



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

# **Diseño, validación facial y de contenido de un instrumento de valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria, enmarcada en la teoría de los síntomas desagradables**

**Cándida Rosa Castañeda Valencia**

Universidad Nacional De Colombia  
Facultad de Enfermería Sede Bogotá  
Maestría en Enfermería en Convenio con la Sede Manizales  
Manizales, Colombia  
2013



# **Diseño, validación facial y de contenido de un instrumento de valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria, enmarcada en la teoría de los síntomas desagradables**

**Cándida Rosa Castañeda Valencia**

Tesis presentada como requisito para optar al título de  
**Magister en Enfermería con Énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular**

Directora

Magda Lucía Flórez Flórez  
Enfermera, Magíster en Enfermería  
Docente Universidad Nacional de Colombia

Línea de Investigación:  
Cuidado a la mujer con enfermedad coronaria.

Universidad Nacional De Colombia  
Facultad de Enfermería Sede Bogotá  
Maestría en Enfermería en Convenio con la Sede Manizales  
Manizales, Colombia

2013



## *Dedicatoria*

*A Dios: Madre que me llena día a día de oportunidades; por su amorosa protección y por ser mi gran fortaleza interior.*

*A mí querida mamá Yudy, por comprender mis ausencias, por amarme y por creer siempre en mí.*

*A mi maravilloso esposo Carlos Alberto Montoya, por su apoyo incondicional en este proyecto, por brindarme de manera permanente el sustento afectivo y la compañía en cada jornada de estudio. Por su coherente discurso de amor y respeto por la mujer en todo el mundo y por ser un verdadero "MACHO AFECTIVO".*

*A mí querido hermano espiritual Hector Jaime, verdadero Héroe de la vida; en honor a su historia y a sus lecciones de Amor tan perfectas.*

*A mis amados amigos: Luz Mary Kogson, Gloria María Vallejo, Nancy Martínez, Adriana Ramírez, Yamile Betancur, Gloria Largo, Krishna, Satya, Ganesha, Latika y Rhama, por su inestimable compañía e imborrable apoyo afectivo.*

*Y finalmente a todas las mujeres con enfermedad coronaria, merecedoras de formas exclusivas de valoración, quienes deben ser cuidadas como seres fundamentales de la Sociedad Colombiana y del mundo entero.*



## **Agradecimientos**

Deseo expresar de manera afectuosa, mi agradecimiento a la querida profesora Magda Lucía Flórez, Magister en Cuidado para la Salud Cardiovascular, por su apoyo, credibilidad y capacidad de dirigir de manera absolutamente acertada los avances de la investigación.

A la profesora Viviana Marycel Céspedes Doctora en Enfermería, quien generosamente brindo valiosos aportes a esta investigación, por su calidad humana y por compartir su conocimiento amplio de la teoría psicométrica aplicada a enfermería.

Al profesor Diego Zuluaga Mejía, Psicólogo. Magíster en Educación y Docencia, Coordinador del Centro de Medición y Evaluación Psicológica Universidad de Manizales Programa de Psicología; por su asesoría metodológica permanente a la investigación, por su disposición, acompañamiento solidario y absoluta exquisitez humana.

A la Dirección de Investigación de Bogotá DIB, por su apoyo a tesis de investigación de posgrado en modalidad 1, cuyo financiamiento permitió de manera especial, tener las mejores evidencias y los recursos necesarios para el desarrollo de esta investigación.

A mis profesoras de la Maestría de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá, quienes inspiraron con su excelencia las ansias por investigar y por ser modelos del arte de la investigación.

A la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, por su honrosa y titánica labor de hacer realidad la formación como magísteres de enfermería a profesionales del Eje Cafetero, trascendiendo las limitaciones geográficas y aportando con su presencia, al desarrollo y avance disciplinar de nuestra zona.

A la doctora Elizabeth Lenz, quien de manera afectuosa y expedita, respondió a mis llamados y me ayudó en forma oportuna a elucidar las posibilidades de su teoría.

Finalmente agradecimientos a los directivos de la Clínica Confamiliares, IPS San Marcel Manizales, por su amable acogida y por brindarme su voto de confianza para llevar a cabo la prueba piloto.



## Resumen

**OBJETIVO:** Diseñar y validar un instrumento para la valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria, enmarcada en la Teoría de los Síntomas Desagradables.

**METODOLOGIA:** Estudio metodológico psicométrico, orientado por: "Los Síntomas" primer Concepto de la Teoría de los Síntomas Desagradables de Lenz y colaboradores. Se realizó Crítica Teórica del constructo elegido demostrando su utilidad en la investigación y práctica disciplinar. Desde lo empírico, se ponderaron 260 evidencias por medio de Crítica Metodológica y Empírica, aplicando el sistema de Revisión Integrativa articulada al Modelo Conceptual Empírico de Fawcett & Garity, obteniéndose tan solo 30 "Piezas Investigativas" utilizadas para la construcción de los ítems; a los síntomas de Lenz, se suman los síntomas psicosociales reportados en mujeres con enfermedad coronaria, generándose un primer diseño compuesto por 87 ítems.

**RESULTADOS:** Al diseño se realiza Validación de Contenido por expertos: Modelo Escobar y Cuervo 2008 (análisis SPSS 20), Coeficiente Correlación de Kendall= 0,682 ( $p < 0.05$ ), "buena concordancia entre jueces". Modelo de Lawshe Normalizado por Tristán 2008 con Content Validity Ratio= 0.57 e Index Validity Content= 0.797 demostrando que los "Ítems son unidades de análisis esenciales". Finalmente para la Validación Facial, se realizó Prueba Piloto con 21 mujeres que cumplieron los criterios de inclusión, posterior a esto se realizó discriminación semiótica de los ítems obteniéndose un instrumento tipo Autoinforme, heteroaplicado, compuesto por 67 ítems, un remanente investigativo que requiere nuevas validaciones para elevar su capacidad psicométrica.

**PALABRAS CLAVES:** Validez Facial, Validez de Contenido, Instrumento, Valoración, Síntomas en la Mujer, Enfermedad Coronaria, Teoría de los Síntomas Desagradables.

## Abstract

**OBJECTIVE:** To design and validate an instrument for assessing the symptoms in women with coronary disease framed in the Theory of the Unpleasant Symptoms.

**METHODOLOGY:** Methodological study psychometric oriented by "The Symptoms," first concept of the Theory of Unpleasant Symptoms by Lenz et al. Theoretical Critique of the construct chosen was performed proving usefulness in research and practice discipline. From the empirical 260 evidences were weighted through Methodological and Empirical Critique, applying the Integrative Review System articulated to the empirical Conceptual Model by Fawcett & Garity, obtaining only 30 "Investigative Pieces" used for the construction of the items; to the Lenz symptoms were added the reported psychosocial

X

Diseño, validación facial y de contenido de un instrumento de valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria, enmarcada en la teoría de los síntomas desagradables

---

symptoms in women with coronary disease, generating a first design composed of 87 items.

**RESULTS:** The design was done by Expert Content Validation: Model Escobar and Cuervo 2008 (analysis Statistical Package for the Social Sciences IBM SPSS 20) Kendall Correlation Coefficient,  $K= 0.682$  ( $p < 0.05$ ): "Good agreement between judges". Model Normalized by Tristan 2008 Lawshe: Content Validity Ratio= 0.57 and Content Validity Index= 0.797, showing: "Items: are units of essential analysis". Finally Validation Facial was the Pilot Test conducted on 21 women who met the inclusion criteria after this, the discrimination semiotics was performed obtaining an instrument type: Self-Report, hetero-applied consisting of 67 items, a remnant of research that requires further validation to increase its psychometric capacity.

**KEYWORDS:** Facial Validity, Content Validity, Assessment Instrument, Coronary Arterial Disease, Theory of Unpleasant Symptoms.

# Contenido

	Pág.
<b>Resumen</b> .....	<b>IX</b>
<b>Lista de figuras</b> .....	<b>XIV</b>
<b>Lista de tablas</b> .....	<b>XVI</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>1. Marco de referencia</b> .....	<b>9</b>
1.1 Área temática del estudio .....	9
1.1.1 Título.....	9
1.2 Descripción del área problema .....	9
1.3 Justificación .....	30
1.4 Planteamiento del problema .....	32
1.5 Objetivos.....	32
1.5.1 Objetivo general.....	32
1.5.2 Específicos.....	33
1.6 Definición de conceptos.....	33
1.6.1 Instrumento de valoración.....	33
1.6.2 Validez Facial o Aparente.....	34
1.6.3 Validez de Contenido.....	34
1.6.4 Síntomas en la mujer con enfermedad coronaria.....	35
1.6.5 Teoría de los Síntomas Desagradables .....	36
<b>2. Marco teórico</b> .....	<b>37</b>
2.1 Psicometría.....	37
2.1.1 Medición.....	38
2.1.2 Instrumento de Valoración.....	40
2.2 Teorías de la psicometría .....	40
2.2.1 Teoría Clásica de los Tests (TCT).....	41
2.2.2 Teoría de análisis Factorial de Ítems (AFI).....	42
2.2.3 Teoría de Respuesta al Ítem (TRI).....	43
2.3 Diseño y construcción de un instrumento.....	45
2.4 Principios del modelo psicométrico .....	46
2.4.1 Fiabilidad.....	46
2.4.2 Validez. “mide lo que se dice medir”.....	47
2.5 Teoría de los síntomas desagradables “theory of unpleasant symptoms (TOUS). Elizabeth Lenz, Audrey Gift, Renee Milligan, Suppe Frederick Y Linda Pugh (1997)” .....	54

