

Impacto psicosocial expresado por mujeres post tratamiento endovascular coronario

Psychosocial Impact Expressed by Women After Coronary Endovascular Treatment

Impacto psicossocial expreso por mulheres após tratamento endovascular coronariano

María Gabriela Dotti Ríos¹

¹Licenciada en Enfermería. Magister en Salud Mental. Especialista en Salud Mental y Psiquiatría. Especialista en Salud Comunitaria en el marco de la Atención Primaria de Salud. Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos. Especialista en Enfermería en Cardiología. Especialista en Enfermería en Diálisis. Prof. Adj. Departamento de Enfermería en Salud Mental. Facultad de Enfermería. Universidad de la República, Uruguay.

Contacto: gabydotti@gmail.com. ORCID: 0000-0001-7817-2054

Resumen:

El principal objetivo de esta investigación ha sido indagar los cambios psicosociales que expresan haber tenido mujeres montevideanas de entre 20 y 50 años de edad atendidas en el Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca luego de haber transcurrido un año de realizado el tratamiento endovascular coronario. A fin de dar respuesta a este propósito, se determinó si las mujeres de la muestra expresaban haber pasado por cambios psicosociales luego de un año de haberse realizado el tratamiento y se procedió a describir tales cambios. Se realizó una investigación cualitativa de tipo fenomenológica con entrevistas semiestructuradas a través de un muestreo por conveniencia. La información se interpretó y sistematizó con análisis de contenido, desarrollando categorías y subcategorías. La participación de las mujeres entrevistadas fue confidencial y voluntaria, previa firma de consentimiento informado. En la transcripción y lectura posterior de las entrevistas se desprendieron 5 categorías: reconocimiento de sintomatología, repercusión de la enfermedad en su relacionamiento a nivel familiar, repercusión de la enfermedad en su relacionamiento a nivel social y laboral, aspectos psicológicos (con las subcategorías repercusión psicológica de la patología y vivencia de la enfermedad - proceso de adaptación) y autocuidado. Del análisis se destaca que los síntomas que refieren las mujeres no son los clásicos, no

1 | *Revista Uruguaya de Enfermería*, 2023;18(2):e2023v18n2a1

DOI: 10.33517/rue2023v18n2a1 - eISSN: 2301-0371

reconociéndolos como problema cardíaco y teniendo una demora en la consulta. Las vivencias durante el proceso de salud –enfermedad y el autocuidado– denotan en algunas de ellas la falta de concientización. El proceso de adaptación a la situación es un factor protector de su salud mental. La totalidad de las mujeres elaboró el duelo por la salud perdida en diferentes plazos.

Palabras Clave: impacto psicosocial, identidad de género, mujer, post tratamiento, procedimiento endovascular.

Abstract:

The main objective of this research has been to investigate the psychosocial changes expressed by having had Montevidean women between 20 and 50 years of age treated at the National Institute of Cardiac Surgery after one year of endovascular coronary treatment. To respond to this purpose, it was determined whether the women in the sample expressed having gone through psychosocial changes after one year of having received the treatment and proceeded to describe such changes. Phenomenological qualitative research was conducted with semi-structured interviews through convenience sampling. The information was interpreted and systematized with content analysis, developing categories and subcategories. The participation of the women interviewed was confidential and voluntary, after signing an informed consent. In the transcription and subsequent reading of the interviews, 5 categories emerged: recognition of symptoms, repercussion of the disease on their relationship at the family level, repercussion of the disease on their relationship at the social and work level, psychological aspects (with the subcategories psychological repercussion of the pathology and experience of the disease - adaptation process) and self-care. The analysis highlights that the symptoms reported by women are not the classic ones, not recognizing them as a heart problem and having a delay in the consultation. The experiences during the health process –disease and self-care– denote in some of them a lack of awareness. The process of adapting to the situation is a protective factor for your mental health. All the women mourned for their lost health at different times.

Keywords: Psychosocial Impact, Gender Identity, Woman, Post Treatment, Endovascular Procedure.

