueri A, Rodríguez P, Vissani S, et al. Consenso Argentino de Hipertensión Arterial 2025. *Rev Fed Arg Cardiol* **2025**; 54: 5 - 64.
47. Humbert M, Kovacs G, Hoepfer MM, et al. 2022 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension. *Eur Heart J* **2022**; 43: 3618 - 3731.
48. Virani SS, Newby LK, Arnold SV, et al. 2023 AHA/ACC/ACCP/ASPC/NLA/PCNA Guideline for the Management of Patients with Chronic Coronary Disease: A Report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation* **2023**; 148: E9 - 119.
49. Wolgensinger L. Cognitive behavioral group therapy for anxiety: recent developments. *Dialogues Clin Neurosci* **2015**; 17: 347 - 351.
50. Fawcett E, Neary M, Ginsburg R, et al. Comparing the effectiveness of individual and group therapy for students with symptoms of anxiety and depression: A randomized pilot study. *J Am Coll Health* **2020**; 68: 430 - 437.
51. Wojtaszek JA, Koch EI, Arble E, et al. Cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder - A critical review of methodological designs. *J Anxiety Disord* **2024**; 107: 102928.
52. Spinhoven P, Hoogerwerf E, van Giezen A, et al. Mindfulness-based cognitive group therapy for treatment-refractory anxiety disorder: A pragmatic randomized controlled trial. *J Anxiety Disord* **2022**; 90: 102599.
53. Schuman-Olivier Z, Trombka M, Lovas DA, et al. Mindfulness and behavior change. *Harv Rev Psychiatry* **2020**; 28: 371 - 394.
54. Xu J, Jo H, Noorbhai L, et al. Virtual mindfulness interventions to promote well-being in adults: a mixed-methods systematic review. *J Affect Disord* **2022**; 300: 571 - 585.
55. Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, et al. Mechanisms of mindfulness. *J Clin Psychol* **2006**; 62: 373 - 386.
56. Chen Q, Liu H, Du S. Effect of mindfulness-based interventions on people with prehypertension or hypertension: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Cardiovasc Disord* **2024**; 24: 104.
57. Charchar FJ, Prestes PR, Mills C, et al. Lifestyle management of hypertension: International Society of Hypertension position paper endorsed by the World Hypertension League and European Society of Hypertension. *J Hypertens* **2024**; 42: 23 - 49.
58. Zaccaro A, Piarulli A, Laurino M, et al. How breath-control can change your life: a systematic review on psycho-physiological correlates of slow breathing. *Front Hum Neurosci* **2018**; 12: 353.
59. Nalbant G, Hassanein ZM, Lewis S, et al. Structure, and Delivery Characteristics of Yoga Interventions for Managing Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Front Public Health* **2022**; 10: 846231.
60. Abdul Manan H, Mir IA, Humayra S, et al. Effect of mindfulness-based interventions on anxiety, depression, and stress in patients with coronary artery disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Psychol* **2024**; 15: 1435243.
61. Gu, JJ, Tong, XS, Meng, SS et al. Effect of mindfulness-based stress reduction in patients with acute myocardial infarction after successful primary percutaneous coronary intervention: a retrospective study. *BMC Cardiovasc Disord* **2023**; 23: 315
62. Nijjar PS, Connott JE, Lindquist R, et al. Randomized Trial of Mindfulness-Based Stress Reduction in Cardiac Patients Eligible for Cardiac Rehabilitation. *Sci Rep* **2019**; 9: 18415.
63. Behan C. The benefits of meditation and mindfulness practices during times of crisis such as COVID-19. *Ir J Psychol Med* **2020**; 37: 256 - 258.

64. Koerten HR, Watford TS, Dubow EF, et al. Cardiovascular effects of brief mindfulness meditation among perfectionists experiencing failure. *Psychophysiology* **2020**; 57: e13517.
65. Kuhlmann AY, Etnel JR, Roos-Hesselink JW, et al. Systematic review and meta-analysis of music interventions in hypertension treatment: a quest for answers. *BMC Cardiovasc Disord* **2016**; 16: 69.
66. Basso JC, Suzuki WA. The effects of acute exercise on mood, cognition, neurophysiology, and neurochemical pathways: a review. *Brain Plast* **2017**; 2: 127 - 152.
67. Whyne EZ, Woo J, Haekyung JS. The effects of subjective wellbeing and self-rated health on lifetime risk of cardiovascular conditions in women. *Int J Environ Res Public Health* **2023**; 20: 6380.
68. Cooper M, Avery L, Scott J, et al. Effectiveness and active ingredients of social prescribing interventions targeting mental health: a systematic review. *BMJ Open* **2022**; 12: E060214.
69. Wood C, Chalmin-Pui LS, Smyth N, et al. Editorial: nature-based social prescriptions for improving health and wellbeing. *Front Psychol* **2022**; 13: 1095064.
70. Nguyen PY, Astell-Burt T, Rahimi-Ardabili H, et al. Effect of nature prescriptions on cardiometabolic and mental health, and physical activity: a systematic review. *Lancet Planet Health* **2023**; 7: E313 – E328.
71. Coventry PA, Brown JE, Pervin J, et al. Nature-based outdoor activities for mental and physical health: systematic review and meta-analysis. *SSM Popul Health* **2021**; 16: 100934.
72. Callaghan P. Exercise: a neglected intervention in mental health care? *J Psychiatr Ment Health Nurs* **2004**; 11: 476 - 483.
73. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* **2021**; 42: 3227 - 3337.
74. Aucoin M, LaChance L, Naidoo U, et al. Diet and Anxiety: A Scoping Review. *Nutrients* **2021**; 13: 4418.
75. Granero R. Role of nutrition and diet on healthy mental state. *Nutrients* **2022**; 14: 750.
76. Denison E, Underland V, Mosdøl A, et al. Cognitive Therapies for Smoking Cessation: A Systematic Review [Internet]. Oslo, Norway: Knowledge Centre for the Health Services at The Norwegian Institute of Public Health (NIPH); **2017**. Report from the Norwegian Institute of Public Health No. 2017-13.
77. Votaw VR, Geyer R, Riesebach MM, et al. The epidemiology of benzodiazepine misuse: a systematic review. *Drug Alcohol Depend* **2019**; 200: 95 - 114.
78. Kripke DF, Langer RD, Kline LE. Hypnotics' association with mortality or cancer: a matched cohort study. *BMJ Open* **2012**; 2: E850.
79. Weich S, Pearce HL, Croft P, et al. Effect of anxiolytic and hypnotic drug prescriptions on mortality hazards: retrospective cohort study. *BMJ* **2014**; 348: G1996.