2.5.1	Conceptos Mayores.....	55
2.5.2	Evolución de la Teoría de los Síntomas Desagradables TOUS. ....	62
2.5.3	Importancia de la Teoría de Rango Medio para la práctica y la investigación en la disciplina de enfermería.....	64
2.6	Teoría psicosocial .....	66
2.6.1	Enfermería y Psicología.....	68
2.6.2	Psicología de la Enfermedad.....	69
2.7	Interpretación de los síntomas desde la teoría psicosomática .....	88
<b>3.</b>	<b>Marco de diseño.....</b>	<b>95</b>
3.1	Tipo de estudio.....	95
3.2	Universo del estudio.....	96
3.3	Muestra .....	96
3.4	Control del diseño .....	97
3.5	Riesgos del diseño .....	98
3.6	Procedimiento .....	98
3.7	Consideraciones éticas .....	100
3.7.1	Respeto por la producción intelectual y derechos de autor.....	100
3.7.2	Respeto por el patrimonio moral e intelectual de la institución.....	101
3.7.3	Rigurosidad en la validación del instrumento.....	102
3.7.4	Principios Éticos en la investigación.....	103
3.7.5	Ley 911 de octubre 5 de 2004.....	104
3.7.6	Ley 266 de enero 25 de 1996.....	105
<b>4.</b>	<b>Marco de análisis.....</b>	<b>107</b>
4.1	Estructura del sistema conceptual teórico empírico para la investigación (SCT-E) o conceptual-theoretical-empirical structure C-T-E .....	108
4.1.1	Instrumentos y condiciones experimentales para la investigación.....	110
4.1.2	El lenguaje de los métodos de la investigación empírica.....	113
4.1.3	Crítica de la Investigación.....	113
4.1.4	Evaluación y crítica de la Teoría de los Síntomas Desagradables TOUS de Elizabeth Lenz y colaboradores. Evaluación de la investigación para una práctica de enfermería basada en la evidencia.....	114
4.2	Análisis y crítica teórica. Teoría de los síntomas desagradables “theory of unpleasant symptoms (TOUS). Elizabeth Lenz, Audrey Gift, Renee Milligan, Suppe Frederick y Linda Pugh (1997)”.....	115
4.2.1	Análisis de la TOUS bajo el modelo de Afaf Ibrahim Meleis.....	116
4.2.2	Análisis y crítica desde la aproximación de Katherine J. Bredow.....	122
4.2.3	Crítica Teórica Interna según el método de Jackeline Fawcett, 2005.....	124
4.2.4	Crítica Teórica según el método de Fawcett-Garity 2009.....	127
4.2.5	Conclusiones del análisis y evaluación teórica de la TOUS.....	134
4.3	Análisis crítico de la teoría psicosocial y el fenómeno social desde una perspectiva de género .....	138
4.3.1	Problemáticas de género para la génesis y expresión de la cardiopatía isquémica.....	139
4.4	Estado del arte sobre la valoración de los síntomas de la mujer con enfermedad coronaria, a la luz de la teoría de los síntomas desagradables de Elizabeth Lenz y colaboradores, en su primer concepto: “síntomas”.....	150
4.4.1	Búsqueda y selección de las piezas de investigación.....	152
4.4.2	Análisis documental.....	162
4.4.3	Proposiciones Empíricas que sustentan la investigación.....	174

---

4.4.4	Conclusiones del Estado del Arte.....	180
4.4.5	Sistema lógico. Etapa conceptual.....	183
4.4.6	Sistema Empírico. ....	185
4.5	Validaciones .....	217
4.5.1	Validez Facial o aparente.....	217
4.5.2	Procedimiento utilizado en la Validación Facial: Prueba Piloto.....	217
4.5.3	Resultados: Validación Facial. ....	220
4.5.4	Validez de Contenido o Juicio de Expertos. ....	228
4.5.5	Procedimiento utilizado en la Validación de Contenido por Expertos.....	229
4.6	Interpretación de los resultados .....	236
4.7	presentación del instrumento final: WSCDI.....	245
4.7.1	Discusión. ....	245
<b>5.</b>	<b>Conclusiones, limitaciones y recomendaciones .....</b>	<b>249</b>
5.1	Conclusiones .....	249
5.2	Limitaciones.....	252
5.3	Recomendaciones .....	253

## Lista de figuras

	<b>Pág.</b>
Figura 1. Relación número de Jueces Expertos y el Índice de validez de Contenido por el Método de Lawshe, 1997 .....	52
Figura 2. Esquema linear de la TOUS, 1995.....	62
Figura 3. Versión 1997, modelo interactivo multidimensional de la TOUS.....	63
Figura 4. Modelo Transaccional de Lazarus y Folkman. ....	71
Figura 5. Modelo Procesual del Estrés. Modelo integrador de los diversos componentes del estrés, sus interrelaciones y mecanismos psicopatológicos .....	84
Figura 6. Teoría de los síntomas desagradables versión en español.....	126
Figura 7. Adaptación de la dos Teorías (enfermería y psicología) para el diseño del instrumento de valoración .....	136
Figura 8. “Los síntomas”, primer Concepto de la Teoría de los Síntomas Desagradables, 1997.....	137
Figura 9. Adaptación de la dos Teorías (enfermería y psicología) para el diseño del instrumento de valoración .....	137
Figura 10. Esquema de Lazarus, diseñado para el estudio de los factores psicosociales, relacionados con la cardiopatía isquémica en la mujer. ....	149
Figura 11. Diseño que reúne los conceptos de las Teorías de Lenz y cols., y de Lazarus y Folkman.....	152
Figura 12. Síntomas a partir de la Teoría de Elizabeth Lenz y cols.....	184
Figura 13. Área Problema .....	255
Figura 14. Características clínicas típicas de las mayores causas de molestia precordial aguda (isquemia/lesión).....	256

---

Figura 15. Procedimiento para diseñar un instrumento de valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria. ....257

## Lista de tablas

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Etapas de la investigación.....	107
Tabla 2. Elementos centrales de contexto para el diseño .....	151
Tabla 3. Sistema de publicación indexado consultado de Colombia .....	157
Tabla 4. Palabras Claves en la investigación .....	158
Tabla 5. Revistas colombianas de Enfermería consultadas .....	159
Tabla 6. Revistas Internacionales de Enfermería consultadas .....	159
Tabla 7. Revistas colombianas de medicina consultadas.....	160
Tabla 8. Revistas electrónicas internacionales de medicina consultadas .....	160
Tabla 9. Pieza investigativa de Psicología .....	161
Tabla 10. Piezas investigativas de enfermería, Universidad Nacional de Colombia .....	161
Tabla 11. Sistema de ponderación de las evidencias.....	165
Tabla 12. Revisión integrativa y S-CE de las bases de datos consultada en la investigación .....	168
Tabla 13. Resumen soportado en las Piezas Investigativas (síntomas en la mujer con enfermedad coronaria 2001-2012). Integración: Revisión Conceptual-Empírica y Revisión Integrativa. Modelo Psicométrico. Teoría Clásica de los Tests.....	187
Tabla 14. Criterios para la Validacion Facial por población. ....	220
Tabla 15. Análisis de los ítems en la validación facial por población .....	225
Tabla 16. Items a modificar según la validación facial por población.....	226



---

Tabla 17. Criterios de inclusión para jueces expertos en validación de contenido. ....	229
Tabla 18. Información de los jueces expertos que participaron en la validación de contenido.....	231
Tabla 19. Aportes cualitativos del juzgamiento por jueces expertos del instrumento de medición diseñado. ....	232
Tabla 20. Criterios de medición para el coeficiente de Kendall.....	235
Tabla 21. Resultados del análisis del Coeficiente de Kendall para el instrumento juzgado por jueces.....	236
Tabla 22. Resumen de estadísticos de contraste para el instrumento diseñado: W de Kendall .....	237
Tabla 23. Resumen de la estimación de la validación por expertos utilizando el Modelo de Lawshe Normalizado. ....	239
Tabla 24. Resumen de los ítems a modificar según validación de jueces.....	241
Tabla 25. Resumen de los ítems a retirar según validación de jueces.....	242
Tabla 26. Ítems modificados en el instrumento.....	242



# Introducción

*“Administrar medicamentos para tratar enfermedades que ya se han declarado y eliminar SINTOMAS que ya se han desarrollado, es como empezar a excavar un pozo cuando ya se tiene sed o ponerse a fabricar armas cuando ya se ha entrado en combate. ¿Acaso no es demasiado tarde para emprender tales acciones?” **Manual de Medicina Interna del Emperador Amarillo, 200 a. de C.***

“LA INVESTIGACIÓN EN EL MUNDO TIENE UNA GRAN DEUDA CON LA MUJER”. Esta afirmación guarda relación con el nuevo enfoque de salud para el género femenino, que en años anteriores se centró básicamente en el análisis de las alteraciones en su sistema genitourinario, desconociendo las patologías de gran impacto para la salud y calidad de vida de las mujeres como lo son hasta ahora las enfermedades cardiovasculares<sup>1</sup>. Esta evidencia se suma a las realidades reportadas por la Sociedad Europea de Cardiología, en publicación de mayo 3 de 2012 donde se deja constancia que a la sombra de las mujeres, son también los jóvenes, los adultos mayores y las minorías étnicas, las poblaciones que continúan teniendo una baja representatividad en los estudios clínicos, por lo que visibilizar sus problemáticas en salud resultan difíciles de dimensionar<sup>2</sup>.

En suma cabe señalar, que los sistemas de salud en especial los que atañen a la salud cardiovascular, han girado en torno a las indagaciones y necesidades del género masculino<sup>3</sup>, desconociendo las diferencias particulares del género femenino; lo que condicionó tanto los procesos de tipificación sintomática de la enfermedad coronaria, como la aplicación de métodos de diagnóstico cardiovascular; permitiendo a lo largo de estos años, el gran impacto que representaría la enfermedad cardiovascular tanto en la morbilidad como mortalidad para las mujeres. Esto se corrobora con los datos extraídos

---

<sup>1</sup> RINCÓN OSORIO, Fanny et al. La mujer con enfermedad coronaria: Reflexiones para volver a pensar en su cuidado. En: Enfermería Cardiovascular. Sociedad colombiana de Cardiología, Capítulo de Enfermería y Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Distribuna. 2008, p. 131.