Resumo:

O principal objetivo desta pesquisa foi investigar as mudanças psicossociais expressas por terem atendido mulheres montevidéas entre 20 e 50 anos de idade no Instituto Nacional de Cirurgia Cardíaca após um ano de tratamento coronariano endovascular. Para responder a esse propósito, foi determinado se as mulheres da amostra expressaram ter passado por mudanças psicossociais após um ano de tratamento e passou a descrever essas mudanças. Foi realizada uma pesquisa qualitativa fenomenológica com entrevistas semiestruturadas por meio de amostragem por conveniência. As informações foram interpretadas e sistematizadas com análise de conteúdo, desenvolvendo categorias e subcategorias. A participação das mulheres entrevistadas foi confidencial e voluntária, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Na transcrição e posterior leitura das entrevistas emergiram 5 categorias: reconhecimento dos sintomas, repercussão da doença na sua relação a nível familiar, repercussão da doença na sua relação a nível social e laboral, aspectos psicológicos (com as subcategorias repercussão psicológica da patologia e vivência da doença - processo de adaptação) e autocuidado. A análise destaca que os sintomas relatados pelas mulheres não são os clássicos, não os reconhecendo como problema cardíaco e demorando na consulta. As vivências durante o processo de saúde – doença e autocuidado – denotam em alguns deles um desconhecimento. O processo de adaptação à situação é um fator de proteção para sua saúde mental. Todas as mulheres lamentaram a perda de saúde em momentos diferentes.

Palavras-chave: impacto psicossocial, identidade de gênero, mulher, pós-tratamento, procedimento endovascular.

Recibido: 20230216

Aceptado: 20230526

Introducción

A nivel mundial y nacional la principal causa de muerte en el género femenino son las patologías cardiovasculares. Sin embargo, la población de nuestro país aún continúa considerando que el cáncer es la principal causa de defunción en mujeres uruguayas⁽¹⁾. En vista de esta situación, la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽²⁾ ha llamado la atención sobre este asunto. En el año 2013, la referida organización publicó que las enfermedades cardiovasculares, a menudo consideradas un problema “masculino”, son la principal causa de muerte entre las mujeres.

La situación en la cual está inserta la población hace necesario que a la salud del individuo se le brinde atención en todos los aspectos (biológico, psicosocial, cultural, psicológico y/o mental). Esto resulta un gran desafío para los equipos de salud, en general, y para el personal de enfermería, en particular. Si bien se conocen ampliamente cuáles son los factores de riesgo cardiovascular para el desarrollo de la patología cardíaca y las estrategias terapéuticas y de cuidado luego del evento coronario, no se han realizado investigaciones acerca de los cambios en la salud mental en las mujeres. Tanto la American Heart Association (AHA) como la European Society of Cardiology (ESC) han lanzado campañas y guías para atender de manera integral y apropiada a la mujer que experimenta estos eventos. Sostienen que el estrés psicosocial que puede padecer y/o sufrir la mujer moderna trabajadora, siendo cada vez más jefas de hogar, tiene un impacto agregado sobre el estrés de la vida cotidiana⁽³⁾.

Pese a lo anterior, en Uruguay, la investigación actualmente disponible en relación a cambios en la salud mental de las mujeres luego de un evento coronario (EC) y del tratamiento endovascular coronario recibido es aún escasa. Esto condujo a reflexionar sobre la importancia de contemplar los aspectos psicosociales en la población femenina que transitó por estas situaciones. Para ello se planteó la siguiente pregunta problema: luego del tratamiento endovascular, ¿se producen cambios en los aspectos psicosociales de este grupo de mujeres? Si se producen, ¿cuáles son los que las mujeres del grupo estudiado expresan?

En consecuencia, el objetivo general de la presente investigación ha sido indagar si las mujeres entre 20 y 50 años de edad que se atendieron en un centro de medicina

altamente especializado de la ciudad de Montevideo manifiestan haber tenido repercusiones psicosociales luego de un año de haber recibido tratamiento endovascular coronario. A fin de dar respuesta a este propósito, se determinó si las mujeres de la muestra identifican cambios y se procedió a describirles. Para ello se realizó una investigación cualitativa de tipo fenomenológica con base en entrevistas semiestructuradas y con análisis de contenido.

Valga mencionar que los estudios nacionales a los cuales se tuvieron acceso, sobre la patología y su posterior tratamiento endovascular cardíaco, son cuantitativos, donde quedan claramente definidos los factores de riesgo (FR) para la enfermedad y la adhesión al tratamiento, englobando la necesidad de una vida saludable (ejercicio, no tabaquismo, etc.), en la población en general, sin diferenciar hombres de mujeres. En vista del vacío detectado, se planteó una visión integradora que permitiera conocer la percepción de estas mujeres en pro de brindar un cuidado de calidad. La intención ha sido abordar al ser humano desde una mirada basada en el cuidado integral, cuidado que caracteriza a enfermería.

Aproximaciones teóricas

Teniendo en cuenta los objetivos planteados, esta investigación se apoyó en la teoría social de S. Malvarez. Tomando el pensamiento de dicha autora se asume que la enfermería es: “Una profesión del campo de las ciencias sociales cuyo objeto de estudio es el cuidado humano en cuanto implicado en la constitución, vivencia, desarrollo, protección y recuperación de la salud y en la experiencia de vivir”⁽⁴⁾. Esta posición está en correspondencia con la definición del término *salud* de la OMS, quien le interpreta como “el completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”⁽⁵⁾, y de *salud mental* como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, para afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera contribuyendo con aportes satisfactorios a su comunidad”.

Los conceptos referidos van más allá de lo biológico, pues engloban la salud mental y social, pero se prestan a un ideal de salud que no contempla la individualidad de cada persona respecto a lo que cada uno considere por salud ideal. Esto sin duda soslaya un cúmulo de factores y eventos que intervienen sobre la experiencia de recuperación de

pacientes femeninas y permiten comprender a cabalidad sus procesos. De allí la necesidad enfocar el tema desde los principios de la perspectiva de género, tal como lo hace Debora Tajer, Doctora en Psicología y especialista en estudios de género de la Universidad de Buenos Aires. Esta afirma que las mujeres a pesar de padecer eventos coronarios igual que los hombres, con una diferencia de 10 años en la presentación, son diagnosticadas y tratadas en forma diferente)⁽⁶⁾.

Al tratar las desigualdades entre las condiciones de las mujeres con respecto a los hombres, Tajer destaca que el modo de presentación clínica inespecífica, la manera como consultan, la tardanza de la consulta y la “queja” que muchas veces presentan las mujeres, dificultan la entrevista con el profesional sanitario. Por ello, las referidas condiciones se convierten en un riesgo psicosocial diferente para el padecimiento de esta patología. Suma a lo anterior las diferencias socio económicas que se suponían factores de protección para las mujeres amas de casa (al no estar expuestas al trabajo remunerado, competitivo, estresante y con grandes horas de jornal); sin embargo, la realidad es que muchas de ellas son sobre exigidas y presentan el “síndrome de súper mujer” (imprescindibles y multifuncionales)⁽⁶⁾.

Por otro lado, las mujeres de los niveles socio económicos medio/alto son competitivas, autosuficientes, se caracterizan por la auto exigencia, y por estar insertas en esta época posmoderna, de la inmediatez, culto a la estética, que valoriza la autonomía, están expuestas a un importante riesgo cardiovascular. Son denominadas por la autora como “mujeres masculinizadas”. Tajer destaca que este problema de salud pública fue considerado como enfermedad de género masculino durante la primera mitad del siglo XX, pero a partir de la segunda mitad de ese siglo se da un importante cambio al constatarse el aumento de la incidencia en la población adulta femenina de este padecimiento⁽⁷⁾.