<sup>2</sup> EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY AND OTHERS. The fifth joint task force of the european society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European guidelines on cardiovascular disease: prevention in clinical practice. (ver. 2012) [online]. In: European heart journal advance acces. May 3, 2012, p. 18-77. [Cited 12 september 2012]. Available from Internet: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/>

<sup>3</sup> RADLEY, Alan, et al. Problems of women compared with those of men. Following Myocardial Infarction. In: Coronary Health Care. November 1998, vol. 2 Issue 4, p. 202-209.

de Circulation Cardiovascular Quality Outcomes, que revelan que en los ensayos de patología cardiovascular, la inclusión de mujeres era del 44% para estudios de hipertensión arterial, el 40% en diabetes, el 38% en ictus y tan solo el 25% en enfermedad coronaria, pese que estas enfermedades son muy frecuentes en el sexo femenino, especialmente en la menopausia<sup>4</sup>.

Las mujeres exhiben una mayor carga de síntomas, más inhabilidad funcional y alta prevalencia de enfermedad coronaria no obstructiva comparada con el hombre, cuando fueron evaluados los signos y síntomas de isquemia miocárdica<sup>5</sup>, lo cual se contrasta con estudios que infieren la notable expresión del síndrome Coronario Sin Elevación del Segmento ST (SCA SEST) en este grupo de mujeres.

Frente a la pregunta: ¿Qué tienen las mujeres en el corazón? Martínez Sellés declara: “Todo, menos debilidad”<sup>6</sup>, concepto contrario a la estigmatización cultural de la mujer. Las explicaciones no se hacen esperar puesto que diferencias anatómicas, fisiológicas y endocrinas permiten luego de muchas décadas de discusión, mostrar las evidencias sobre hechos relativos al género:

*“La mujer respecto al varón, tienen un corazón de menor tamaño, arterias coronarias menores, presión telediastólica, volúmenes ventriculares menores y un aumento de la fracción de eyección con el ejercicio, compensado por un volumen telediastólico mayor; lo cual demuestra que la mujer entre otros hallazgos, tiene mejores parámetros de función diastólica que varones de la misma edad, situación que en forma dramática complica la vida de los hombres cuando avanzan en edad, presentando más deterioro de la función contráctil cardíaca, situación que no sucede con las mujeres”<sup>7</sup>.*

El componente hormonal juega un papel crucial en la diferenciación de las enfermedades por género, en concordancia existen evidencias de receptores androgénicos y estrogénicos en la aorta, arterias coronarias, músculo cardíaco, miocitos y fibroblastos; demostración de la fortaleza del sistema cardiovascular en la mujer; de ahí la capacidad que poseen los estrógenos para regular la actividad de las proteínas contráctiles cardíacas, la modulación de las citoquinas proinflamatorias en especial el factor de necrosis tumoral, el aumento de la actividad del óxido nítrico sintetasa; generadores del efecto vasodilatador del endotelio, que inciden directamente sobre la regulación del remodelamiento ventricular tanto en la falla cardíaca, como en la reparación de la lesión postinfarto<sup>8</sup>.

---

<sup>4</sup> PEDREIRA, Milagros. La enfermedad cardiovascular en la mujer: Infradiagnosticada, infratratada e infrapresentada [en línea]. Sociedad Española de Cardiología. Boletín de Prensa. Enero 18 de 2011. [Consultado agosto 28, 2012]. Disponible en Internet: <http://www.fundaciondelcorazon.com/prensa.html>.

<sup>5</sup> KOTHAWADE, Kamlesh and BAIREY, Noel. Microvascular Coronary Dysfunction in Women- Pathophysiology, Diagnosis and Management. *In: Current Problems of Cardiology*. August, 2011, vol. 36, p. 291-318.

<sup>6</sup> MARTINEZ SELLÉS, Manuel. ¿Qué tienen las mujeres en el corazón? *En: Revista Española de Cardiología*. España, 2007, vol. 60 no. 11, p. 1118-1121.

<sup>7</sup> *Ibíd.*, p. 1119.

<sup>8</sup> *Ibíd.*, p. 1120.

Estas fortalezas cardiovasculares en la mujer no son eternas y declinan con la edad, de esta circunstancia nace el argumento de la enfermedad cardiovascular es la mayor causante de las defunciones en mujeres de todos los países europeos y latinoamericanos<sup>9</sup>. Por encima de la franja de los 75 años, el 42% muere por enfermedad cardiovascular, en comparación con el hombre que en el mismo rango de edad, tienen un porcentaje menor del 38%. De igual manera, estas estadísticas son compatibles con las cifras reportadas por la Sociedad Española de Cardiología, emitidas en su boletín del 7 de marzo de 2012, en donde informan que “la enfermedad cardiovascular mata a 65.000 mujeres cada año en España, un 8% más que hombres”; lo anterior atribuido a los cambios en la actividad estrogénica y diferencias relativas al sexo que las agobian en la actualidad, como son: mayor consumo de cigarrillo y cambios en los patrones de alimentación, entre muchos otros<sup>10</sup>.

El término enfermedad coronaria es equivalente a la denominación de cardiopatía isquémica, el cual hace referencia a la disminución del aporte de sangre oxigenada a las células del miocardio, para cubrir sus necesidades metabólicas; por lo anterior García y Tomas en 1986 referenciado por Nieto Múnera y cols., definen la cardiopatía isquémica como “*La afección cardíaca aguda o crónica, secundaria a una reducción o supresión del aporte sanguíneo al miocardio, que a su vez puede ser de origen orgánico, fijo o de tipo funcional (espasmódico) o transitorio*”<sup>11</sup>. Para los autores, los factores desencadenantes de estos eventos isquémicos cardíacos, están relacionados por tres grandes bloques: factores inherentes, factores tradicionales y factores psicosociales/emocionales<sup>12</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) esta enfermedad es altamente significativa en el mundo; encontrándose cifras alarmantes en el año 2001 donde éstas y otras enfermedades no transmisibles, representaron el 54% de la carga mundial de mortalidad y se predice que para el 2020 será del 65%<sup>13</sup>. Frente a este panorama, el visibilizar el tema de la enfermedad cardiovascular permite reflejar la realidad mundial y contextualizarlo a la salud colombiana; el cual está tomando la connotación según lo argumenta el Ministerio de Protección Social de: “PANDEMIA CARDIOVASCULAR”<sup>14</sup>. Para contrastar, el informe de la OMS, 2004, reportó que la enfermedad cardiovascular ocasionó en el mundo, el 32% de las muertes en mujeres jóvenes, frente a un 27% en hombres. Se cree que una de cada dos mujeres morirá por esta grave enfermedad o por enfermedad cerebrovascular, en contraste con una de cada 25 mujeres que lo hará por cáncer de mama:

---

<sup>9</sup> EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY AND OTHERS. Op cit., p. 19.

<sup>10</sup> *Ibíd.*, p.20.

<sup>11</sup> NIETO MUNUERA, Joaquín, et al. Psicología para las Ciencias de la Salud: Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad. Madrid España: McGraw Hill Interamericana S.A. 2004, 347 p.

<sup>12</sup> *Ibíd.*, p. 200.

<sup>13</sup> BONILLA IBAÑEZ, Claudia Patricia. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos, en personas que presentan riesgos de enfermedad cardiovascular. *En: Avances en Enfermería*. Bogotá, 2007, vol. 25 no. 1, p. 46-55.

<sup>14</sup> SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGIA Y CIRUGIA CARDIOVASCULAR. Guía colombiana de SCA\_SEST. Bogotá, diciembre, 2008, vol. 15 suplemento 3, p.145-149.

*“Erróneamente tanto las mujeres como los profesionales de la salud, tienen la percepción errática de que el cáncer causa mucho más muertes que las enfermedades cardiovasculares, tipo enfermedad isquémica del corazón; así que mientras el 5% de muertes en mujeres europeas, son consecuencia de algún tipo de cáncer, las muertes por causas cardiovasculares se sitúan alrededor del 45%”.*<sup>15</sup>

Son estos los argumentos de la cardióloga destacada de la Sociedad Española de Cardiología, extraídos de su ponencia sobre enfermedad coronaria en la mujer, presentada en el simposio de cardiología, España 2012. La Sociedad Colombiana de Cardiología, en el año 2011, consideró que ésta enfermedad, es en realidad un problema de salud pública, responsable del primer lugar de discapacidades y muerte en mujeres mayores de 45 años<sup>16</sup>. Tema que ya se venía considerando y según Rincón et al.<sup>17</sup>, “La enfermedad coronaria constituyó la primera causa global de mortalidad en mujeres”, basándose para ello en los datos del DANE 2001-2002.

Una de las expresiones sintomáticas clásicas o típicas de la enfermedad coronaria es el dolor torácico, el cual es denominado de diversas formas: angina, angor pectoris o discomfort precordial y es el síntoma más común en los procesos isquémicos del miocardio expresado por el hombre. Rincón et al., reporta importantes estudios que señalan variables en el cuadro clínico de la mujer con enfermedad coronaria; considerándolos “síntomas atípicos” o expresiones poco comunes en su sintomatología, que favorecieron una mayor morbilidad y mortalidad para el género femenino en contraste con la típica expresión de dolor precordial caracterizado en el género masculino<sup>18 19</sup>.

La caracterización de los síntomas en el SCA, se ha basado frecuentemente en los síntomas detectados en la población masculina, por tanto la denominación de “atípico” es debido a la expresión diversa no clásica masculina del dolor torácico, condicionando patrones de infrarrepresentación de la enfermedad, el subdiagnóstico y supervivencia de la mujer con enfermedad coronaria<sup>20</sup>.

El dolor anginoso es considerado “típico” sí se cumplen los criterios de calidad, duración e intensidad como lo demuestra Navarro López, cuando describe las dimensiones que se deben valorar en todas las personas con dolor precordial, pero aún no se hacen

---

<sup>15</sup> AMERICAN HEART ASSOCIATION. Statistical Fact Sheet. Populations 2009 Update: International Cardiovascular Disease Statistics 2009. [Consultado 12 de septiembre de 2012] Disponible en Internet: <http://www.americanheart.org>

<sup>16</sup> ANCHIQUE SANTOS, Claudia Victoria. Enfermedad Cardiovascular en la Mujer. Editor Invitado. En: Revista Colombiana de Cardiología. Bogotá. Colombia. Julio-agosto 2011, vol. 18 no. 4, p. 178-182.