Se vuelve necesario mencionar que los adultos constituyen generalmente el porcentaje de población más sana, encontrándose en la cima de la curva de desarrollo normal. Sin embargo, las afecciones cardíacas suelen aparecer en el rango de edad entre los 35 y 44 años de edad, destacándose en esta etapa las relaciones de igualdad y reciprocidad con una vida personal y laboral. La edad adulta media es un término nuevo debido a la longevidad de las personas y, además de las patologías cardíacas se hacen presentes otras

6 | *Revista Uruguaya de Enfermería*, 2023;18(2):e2023v18n2a1

DOI: 10.33517/rue2023v18n2a1 - eISSN: 2301-0371

enfermedades físicas, emocionales, desórdenes nerviosos y mentales. G. Jiménez Sánchez comenta que las tres principales causas que conducen a la muerte entre los 35 y 54 años de edad son el cáncer, enfermedades del hígado, accidentes y el corazón⁽⁸⁾.

En esta etapa, el diagnóstico de una patología crónica provoca un quiebre en lo que pueden ser los proyectos de vida de cada individuo, al igual que impone cambios en su dinámica familiar. Se presenta una cascada o circuito de reacciones de adaptación o de desadaptación a la situación de enfermedad. Primeramente se da una situación de shock donde el individuo al conocer la noticia se “defiende” utilizando mecanismos inconscientes presentándose la negación, la racionalización entre otros, pero que le permitirán salir de esa situación de shock. Se comenzarán a presentar diferentes sentimientos en el individuo como ser la tristeza, rabia, iniciando así el duelo por dejar de ser una persona sana. Esa situación de rabia puede llegar a ser proyectada al medio, a los familiares, al equipo de salud al no poder soportar la situación que se está viviendo.

A partir de ahí puede venir un período de resignación, en donde ya no importa lo que vendrá, lo que sucederá, no hay confianza en poder salir adelante. Luego vendría la aceptación, dándose oportunidades de cambios y mejoras para una calidad de vida satisfactoria. Este circuito de reacciones es bidireccional pudiéndose repetir frente a descompensaciones pero con diferente intensidad dado que ya se produjo la aceptación y adaptación a la situación. La tristeza puede llegar a dar paso a la depresión cuando se da una negación profunda de la situación al igual que cuando la rabia no se exterioriza. La intensidad de los cambios que sufre la persona son generadores de estrés donde el apoyo social tendrá un rol preponderante brindando confianza y ayudando a una buena adaptación⁽⁹⁾.

Para este estudio se tuvo en cuenta los factores psicosociales planteados por Erick Erikson y su “Teoría del desarrollo psicosocial” con una perspectiva evolutiva. El autor divide el ciclo vital en ocho estadios, donde el VI corresponde al adulto joven (de 20 a 30 años de edad) y el VII corresponde al adulto (de 30 a 50 años de edad). Ambos estadios se caracterizan por la asociación con el amor, el trabajo, la salud, por la formación, educación, creatividad, bienestar y cuidado, confianza, esperanza (amor, familia, profesión, religión),

Investigación

autonomía y libertad. Cada estadio está marcado por una crisis de carácter psicosocial, donde se aprecian los patrones de comportamiento acordes a cada edad⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾.

Durante el período fértil las mujeres tienen cierta protección contra las enfermedades cardíacas debido a los estrógenos. Luego en la menopausia el nivel de los mismos disminuye aumentando paulatinamente la frecuencia de enfermedades cardiovasculares sumado a los factores de riesgo como el estrés y el tabaquismo. Otro punto a tener en cuenta es que en muchos casos la mujer se ve sobrecargada por su rol ancestral e histórico del cuidado de la familia más el agregado de su expansión económica y personal. Están documentados los beneficios que el matrimonio y la vida estable y armónica en pareja ejercen sobre la salud y el bienestar. Como contrapartida la soledad y el aislamiento social resultan negativos para la salud de las personas⁽¹³⁾.

La interacción de factores psicológicos y bioconductuales con la cardiopatía es compleja. Varios factores de riesgo cardiovascular se relacionan con la conducta, por lo que se les trata con su modificación. Se cree, por ejemplo, que el estrés agudo y crónico “desencadenan” el infarto agudo de miocardio. Las redes y el apoyo social influyen en el pronóstico de la patología, transformándose en recursos contra la ansiedad, pero la falta de apoyo social se asocia con un peor pronóstico tanto en hombres como en mujeres. Su impacto puede ser mayor en estas últimas, ya que éstas tienen más probabilidad de sobrevivir a sus parejas y vivir solas⁽¹⁴⁾.

La depresión, además, es un factor independiente de riesgo de un mal pronóstico después de un suceso cardíaco o de una intervención quirúrgica en las mujeres. Este factor suele ser psicosocial y se asocia con patrones de vida poco saludables. El estrés vital puede estar vinculado con el tabaquismo, el aumento del consumo de alcohol y una mayor masa corporal. Así, la gente con menos apoyo social es menos propensa a dejar de fumar y a cumplir adecuadamente las indicaciones médicas⁽¹⁴⁾.

Método

Se realizó una investigación cualitativa utilizando diseño fenomenológico⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾. Los sujetos de estudio fueron mujeres entre 20 y 50 años de edad post tratamiento endovascular

coronario con un año de evolución atendidas en el Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca de la ciudad de Montevideo. La selección de la muestra fue no probabilística por conveniencia, estuvo conformada por siete mujeres ubicadas en una franja etaria entre 37 y 48 años de edad con entre uno y dos hijos, con edades entre 8 y 25 años. Respecto a la situación de pareja, 3 de ellas estaban en situación de casadas y el resto separadas. Respecto a la actividad laboral cinco tenían independencia económica con trabajos asalariados, una de ellas era ama de casa y la otra se encontraba con causal jubilatoria por enfermedad. Se acordó resguardar la identidad de las participantes empleando seudónimos (Rubí, Esmeralda, Zafiro, Ágata, Amatista, Ámbar, Cornalina, Topacio, Turquesa, Aguamarina, etc.). Como herramienta metodológica se utilizó la entrevista semi estructurada.

Análisis y resultados

A través de la lectura, interpretación y sistematización de la información proporcionada durante las entrevistas se fueron descubriendo significados con relevancia para el objetivo de estudio. Las categorías halladas fueron subdivididas a su vez en subcategorías. Las entrevistas partieron de una pregunta disparadora: Cuénteme cómo está siendo su vida luego del evento coronario y del tratamiento endovascular coronario recibido. De esa forma teniendo en cuenta la respuesta se sucedieron otras interrogantes para lograr así enriquecer el relato.

El procesamiento del material se realizó en varias etapas. La primera fue escuchar atentamente en varias oportunidades las entrevistas teniendo en cuenta las voces y los silencios de las participantes. Como segunda etapa se comenzó con la transcripción de las entrevistas utilizando una planilla para tal fin. En tercer lugar se las escuchó y leyó en forma simultánea teniendo en cuenta las anotaciones del cuaderno de campo. Por último, como se mencionó, se identificaron dimensiones o categorías de las que se desprendieron 5 categorías a tener en cuenta para el análisis de los datos. A continuación se presentan junto con los resultados del análisis:

- Categoría N.º 1: Reconocimiento de sintomatología (apreciación y conocimiento por parte del propio individuo sobre los síntomas que presenta y poder ser

capaz de relacionarlos con un posible evento coronario tales como dolor, ardor, cansancio, pesadez, etc.).

Las participantes experimentaron incredulidad y dificultad para poder percibir su situación clínica, negación al no reconocer los síntomas a pesar de su experiencia de vida, poca claridad en la sintomatología y dificultades para entender lo que le estaba sucediendo.

- Categoría N.º 2: Repercusión de la enfermedad en su relacionamiento a nivel familiar (cómo percibe la mujer que puede influir la patología en la familia, en la vida diaria, en los roles que tenía).

Con respecto a la percepción de su entorno, las entrevistadas manifestaron sentir manifestaciones tanto positivas (cuidado, afecto, seguridad, contención, apoyo económico) como negativas. Entre las últimas destacan sobreprotección, dependencia de un familiar cercano que le conduce a sentirse impotente y con sentimientos de inutilidad, sentimientos de temor ante su vida sexual (lo que incide negativamente en su relación de pareja generando una separación), control, temores sobre el futuro y dificultades para comunicarse con la pareja.