<sup>17</sup> RINCÓN OSORIO, Fanny, et al. Caracterización de los síntomas de angina en un grupo de mujeres con prueba de esfuerzo positiva. En: Revista Colombiana de Cardiología. Bogotá. mayo/julio 2007, vol. 14 no. 3, p. 1-14.

<sup>18</sup> Ibid., p.2.

<sup>19</sup> COLLINS, Peter, et al. Gender Differences in the Clinical Presentation of Heart Disease. In. Current Pharmaceutical Design. Roma Italia. 2011, vol. 17, p. 1056-1058.

<sup>20</sup> Ibid., p. 1056.

especificaciones ni de género, ni se asocian otros síntomas para lograrlo<sup>21</sup>. Del mismo modo Anchique determina que para valorar el dolor precordial, se deben tener los tres primeros criterios o están presentes cuatro de los seis siguientes:

1. *Desencadenado por esfuerzo.*
2. *Duración breve de dos a cinco minutos.*
3. *Se alivia con el reposo o nitratos.*
4. *Localización esternal.*
5. *Irradiado al brazo izquierdo, mandíbula o cuello.*
6. *Ausencia de otras causas de dolor torácico<sup>22</sup>.*

En la mujer “dolor precordial denominado como atípico” está relacionado con la expresión de síntomas equivalentes como: disnea, fatiga, síncope, dolor epigástrico, dolor en los hombros o el cuello y pueden llegar a ser la única manifestación de la enfermedad isquémica coronaria<sup>23</sup>; otros síntomas atípicos reportados en las mujeres con enfermedad coronaria son palpitaciones, malestar abdominal, náuseas, indigestión y entumecimiento de las manos<sup>24</sup>.

Esta multiplicidad de síntomas referidos por la mujer, son el marco propicio para que la Teoría de los Síntomas Desagrables de Elizabeth Lenz, Audrey Gift, Renee Milligan, Suppe Frederick y Linda Pugh se pueda aplicar; dada su estructura teórica que favorece el análisis clínico orientado a evaluar, interpretar, entender la complejidad de los síntomas coronarios y ante todo, la identificación de categorías relevantes para su indagación.

Teniendo como base los estudios investigativos que evidencian la problemática, respecto a la valoración de enfermería en la práctica clínica, a la persona con dolor torácico, en especial, dificultades para valorar sus características y otros síntomas asociados a la enfermedad en mujeres con síntoma de angina de pecho<sup>25 26 27</sup>, demostrada en registros médicos y de enfermería<sup>28</sup>; en forma adicional, se suma la carencia de instrumentos de

---

<sup>21</sup> NAVARRO LOPEZ, Juan José y GONZALES RODRIGUEZ, Claudio Manuel. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la angina inestable. En: Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos, Perú Lima, 2009. Vol. 7 No. 1 suplemento P. 193-203.

<sup>22</sup> RAMOS, Hugo et al. Protocolo de manejo del dolor torácico agudo sospechoso de isquemia miocárdica. En: Revista Hospital Universitario de Córdoba. Argentina, 2006, no. 35, p. 7-11.

<sup>23</sup> RINCÓN OSORIO, Fanny et al. La mujer con enfermedad coronaria: Reflexiones para volver a pensar en su cuidado. En: Enfermería Cardiovascular. Bogotá. Distribuna. 2008. p. 131.

<sup>24</sup> COLLINS, Peter, et al. Op. cit., p. 1056.

<sup>25</sup> WATSON, Judy, et al. The impact of nurse's empathic responses on patient's pain management in acute care. In: The Nursing Research. Toronto, Canada, July - August 2000, vol. 49 no. 4, p. 191-197.

<sup>26</sup> MORA, Sandra y GARCÍA, Isabel. Enfermería ante el dolor torácico de origen cardiológico en una unidad de hospitalización. En: Enfermería en Cardiología. Tenerife Islas Canarias. Tercer cuatrimestre. 2005, no. 36, p. 1-45.

<sup>27</sup> ALCONERO CAMARERO, Ana. Valoración del dolor torácico de origen cardiológico en el servicio de urgencias de un hospital comarcal. En: Enfermería en Cardiología. Universidad de Cantabria. 2006. 6 p.

<sup>28</sup> GARCIA GUZMAN, Cesar, et al. Salud cardiovascular en la mujer entre los 45 y 70 años. En: Revista Avances de Enfermería. Chía Cundinamarca Bogotá. 2001, vol. 29 no.1, p. 1-6.

valoración diseñados para orientar el cuidado de enfermería y mucho más los enfocados a indagar en la experiencia del síntoma coronario en la mujer, descentralizándose del concepto que es el dolor precordial el signo más frecuente en los casos de eventos coronarios<sup>29</sup>.

La Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia comprometida en mejorar el cuidado de la salud cardiovascular colombiana, ha planteado en su línea de investigación “Cuidado a la Mujer con Enfermedad Coronaria”, diferentes estudios orientados a develar el vacío en el conocimiento encontrado en la caracterización del cuadro clínico de la mujer<sup>30</sup>. En este sentido, es importante recalcar que este proyecto está adscrito a la línea de investigación mencionada, y se propone como objetivo central Diseñar y validar un instrumento para la valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria, enmarcada en la Teoría los Síntomas Desagradables de Elizabeth Lenz y colaboradores.

En relación con los alcances del proyecto, este estudio se propuso como una herramienta de medición que tiene como marco la Teoría de los Síntomas Desagradables de Lenz y colaboradores y es importante resaltar, que este ha sido el referente teórico más utilizado en la mayoría de las indagaciones del grupo investigativo: Cuidado para la Salud Cardiorrespiratoria. En este sentido, el proyecto permite materializar los esfuerzos investigativos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional, en la mencionada línea de investigación, focalizada en los últimos años en profundizar, sobre la experiencia y caracterización de los síntomas de angina en la mujer; de esta forma se contribuye a conocer profundamente la problemática, mejorar la calidad en el diagnóstico de necesidades de atención y cuidado a las mujeres con enfermedad coronaria, enmarcada desde la visión de reciprocidad o Integrativa-interactiva<sup>31 32</sup>.

La construcción de herramientas propias para el cuidado de enfermería, proporciona autonomía para analizar, intervenir y solucionar los problemas detectados; como también, apoya la meta de disminuir morbilidad, complicaciones y mortalidad en el grupo de mujeres atendidas en los servicios asistenciales tanto de I como III/IV nivel de complejidad. Por lo anterior, se considera relevante el aporte científico que representaría tanto para la práctica profesional clínica y comunitaria, como para el fortalecimiento al bagaje de conocimientos en la disciplina de enfermería. Esta investigación es de tipo metodológica psicométrica y consta de cinco capítulos.

El primer capítulo, inicia con el Marco de Referencia, donde se precisa sobre el área temática mujer con enfermedad coronaria y justificación del estudio; además se hace el planteamiento del problema con una visión puesta en la salud cardiovascular en la mujer desde la óptica nacional y mundial; se mencionan los objetivos, la definición de

---

<sup>29</sup> MORA, Sandra y GARCÍA, Isabel. Op. cit., p. 4.

<sup>30</sup> RINCÓN OSORIO, Fanny et al. La mujer con enfermedad coronaria. Op. cit., p. 132.

<sup>31</sup> FAWCETT, Jackeline. Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of conceptual models of nursing. Cap 1. 3er. Ed. Philadelphia: FA. Davis Company. 2005, 623 p.

<sup>32</sup> NEWMAN, Margaret, et al. The focus of the discipline of nursing. In: Advances in Nursing Science. 1991, vol. 14 no. 1. Traducción M. Mercedes Durán de Villalobos, p. 6.



conceptos tales como: Instrumento de valoración, validación facial y de contenido, síntomas, mujer con enfermedad coronaria y Teoría de los Síntomas Desagradables.

El segundo capítulo, corresponde al Marco Teórico; en primer orden está construido a partir de los conceptos de medición psicométrica, las diversas teorías que de ella emanan, el sistema de construcción de instrumentos, los diversos tipos de validación y en segundo orden, se enfoca en el constructo que moldeará el instrumento a diseñar Teoría de los Síntomas Desagradables (TOUS) de Elizabeth Lenz y cols., en suma, se hace la revisión de las distintas Teorías Psicosociales, finalizando con la selección de la Teoría de Lazarus y Folkman para ser articulada en el diseño.

El tercer capítulo presenta el Marco de Diseño que incluye tipo de estudio, muestra, control y riesgos del diseño; los procedimientos que se desarrollaron y se demuestran las garantías en aplicación de las consideraciones éticas del estudio.

En el cuarto capítulo se muestra de manera clara y detallada el Marco de Análisis, eslabón trascendental para la investigación, en donde se presentan las limitaciones del estudio. Se realiza en forma minuciosa la crítica teórica interna, externa de la Teoría de Lenz, un análisis concienzudo de la teoría psicosocial y su aporte a la interpretación de la sintomatología coronaria, ambas teorías desde la óptica de varios expertos; el interés fue exponer los argumentos sobre el valor y la utilidad de la Teoría de Mediano Rango para la práctica y la investigación. Se discuten los criterios de Prueba de la teoría y paralelamente se define el concepto que orientó la elaboración del instrumento, derivados de la TOUS y Teoría psicosocial.

Posteriormente se presenta el Estado del Arte, a partir de la aplicación a todas las piezas investigativas y estudios sumativos, del Sistema Conceptual Teórico Empírico, el cual en concordancia lleva a la práctica tanto la crítica metodológica y la conceptual empírica, de las evidencias tanto de enfermería como de otras disciplinas contribuyentes al avance del eje temático, donde se demuestra la obtención de evidencias, con la mayor fiabilidad en la indexación y el rigor de los motores de búsquedas de revistas indexadas de alto rango científico. Todo con la finalidad de fundamentar la ponderación de las evidencias, en este sentido se recurre a la orientación de las Revisiones Integrativas, que dan cuenta del peso de la evidencia.

Este capítulo concluye con la aplicación de Sistema Psicométrico para la operacionalización del Atributo Teoría de Lenz y cols., Concepto I “Síntomas”, y como aporte importante, basado en la expresión del “Síntoma N” por la Doctora Lenz, se articulará como un nuevo aporte sintomático a la TOUS, los síntomas psicosociales de mayor relevancia, asociados a la cardiopatía isquémica, discutidos bajo la luz de la teoría psicosocial. Todo lo anterior enfocado en la determinación simultánea de los sistemas lógico, empírico y numérico que faciliten la inclusión de los hallazgos representados en la matriz de ítems que componen el instrumento diseñado, siendo sometido posteriormente a Validación Facial en la Prueba Piloto y de Validación de Contenido por Expertos.

Referente a las validaciones, es importante aclarar que la validación Facial, se realizó en una muestra de 21 mujeres, que cumplen los criterios de inclusión y se contrasta con la Validación de Contenido por Expertos, en donde participaron 5 expertos calificados en la temática; utilizando para ello, el Modelo de Lawshe Modificado por Tristán (cálculo del VCR' y del IVC) y el Método propuesto Escobar y Cuervo 2008, (Análisis del estadístico Kendall en SPSS 20). Luego de las modificaciones, se reconstruye el instrumento y se

deja sentada la propuesta de medición, denominada: **INSTRUMENTO PARA LA VALORACIÓN DE LOS SÍNTOMAS EN LA MUJER CON ENFERMEDAD CORONARIA: "INSTRUMENT FOR EVALUATING SYMPTOMS OF CORONARY DISEASE IN WOMEN (WSCDI)"**.

La investigación desde lo ético se cimienta en la rigurosidad para el diseño del instrumento y búsqueda de las óptimas condiciones para la realización de la prueba piloto con una muestra poblacional, demostrada en la rigurosidad en cada uno de los pasos para la administración de la prueba y el respeto por la producción creativa del conocimiento, consideración por la moralidad del patrimonio investigativo institucional de la Universidad Nacional, del mundo y de otras disciplinas; teniendo como punto central los principios ético-científicos que deben conservarse durante todo el proceso, conducentes al logro del ideal "una investigación humanizada y humanizante".

Ciertamente, diseñar nuevas herramientas para enfermería, retan su tradición de acogerse de manera persistente "al modelo positivista y patriarcal" imperante en las Ciencias de la Salud y se abre el camino para la incorporación de nuevos elementos de reflexión, sobre el entendimiento del cuidado a la salud de la mujer, sobre su vulnerabilidad cardiovascular, derivados por el descuido de elementos de reflexión social, cultural y subjetividad en las mujeres; consecuencias directas de la política y el poder que ejerce, los cuales se reivindican a través de la investigación en el género femenino, cuando se piensa no solo en el cuerpo físico de la mujer, sino en las esferas que lo conforman: lo físico-fisiológico, lo psicológico-emocional, lo social-familiar y lo trascendental-espiritual; todos elementos orientadores del "holismo" centrado mas en la sanación que en la estrecha definición de salud.

Desde la perspectiva del Autoinforme, se recupera el concepto de sanación, en donde la mujer debe participar activamente y al ser la reportera de sus síntomas, habilita el acto cognitivo que entraña consciente e inconscientemente (evaluación, comprensión y superación); siendo este un acto verdadero de cuidado, establecido entre la dupla mujer-enfermera; para comprender, reconsiderar y reconstruir los aspectos que ponen en detrimento no solo el bienestar, sino además el nivel de felicidad necesarios para una salud cardiovascular óptima.

Determinar e indagar sobre síntomas en la mujer con enfermedad coronaria, no es solo el objetivo de esta investigación al diseñar y validar el **WSCDI**, en concordancia, propone recuperar la cercanía a la mujer, escucharla y demostrarle interés por sus vivencias, aflicciones y sufrimientos; de igual modo, plantea la ruta necesaria para ingresar en el terreno milenario de la enfermería centrada en el Ser Humano, donde la sanación por medio de la catarsis, posibilita el legado colectivo de la enfermería cardiovascular: *Pensar en la sanación de la mujer, es pensar en la salud de la célula familiar, verdadero indicador del bienestar de la sociedad.*

# 1. Marco de referencia

## 1.1 Área temática del estudio

La presente investigación está adscrita al grupo de investigación Cuidado para la Salud Cardiorrespiratoria, en la línea investigativa: “Cuidado a la Mujer con Enfermedad Coronaria” de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá.

### 1.1.1 Título

Diseño, validación facial y de contenido de un instrumento de valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria, enmarcada en la Teoría de los Síntomas Desagradables.

## 1.2 Descripción del área problema

Según la OMS, en su informe del 2010, la enfermedad coronaria es uno de los principales problemas de salud pública, es la causa más frecuente de muerte en el mundo, catalogada como “una epidemia”; de igual forma, es la principal causa de morbilidad y mortalidad en países en desarrollo; allí el infarto agudo al miocardio es la entidad nosológica responsable de la mayoría de las muertes en occidente y países industrializados<sup>33</sup>. Más del 80% de estas muertes se producen en países de bajos y medios ingresos. Teniendo en cuenta estas cifras y el perfil epidemiológico de la enfermedad coronaria en la mujer se podría pensar que no ha mejorado, en este sentido la mujer está clasificada como de “alto riesgo”, “de riesgo”, “alto grado de riesgo; caracterizado por la evidencia de enfermedad cardíaca coronaria, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica, y aneurisma aortoabdominal”<sup>34</sup>, sumado al equivalente riesgo de enfermedad renal crónica, diabetes mellitus, los cuales son predictores por sí mismos de mayor riesgo cardiovascular; de la misma forma, cabe señalar el informe investigativo de Rincón et al<sup>35</sup>, donde se puso de manifiesto que la enfermedad coronaria constituía la primera causa global de mortalidad en las mujeres, basándose para ello en los datos del DANE 2001-2002.

---

<sup>33</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (OMS). Prevención de enfermedades crónicas: una inversión vital: 2005 [en línea]. [Consultado mayo 10, 2010] Disponible en Internet: [http://www.who.int/cho/chronic.disease.report/overview\\_sp.pdf](http://www.who.int/cho/chronic.disease.report/overview_sp.pdf)

<sup>34</sup> WENGER, Nanette K. ¿What Do the 2011 American heart association guidelines tell us about prevention of cardiovascular disease in women? In: Clinical Cardiology. USA April 27, 2011, vol. 34 no. 9, p. 520-523.

<sup>35</sup> RINCÓN OSORIO, Fanny et al. La mujer con enfermedad coronaria: Reflexiones para volver a pensar en su cuidado. Op. cit., p. 115.

En este mismo orden de ideas y relativo a la población femenina, la enfermedad isquémica del corazón es la causa principal de mortalidad en el Mundo, específicamente en Latinoamérica, Europa, Asia y Estados Unidos e involucra a mujeres mayores de 45 años<sup>36 37 38</sup>.

En este sentido, la Federación Mundial del Corazón, publica su reporte de prensa el día 2 de octubre de 2012, donde afirma que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en las mujeres y es responsable en una proporción de 1:3 casos de defunciones femeninas; se piensa que cada minuto se presenta en el mundo una muerte por este tipo de enfermedad, e invita a que: *“las mujeres deben ser conscientes del riesgo al que están sometidas y deben tomar medidas para protegerse a sí mismas y a sus familias”*<sup>39</sup>. No obstante el retraso de medidas terapéuticas y diagnósticas recomendables, someten a esta población a un mayor riesgo de morir a edades cada vez más tempranas<sup>40 41 42</sup>. Por tal motivo, son congruentes las conclusiones relativas al punto anterior, extraídas del Boletín de prensa de la Sociedad Española de Cardiología, de la doctora Pilar Mazón, presidenta de la Sección de Hipertensión Arterial, quien afirma: *“La enfermedad cardiovascular en la mujer es más frecuente de lo que pensamos, más grave de lo que esperamos, la diagnosticamos menos de lo que debemos y la tratamos peor de lo que creemos”*<sup>43</sup>.

Lo anterior se confirma por medio de los amplios registros como es el estudio CRUSADE (*Can Rapid Risk Stratification of Unstable Angina Patients Suppress Adverse Outcomes With Early Implementation of the ACC/AHA Guideline 2010*), que ha recogido datos de más de 165.000 pacientes, de 400 hospitales norteamericanos en la última década, que demostró que solo el 15% de las mujeres recibe tratamiento adecuado para su enfermedad, frente a un 56% obtenido para el sexo masculino<sup>44</sup>.

Otra problemática que se suma, es el hecho de la poca capacidad de muchas mujeres para reconocer sus afecciones cardiacas, ya que continúan pensando que su mayor amenaza es el cáncer. Así mismo, la gravedad de las enfermedades cardiovasculares, son estadísticamente más graves en el grupo femenino, de hecho: *“Que los varones*

---

<sup>36</sup> ANCHIQUE SANTOS, Claudia Victoria. Op. cit., p.177.

<sup>37</sup> PEDREIRA, Milagros. Op. cit., p. 2.

<sup>38</sup> HOWARD, Barbara V. and TASKINEN, Marja Riitta. Introduction CVD in Women. *In: Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*. Helsinki, Finland. February 2010, no. 20, p. 377-378.

<sup>39</sup> LEON EFE, Purificación. Mujeres a cuidar el corazón. Puerto La Cruz. [Consultado octubre 2, 2012] Disponible en Internet: <http://eltiempo.com.ve/tiempo-libre/salud/mujeres-a-cuidar-el-corazon>

<sup>40</sup> LEVIT, RD; REYNOLDS, HR. and HOCHMAN, JS. Cardiovascular disease in young women: a population at risk. *In: Cardiology Review*. March-April, Atlanta GA, USA, 2011, vol. 19 no. 2, p. 60-65.