- Categoría N.º 3: Repercusión de la enfermedad en su relacionamiento a nivel social y laboral (cómo percibe la mujer que puede influir la patología a nivel laboral, de estudios, de amistades).

Las condiciones laborales y sociales referidas por las participantes dan cuenta de esfuerzos por retomar las actividades pese a no encontrarse en óptimo estado de salud; afectación de la enfermedad en la vida diaria, lo que le lleva al aislamiento, cambios en la cotidianeidad y a cambios en el comportamiento; falta de actividades recreativas, disminución de carga horaria o gestión de trámites jubilatorios por las limitaciones presentadas; sentimiento de soledad. Solo en uno de los casos la entrevistada no percibió cambios.

- Categoría N.º 4: Aspectos psicológicos: Repercusión psicológica de la patología, Vivencia de la enfermedad - proceso de adaptación (cómo percibe la mujer que puede influir la patología en el ánimo).

Entre las repercusiones psicológicas que expresaron sentir las participantes estuvieron desde las dificultades para comprender y asumir la enfermedad, angustia,

aislamiento e ira, hasta la aceptación, reconocimiento y adaptación. Esto evidencia la fragilidad psíquica de algunas, frente a un manejo saludable y sano de las circunstancias.

- Categoría N.º 5: Autocuidado (capacidad de responsabilizarse de su propia salud, concientización sobre la importancia del cuidado de la salud para mejorar la calidad de vida).

Debido a la falta de adaptación en la mayoría de las entrevistadas, se aprecian descuidos en la adhesión al tratamiento. También hay una adaptación pasiva (aceptación/resignación/sin satisfacción), que muestra cambios en el autocuidado pero no denota satisfacción frente al hecho. La adhesión al tratamiento se da en algunos aspectos presentando limitaciones en otros que son necesarios para su calidad de vida y evolución satisfactoria.

Discusión

Las participantes de la investigación estuvieron comprendidas en las edades entre 37 y 48 años. Se observó lo que Jiménez Sánchez expresa como diferentes aspectos propios según la edad, haciendo referencia las entrevistadas al bienestar familiar y personal. Por otro lado se perciben claramente los estadios que define E. Erickson en relación a la confianza, esperanza y autonomía viendo en muchas de ellas la falta de conocimiento respecto a la sintomatología cardíaca aumentando así los riesgos para su salud.

En relación a lo planteado por Rosetti el total de las mujeres entrevistadas al momento del evento coronario contaban con protección estrogénica y a su vez uno de los factores de protección sería el matrimonio en armonía viendo que luego del evento dos de las entrevistadas se separan. Se puede observar en la mayor parte de ellas la dificultad para identificar la sintomatología con la patología real coincidiendo con lo que trae la bibliografía (Tajer y Rosetti), tardanza en la consulta y la percepción de un buen estado de salud como plantea Padilla Sáez. Diferentes autores (Rosetti y Tajer) expresan que la enfermedad cardíaca se relaciona más con los hombres que con las mujeres, teniendo esto que ver con los antecedentes históricos en cuanto a las funciones de hombre y mujer.

Es muy importante para poder entender los aspectos psicosociales ante la enfermedad crónica el proceso de adaptación a la situación de enfermedad como lo plantea B. Capezzuto, observando en todas las entrevistas las diferencias de elaboración de la vivencia experimentada. El mismo como se ha visto desde la teoría implica una serie de reacciones emocionales, sentimientos y mecanismos defensivos. En las diferentes entrevistas se puede observar la presencia de este proceso con diferencias acordes a la personalidad de cada una de las participantes; pero en ninguna de ellas falta el estado de “shock” e incredulidad del comienzo como plantea B. Capezzuto y Tajer, para luego seguir el curso encontrando en algunas de ellas un proceso con un pronóstico de adaptación satisfactorio y en otras se generan reacciones desadaptativas que no llegan a la asimilación de la enfermedad.