<sup>41</sup> PEDREIRA, Milagros. Op. cit., p.1

<sup>42</sup> DOMINIC, Kelly, et al. Implementation of the new nice guidelines for stable chest pain: likely impact on chest pain services in the UK. *In: British Journal of Cardiology*. UK, august 2011, vol. 18 no. 4, p. 185-188.

<sup>43</sup> PEDREIRA, Milagros. Op. cit., p. 2.

<sup>44</sup> RUIZ, Bailen M., et al. The CRUSADE Study, evaluation model of quality in percutaneous coronary intervention, *In: Medicina Intensiva*, EUA, Aug-Sep. 2006, vol. 30 no. 6, p. 276-279.

*tienen una probabilidad del 30% de morir por su primer infarto, mientras que en ellas esta cifra se eleva hasta el 50%. Una vez superado este primer infarto, el 25% de los hombres morirá durante el año siguiente, el porcentaje llega al 38% en mujeres*<sup>45</sup>.

Esta carga de mortalidad femenina, exige un mayor entendimiento de sus diferencias tanto biológicas, fisiológicas como psicológicas frente al grupo masculino que ha generado la raíz del concepto del referente clínico “de lo típico masculino” versus la “singularidad femenina”, expresiones silenciosas que favorecen la vulnerabilidad coronaria; unido a la promoción de guías adaptadas a estas diferencias, que favorezcan una mejor calidad de vida y disminución de la mortalidad de género<sup>46 47 48</sup>. Lo paradójico de esto es a medida que avanza el conocimiento de la enfermedad cardiovascular, son más las preguntas que las respuestas concretas al flagelo de la enfermedad coronaria en la mujer; surge entonces una nueva aproximación en relación con el medio ambiente y el comportamiento humano, que causan más impacto que las diferencias biológicas de los sexos hombre o mujer, frente a la mortalidad de la enfermedad coronaria<sup>49</sup>.

Desde una mirada al comportamiento de la enfermedad coronaria en América Latina cabe precisar que, tras presentarse una tendencia decreciente entre los años 1970-1989, se mantuvo estable durante la década 1989-1998 para continuar su ascenso en las décadas sucesivas<sup>50</sup>. En este orden de ideas, “la enfermedad cardiovascular continuará en aumento hasta el 2030, afectando la población de Europa, países en vía de desarrollo en Asia, Latinoamérica y Medio Oriente, convirtiéndose en la primera causa responsable de años perdidos por discapacidad, ubicándose muy por encima de: las neoplasias malignas, enfermedades de los órganos de los sentidos, enfermedad neuropsiquiátrica, enfermedades crónicas: respiratorias y digestivas”<sup>51 52</sup>.

Para contextualizar el problema de la salud cardiovascular en la población colombiana, es necesario reconocer que el Ministerio de la Protección Social, basado en el Informe de los indicadores de Salud 2007; demostró que la enfermedad isquémica cardíaca, fue la

---

<sup>45</sup> RUIZ, Bailen M., et al. Op. cit., p. 1.

<sup>46</sup> MAAS, Angela, et al. Red alert for women's heart: the urgent need for more research and knowledge on cardiovascular disease in women: proceedings of the workshop held in Brussels on gender differences in cardiovascular disease. 29 September 2010. In: European Heart Journal. 2011, vol. 32 no. 11, p. 1362-1368.

<sup>47</sup> SBAROUNI, Eftihia; GEORGIADOU, Panagiota and VOUDRIS, Vassilis. Gender-specific differences in biomarkers responses to acute coronary syndromes and revascularization procedures. In: Biomarkers. 2011, vol. 16 no. 6, p. 457-465.

<sup>48</sup> TAJER, Débora. Heridos corazones. vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. Buenos Aires Argentina: Editorial Paidós Tramas Sociales 57. 2009, 300 p.

<sup>49</sup> VACCARINO, Viola. Ischemic heart disease in women: many questions, few facts. In: Circulation Cardiovascular Quality Outcomes. 2010, vol. 3, p. 111-115.

<sup>50</sup> GUZMAN DOMINGUEZ, Leandro. Calidad de la atención al paciente con síndrome coronario agudo. Policlínico Hermanos Martínez Tamayo. En: Revista electrónica de Portales Médicos. mayo 25 de 2010, vol. 5 no. 10, 11 p.

<sup>51</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO. Global Health Risks. Mortality and Burden of Disease Attributable to Select Major Risk 2009. [Consultado mayo 10, 2011]. Disponible en Internet: [http://www.who.int/cho/chronic.disease\\_report/overview\\_sp.pdf](http://www.who.int/cho/chronic.disease_report/overview_sp.pdf)

<sup>52</sup> TEJERO, M.E. Cardiovascular disease in latin american women. In: Nutrition, metabolism & cardiovascular diseases. February, Colonia Lomas de Santa Fe, México, 2010, no. 20, p. 405- 411.

principal causa de muerte tanto en hombres como en mujeres mayores de 45 años o más. Tan importante es esta patología, que superó las muertes violentas o los diversos tipos de cánceres arrojando una tasa de mortalidad atribuible a esta enfermedad de 107,3 por 100.000 habitantes, en personas en un rango de edad entre los 45-64 años y preocupantemente de 867,1 por 100.000 habitantes para las personas de edad mayores de 65 años<sup>53</sup>. Tres años después en el 2011, y teniendo como base los indicadores demográficos de 2008, el Ministerio de la Protección Social Colombiano, reporta una población total de 44.450.260 millones de personas en Colombia, 22.508.063, representado por 51% pertenecientes al género femenino y 37% mayores de 40 años. Con lo anterior se demuestra que en las siguientes décadas, más del 40% de las mujeres colombianas serían mayores de 50 años y muchas de ellas estarán en el rango de mayor vulnerabilidad coronaria<sup>54</sup>.

Para ésta investigación resultó prioritario señalar que en este mismo informe, se destaca al Departamento de Caldas Colombia entre otros, como el territorio con mayor tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica (192,7 por 100.00 habitantes), seguido en su orden por Boyacá, Quindío y Tolima (187,3-186,5 y 184,6 por 100.000 habitantes, respectivamente)<sup>55</sup>. Situación que permite dar fundamento y prioridad a las investigaciones sobre ésta temática, teniendo en cuenta que es ésta enfermedad la principal causa de muerte en mujeres a partir de los 45 años, como lo señala igualmente dicho reporte<sup>56</sup>.

Dentro de éste grupo de enfermedades la cardiopatía isquémica tipo "enfermedad coronaria", es la responsable de la mayoría de las defunciones en el mundo; su manifestación suele ser aguda y se reporta al dolor torácico como principal síntoma coronario, resultado de la incapacidad de las arterias coronarias, para suministrar oxígeno necesario al músculo cardíaco e impidiendo su normal funcionamiento. Pero existen grupos como en el género femenino, en los que éste síntoma adquiere características diferentes<sup>57</sup>.

En esta propuesta investigativa, se acuña el término de enfermedad coronaria como el proceso fisiopatológico de tipo isquémico más predominante dentro de las enfermedades cardíacas, en la cual por diferentes vías patogénicas se producen diversos estadios de obstrucción al flujo coronario y estos serán los determinantes de los síntomas precordiales entre los que cabe mencionar los síndromes coronarios con elevación del segmento ST (IAM-CEST) y los síndromes coronarios sin elevación del segmento ST (angina inestable e IAM SEST)<sup>58</sup>. Duncan y cols., en este sentido, aportan evidencias de

---

<sup>53</sup> SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGIA Y CIRUGIA CARDIOVASCULAR. Guía colombiana de SCA\_SEST. Op. cit., p. 145-149.

<sup>54</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, COLOMBIA. Carga de enfermedad 2005. AVISAS: Discapacidad Documento Técnico ASS/1502-08 Bogotá, octubre 2008. [Consultado noviembre 12, 2010] Disponible en Internet: <http://www.minproteccionsocial.gov.co>

<sup>55</sup> CASSIANI, Carlos. y CABRERA, Armando. Síndromes Coronarios Agudos. Epidemiología y diagnóstico. En: Salud Uninorte. Barranquilla. Colombia. 2009, vol. 25, no. 1, p. 118-134.

<sup>56</sup> *Ibíd.*, p. 148.

<sup>57</sup> CUARTAS MURILLO, Verónica et al. Los factores psicosociales implicados en la cardiopatía isquémica. En: revista CES Psicología. Julio-diciembre de 2008, vol.1 no. 2, p. 40.

la complejidad y particularidad del fenómeno isquémico cardiaco en la mujer, encontrándose en forma clínica y experimental: menor tamaño de los vasos arteriales coronarios, anormalidades en la reactividad cardiaca, disfunción microvascular, mayor actividad tiroidea con tendencia al hipertiroidismo, la expresión de isoformas de miosina sugiere que el problema cardiaco diferencia entre hombres y mujeres es más que discusiones de tamaño corporal; el fenómeno de predisposición a la erosión de la placa ateromatosa, y embolización distal a pesar de exponer un tono microvascular mucho más alto que los hombres<sup>59</sup>; razón que expone a la mujer a presentar con mayor frecuencia espasmos coronarios y angina de Prinzmetal<sup>60</sup>.

Adicionalmente, se recupera el concepto de multidimensionalidad del Ser, cuando salidos del reduccionismo biológico, se incorpora el concepto de *vulnerabilidad coronaria*, como expresión de una etiología naciente en las distintas problemáticas de las organizaciones sociales, la subjetividad colectiva, el daño ecológico, la construcción mediática de los problemas de los sistemas de salud y de la misma guerra<sup>61</sup>; situaciones generadoras de expresiones sintomáticas asociadas a la cardiopatía isquémica de alto impacto en la sociedad actual, que afecta la salud tanto en varones como mujeres, entre los que cabe resaltar: el complejo ira/hostilidad, la depresión, el estrés, la ansiedad y el bajo apoyo social<sup>62</sup>.

En el modelo actual del precario sistema de salud, los eventos isquémicos coronarios tienen un común y central denominador: “el dolor precordial o angina”; considerado el síntoma protagónico, sinónimo de discomfort, malestar precordial o dolor torácico. El cual se requiere indagar por medio del registro electrocardiográfico para su clasificación; posteriormente se continua con la recolección de muestras sanguíneas de biomarcadores séricos, que permiten la documentación de lesión miocárdica y a su vez la estratificación del riesgo cardiovascular en este grupo de pacientes<sup>63</sup>, concepto ligado a la terapéutica más no a la prevención.

Este es el marco para la valoración generadora de la mayor dificultad clínica, que se evidencia en la búsqueda de sintomatología coronaria en la mujer, cuya expresión típica, ya anteriormente mencionada, se expresa en forma ambigua cuando estudios reportan que no es el dolor torácico, sino la presencia de síntomas como: fatiga, disnea y náuseas, los mayores equivalentes anginosos<sup>64 65</sup>. Un aspecto interesante que se asocia

---

<sup>58</sup> CUARTAS MURILLO, Verónica et al. Op. cit., p. 2.

<sup>59</sup> BLAIR, Martha L. Sex-Based Differences in Physiology: ¿What Should We Teach in The Medical Curriculum? In: Advance in Physiology Education. New York, March 2007, vol. 31, p. 22-25.

<sup>60</sup> CAMPBELL, Duncan, et al. Differences in myocardial structure and coronary microvasculature between men and women with coronary artery disease. In: Hypertension. Australia, 2011, vol. 57, p. 186-192.

<sup>61</sup> TAJER, Débora. Heridos corazones. vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. Op., cit. p. 12.

<sup>62</sup> CUARTAS MURILLO, Verónica et al. Op. cit., p. 2.

<sup>63</sup> CASSIANI, Carlos. y CABRERA, Armando. Op. cit., p. 128.

<sup>64</sup> ARSLANIAN ENGOREN, Cynthia and ENGOREN, Milo. Physiological and anatomical bases for sex differences in pain and nausea as presenting symptoms of acute coronary syndromes. In: Heart & Lung. September-October 2010, vol. 39, p. 386-393.

y condiciona la expresión del síntoma coronario son los factores emocionales, los cognitivos y la consulta tardía, que conducen a sesgos durante el abordaje por géneros e incrementos en la mortalidad global<sup>66 67</sup>.

¿Pero, cuales son las razones por las cuales el dolor es un síntoma complejo y problemático de entender e interpretar? Para Sánchez<sup>68</sup> la definición de dolor (aunque data del año 1980 por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor; se encuentra vigente) es una *“experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión real o potencial de un tejido; es decir, se admite que además de una lesión, existe una contribución psicológica a la experiencia del dolor”*.

Un interrogante necesario es: ¿Por qué es tan problemático valorar y entender el dolor? La respuesta no se hace esperar; Novel reportado en Gala y cols<sup>69</sup>, ofrecen desde el interesante abordaje de la Enfermería Psicosocial y Salud Mental, conceptos focales:

***“El dolor no es un síntoma y en absoluto un signo físico, por lo que nos remite indefectiblemente a una información subjetiva del sujeto que lo sufre. No existe el dolor imaginado, este siempre es real y en el incluimos el concepto de dolor psicógeno, que por muy generado psicológicamente que sea, no es irreal. No existe una correlación directa y cuantitativa entre la intensidad y la experiencia emocional dolorosa y la cantidad de lesión histórica”***<sup>70</sup>.

Otra problemática analizada desde el contexto y significado de los síntomas clúster, se refiere a la asociación en personas con dolor crónico, de síntomas disestresores, ansiedad y depresión; generando un círculo vicioso de síntomas desagradables que aumentan la expresión dolorosa y el sufrimiento. En relación con las manifestaciones de la experiencia emocional, un estado psicológico, frecuentemente asociado a una causa física, se hace necesario recordar que muchas personas informan dolor en ausencia de lesión tisular; situación compleja de aplicar en el sistema de salud actual, donde la valoración centrada desde la perspectiva biológica, requiere demostrar la lesión para poder validar el síntoma, por consiguiente, se duda de la persona, se omite el tratamiento farmacológico y se remite a psiquiatría. Esta es una de las realidades a las que se someten la mayoría de las mujeres, olvidando introducir en el cuidado de estas personas, evaluar la queja de dolor y el sufrimiento, los sonidos paralingüísticos, las posturas y

<sup>65</sup> CANTO, John, et al. Symptom presentation of women with acute coronary syndromes: myth vs. reality. In: Archives of internal medicine. December 10/24, 2007, vol. 167 no. 22, p. 2405-2413.

<sup>66</sup> ARSLANIAN ENGOREN, Cynthia and ENGOREN, Milo. Op. cit., p. 389.

<sup>67</sup> MILLAN INFANTE, Eillen Maryibe. La experiencia del dolor torácico en la mujer con infarto agudo de miocardio. Trabajo de grado. Magister de Enfermería con énfasis en la salud cardiorrespiratoria. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2008, p. 69.

<sup>68</sup> SANCHEZ HERRERA, Beatriz. Abordajes teóricos para comprender el dolor humano. En: Aquichan. Bogotá, octubre 2003, año 3 no. 3, p. 32-41.

<sup>69</sup> GALA, F.J. et al. Aspectos psicosociales del dolor. En: Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. Cadiz España, 2003, no. 66, p. 46-55.

<sup>70</sup> Ibíd., p. 47.



gestos corporales, la limitación funcional y conductas orientadoras a reducir el dolor: inmovilidad, inapetencia, etc<sup>71</sup>.

Basados en la evidencia actual, se podría asegurar que son precarios los conocimientos de quienes continúan reportando que “las mujeres sufren menos dolor que los hombres... como quiera que sea, son las únicas de aguantarse un parto”; las evidencias actuales son contrarias a este criterio un tanto de connotación popular, demostrando que la mujer tiene una mayor posibilidad de padecer dolor y de cronificarse, es menos específico, posee menos sensibilidad como marcador de isquemia en la mujer comparado con los hombres<sup>72 73</sup>; además, se requiere de mayor dosis de analgésico para tratarlas, son más sensibles a los estímulos de presión, calor y frío<sup>74</sup>, como si fuera poco la mujer enfrenta dolores propios como la vulvodinia, dismenorrea, dispareunia, mastitis y síndrome premenstrual; sumado a lo anterior: expresan mayores índices de fibromialgia, trastornos a nivel del colon, migraña, artritis, y los síndromes inflamatorios crónicos son comunes en este género.

Su ciclo de dolor-estrés-dolor, influencias originarias del componente hormonal se explican por las alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal ligadas a la actividad estrogénica, ciertamente disminuida con el paso de los años, por tanto la disfunción endotelial dependiente de la deficiencia de estrógenos, la influencia de otras hormonas, las anormalidades en la nocicepción fundamentadas en diversos estudios donde se demuestra una alteración en la percepción del dolor y procesamiento del mismo a nivel del sistema nervioso central y periférico<sup>75 76</sup>.

En concordancia, otro mito ligado al género que se ha perpetuado, pero tal vez la “tolerancia al dolor” que expresa la mujer, es su gran capacidad de tolerar el estrés cardiovascular denominado “respuesta adaptativa”, (la capacidad de los miocitos, demostrando una menor apoptosis), se explica por la gran influencia de los factores comportamentales, emocionales y cognitivos que influyen la experiencia al dolor torácico, su expresión y también la respuesta al mismo. Cabe puntualizar que a pesar de los avances a nivel biológico, experimental y en la cardiología, aun las evidencias no son absolutas, muchos mecanismos no son aun conocidos que diferencian el funcionamiento y proceso de enfermedad cardiovascular, diferenciadores de sexo (concepto biológico) y

---

<sup>71</sup> GALA, F.J. et al. Op. cit., p. 53.

<sup>72</sup> PIEH, Christoph, et al. Gender differences in outcomes of a multimodal pain management program. *In: PAIN*. October, 2011, vol. 153 no. 1, p. 197-202.

<sup>73</sup> NUGENT, Lynn; MEHTA, Puja and BAIREY MERZ, Noel. Gender and microvascular angina. *In: Journal of Thrombolysis*. Los Angeles California USA. 2011, vol. 31, p. 37-46.

<sup>74</sup> *Ibid.*, p. 1.

<sup>75</sup> HERNANDEZ CASTRO, John Jairo. Dolor al día: Disparidad del dolor en el tratamiento de la mujer. *En: Boletín virtual “Dolor al día”*. Centro Interdisciplinario para el estudio y alivio del dolor. Unidad de Neurociencias, grupo de investigación NEUROS. Universidad del Rosario MEDERI. Dic. 2011, p. 3 [Consultado junio 17, 2012]. Disponible en Internet: [www.mederi.com.co](http://www.mederi.com.co)

<sup>76</sup> NUGENT, Lynn; MEHTA, Puja and BAIREY MERZ, Noel. Op. cit., p. 41.

de género (concepto enfocado al fenómeno social) son necesarios para dar un óptimo diagnóstico y proceso terapéutico en la práctica clínica<sup>77 78</sup>.

Estudios señalan variables en el cuadro clínico de la mujer con enfermedad coronaria; considerándolos "Síntomas Atípicos", es decir, expresiones poco comunes en su sintomatología frente grupo masculino referente, lo cual explicaba la demora en consultar ante un evento coronario, retraso en la atención prestada en los servicios de urgencias, variabilidad de los métodos diagnósticos indicados y por ende, mayor vulnerabilidad para el género femenino, en contraste con la típica expresión de dolor precordial caracterizado en el género masculino. Lo anterior se corrobora en el estudio de Tae Yu, donde reporta un 20.5% de casos de mujeres con síntomas atípicos y un 15.1% en los hombres con EC, sumado a la problemática del subtratamiento invasivo realizado a la mujer con SCA<sup>79</sup>.