Esto confirma lo traído desde la teoría con respecto a las enfermedades crónicas y su multifactorialidad y la multifactorialidad para la evolución de la misma. Los sentimientos de temor, tristeza, rabia, irritabilidad, la intensidad de los mismos hacen que cada uno de ellos varíe. Por lo que la personalidad, el contexto actual de vida, el soporte social son puntos que pueden ser factor en la protección o en el riesgo para cada uno de ellos.

Conclusiones

Durante la investigación se observan similitudes en aquellas mujeres entrevistadas que hicieron un proceso adaptativo satisfactorio tales como: expresión y reconocimiento de emociones y sentimientos ante su situación, dificultad en expresar los mismos en las que minimizan y evaden sentimientos y emociones ante su situación, afectación en el entorno familiar y social que lleva a modificaciones en distinto grado en cada una de ellas y aspectos psicosociales con su importante incidencia en los procesos (personalidad, soporte social). De manera que los resultados que se desprenden en el análisis tienen coincidencia con lo expuesto teóricamente sobre la temática.

Referencias

1. Sociedad Uruguaya de Cardiología. Comité de Cardiopatía en la Mujer. *Corazón de mujer: la realidad de la mortalidad de las mujeres en Uruguay*; 2014. http://www.suc.org.uy/CCPM/DesayunoMujeresPrevencion_MG.PN.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. *Salud de la mujer*; 2013. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/>
3. Melgarejo Rojas E, Higuera Leal SA. Diferencias genotípicas y fenotípicas entre géneros: cardiología de la mujer. *MÉD UIS*. 2011; 24(3):265-74. <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v24n3/v24n3a05.pdf>
4. Malvárez S. El reto de cuidar en un mundo globalizado. *Texto Contexto Enferm*. 2007; 16(3):520-30. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a19v16n3.pdf>.
5. Organización Mundial de la Salud. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*; 2006. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.
6. Tajer D. Heridos corazones: vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. Buenos Aires: Paidós; 2017.
7. Tajer D. Carta al editor. *Rev Argent Cardiol*. 2013; 81:295-296.
8. Jiménez Sánchez G. *Teorías del desarrollo III*; 2012. http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/Educacion/Teorias_del_desarrollo_III.pdf.
9. Capezzuto B. Aspectos psicosociales de la enfermedad crónica. En: Meliá S. *Enfermería en salud mental: conocimientos, desafíos y esperanzas*. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR; 2005.
10. Juárez Herrera y Cairo LA, Castro Vásquez MC. Aportes de la investigación social en salud: la importancia de la perspectiva de género en la comprensión de la enfermedad coronaria. *Revista Estudios de Género La Ventana*. 2016;5(43):217-45. <http://www.scielo.org.mx/pdf/laven/v5n43/1405-9436-laven-5-43-00217.pdf>.
11. Villar F. Desarrollo adulto y envejecimiento desde el punto de vista socio contextual. En: *Psicología Evolutiva y Psicología de la Educación*. Cap.12; 2003. http://www.ub.edu/dppsed/fvillar/principal/pdf/proyecto/cap_12_ciclovital.pdf.

12. Las ocho etapas de desarrollo del ego de Erikson. En: Dicaprio NS. *Teorías de la personalidad*. Cap.5; 1996.
<https://drive.google.com/file/d/0ByBzHDu1J9YkaVc1RHN4UEF5cFU/view>
13. López Rosetti D. *Ellas: cerebro, corazón y psicología de la mujer*. Buenos Aires: Planeta; 2017.
14. Barsky A. Aspectos psiquiátricos y el comportamiento en las enfermedades cardiovasculares. En: Braunwald E, Zipes D, Libby P. Braunwald. *Tratado de cardiología*. Barcelona: Marban; 2004. v. 3. p. 2764-84.
15. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill; 2014.
16. Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. *Escuchar, observar y comprender: recuperando la narrativa en las ciencias de la salud*; 2014.
<https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/12/escucharobservarcomprender.pdf>.