Una evidencia de mayor peso la aporta Poon et al., donde demuestra en un gran estudio multicéntrico, que involucra a varios países con más de 14.196 personas; demostrando la subestimación del riesgo de las mujeres, la mayor tasa de comorbilidades en la mujer y el subtratamiento a las que fueron expuestas dichas personas. Una problemática que viene desde la percepción de los síntomas en la mujer y la baja adhesión de los profesionales de la salud al tratamiento adecuado para ellas<sup>80</sup>. En el mismo sentido la evidencia se posa sobre los argumentos de MacSweeney *"Es cierto que la sintomatología en ocasiones es diferente, se identificaron diferentes manifestaciones clínicas en mujeres con un infarto agudo de miocardio, como ausencia de dolor torácico, mayor presencia de dolor irradiado a la espalda, zona interescapular, el cuello, e incluso únicamente falta de aire, etc"*<sup>81</sup>.

Ahora, asociando estos síntomas y sus consecuencias, cabe preguntar: ¿por qué el aumento de la mortalidad en la mujer? La respuesta conduce a evidenciar que además de exhibir una mayor prevalencia de factores de riesgo para la génesis de enfermedades cardiovasculares, tales como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial, edad avanzada y la neuropatía periférica que agudizan su problemática, seriales de casos demuestran que las mujeres tienen menor oportunidad en el diagnóstico y el tratamiento, lo que ensombrece su pronóstico en relación con la población masculina; por lo tanto debería existir más conciencia en las diferenciaciones del curso clínico en hombres y mujeres<sup>82 83 84</sup>.

<sup>77</sup> OSTADAL, Bohuslav, et al. Gender differences in cardiac ischemic injury and protection. experimental aspects. *In: Society for experimental biology and medicine. Czech Republic Prague 4, 2009, vol. 234, p. 1011-1019.*

<sup>78</sup> KOTHAWADE, Kamlesh and BAIREY, Noel. Op. cit., p. 291-318.

<sup>79</sup> TAE YU, Hee, et al. Gender-based differences in the management and prognosis of acute coronary syndrome in Korea. *In: Onsei University College of Medicine. Seul Korea. July, 2011, vol. 52 no. 4, p. 562-568.*

<sup>80</sup> POON, Stephanie, et al. Bridging the gender gap: insights from a contemporary analysis of sex-related differences in the treatment and outcomes of patients with acute coronary syndromes. Ontario and Quebec, Canada; Bologna, Italy and Stockholm, Sweden. *In: American Heart Journal. 2012, vol. 163, p. 66-73.*

<sup>81</sup> MCSWEENEY, Jean C., et al. Women's early warning symptoms of acute myocardial infarction. *In: Circulation. EUA, November 2003, vol. 108, p. 2619-2623.*

<sup>82</sup> ARSLANIAN ENGOREN, Cynthia, et al. Symptoms of men and women presenting with acute coronary syndromes. *In: American journal of cardiology. 2006, vol. 98, p. 1177-1181.*

Estudios observacionales demostraron que las estrategias de aplicación de las guías y recomendaciones estandarizadas en la enfermedad cardiovascular son usadas con menor frecuencia en mujeres más que en hombres enfermos<sup>85</sup>, y su enfoque diagnóstico al igual que el manejo invasivo, demuestra ser menos agresivo<sup>86 87</sup>. Por ejemplo, en regiones específicas del Reino Unido se ha documentado un menor número de revascularizaciones coronarias en mujeres que padecen SCA, así como un uso menos agresivo de medicación de prevención secundaria (antiplaquetarios, betabloqueadores y estatinas)<sup>88</sup>. En ese sentido los hallazgos, ponen de manifiesto la manera “sesgada” como se administra la calidad del cuidado a este grupo poblacional<sup>89 90</sup>.

De manera contradictoria, las evidencias muestran estudios como el BARIHD Study, Ischemic Heart Disease in Women; donde se destaca “una prevalencia de menor edad en la expresión de la enfermedad coronaria en la mujer y un patrón con menos presencia del infarto de miocardio como forma de presentación de la cardiopatía isquémica”<sup>91</sup>. Aunque de acuerdo con otros estudios se demuestra que existen mejoras demostradas en el tratamiento farmacológico a este grupo de mujeres<sup>92</sup>.

Un eslabón complejo es la etapa perimenopáusica, cuya manifestación inespecífica favorece en algunas mujeres confundir sus síntomas cardiovasculares con síntomas hormonales u otras noxas tales como: estrés, malestar vital, sobrecarga de trabajo y en un contexto sociocultural donde la mujer es primordialmente “cabeza de hogar”, cumpliendo múltiples roles: madre, trabajadora y cuidadora, la puede llevar a distorsionar estas experiencias, en algunos casos a enmascarar sus síntomas y frecuentemente la conduce por un riesgoso camino de automedicación, con sus consabidas consecuencias.

Existen múltiples factores psicosociales que tienen fuerte influencia en los desenlaces de la enfermedad cardíaca coronaria, el afrontamiento frente al estrés y a emociones de componente negativo, asociados a la presencia de los síntomas en la mujer, entre los cuales cabe destacar la ansiedad que estos síntomas producen en primer orden con

---

<sup>83</sup> CANTO, John, et al. Association of age and sex with myocardial infarction symptom presentation and in-hospital mortality. *In: JAMA*. 2012, vol. 307 no. 8, p. 813 - 822.

<sup>84</sup> HASDAI, David, et al. Effect of gender on outcomes of acute coronary syndromes. *In: The american journal of cardiology*. Cleveland Ohio USA June 15, 2003, vol. 91, p. 1466-1470.

<sup>85</sup> EL-MENYAR, Ayman and AL SUWAIDI, Jassim. Impact of gender in patients with acute coronary syndrome. Expert review. *In: Cardiovascular Therapy*. 2009, vol. 7 no. 4, p. 411-421.

<sup>86</sup> VIDAL PEREZ, Rafael, et al. Cardiopatía isquémica en la mujer. Datos del estudio CIBAR: ischemic heart disease in women, data from BARIHD Study. *En: Cartas científicas Revista Española de Cardiología*. España. 2012, vol. 65 no. 11, p. 1054-1065 [Consultado agosto 25, 2012] Disponible en Internet <http://http://www.revespcardiol.org>

<sup>87</sup> POON, Stephanie, et al. Op. cit., p. 69.

<sup>88</sup> BUGIARDINI, Raffaele, et al. Gender Bias in Acute Coronary Syndromes. *In: Current in Vascular Pharmacology*. 2010, vol. 8 no. 2, p. 276-84.

<sup>89</sup> EL-MENYAR, Ayman and AL SUWAIDI, Jassim. Op. cit., p. 417.

<sup>90</sup> POON, Stephanie, et al. Op. cit., p. 68.

<sup>91</sup> VIDAL PEREZ, Rafael, et al. Op. cit., p. 1057.

<sup>92</sup> *Ibíd.*, p. 1056-1057.

alteraciones en la función autonómica, mayores índices de aumento en la frecuencia cardíaca, los cuales se asocian a cambios protrombóticos y en segundo orden la sobre o subestimación de la mujer que padece el síntoma y la sobre o subestimación del profesional que valora la mujer<sup>93 94</sup>.

De igual forma se ha encontrado que mujeres con síndrome coronario agudo asociado a depresión, reportan sentirse menos apoyadas por sus cónyuges, tienen menos capacidad de empleo que el grupo de los hombres, menores niveles de educación y menor percepción de control de su salud que hombres en las mismas condiciones<sup>95</sup>. Lo cual orienta a enfermería a comprender la influencia cultural tan importante que condiciona al ser humano, para el caso, la mujer, a formas específicas de pensar, sentir y actuar frente a la enfermedad; consecuente con el perfil psicológico complejo, exigiendo por ello un mayor entendimiento de la problemática y una respuesta terapéutica más acorde con los retos que se presentan<sup>96</sup>.

Para enfermería una de las actividades importantes en el ámbito asistencial es la valoración rápida y concreta de las personas y el registro objetivo de los datos, que permitan asegurar una atención óptima y eficaz de los mismos. Dentro de los códigos de prioridad en urgencias, el triage rojo o emergencia/urgencia absoluta se considera a la persona con síntomas típicos de angina y dolor torácico de cualquier etiología. Pese a que muchos de los enfermeros que realizan el triage en urgencias, reconocen las diferencias en la presentación del síndrome coronario agudo entre hombres y mujeres, se evidencian sesgos e interferencias basados en estereotipos socioculturales, en algunas decisiones que limitan la atención oportuna estas personas<sup>97</sup>.

El cuidado de estas personas, se ha basado tradicionalmente en la aplicación de guías clínicas estandarizadas de predominio médico y solo ofrecen la perspectiva de los profesionales de la salud, por lo que se requiere un abordaje que se base en la perspectiva de la persona, del cómo sienten e interpretan estas manifestaciones<sup>98</sup>. Sumada a la problemática reportada, Achury referencia la existencia de algunos estudios muestran el déficit de conocimientos, creencias y actitudes de los profesionales en relación con el dolor, su valoración y manejo, que son un obstáculo habitual en la evaluación precisa y adecuada del síntoma<sup>99</sup>. También se reporta desconocimiento de

---

<sup>93</sup> MAAS, Angela, et al. Op. cit., p. 1362–1368.

<sup>94</sup> RINCÓN OSORIO, Fanny, et al. Caracterización de los síntomas de angina en un grupo de mujeres con prueba de esfuerzo positiva. Op. cit., p. 112.

<sup>95</sup> DOERING, Lynn, et al. Gender-specific characteristics of individuals with depressive symptoms and coronary heart disease. *In: Heart Lung*. 2011, vol. 40 no. 3, p. e 4-14.

<sup>96</sup> GARCIA GUZMAN, Cesar, et al. Op. cit., p. 1-6.

<sup>97</sup> ARSLANIAN-ENGOREN, Cynthia. Explicating nurses' cardiac triage decisions. *In: Journal of Cardiovascular Nursing*. 2009, vol. 24 no. 1, p. 7-50.

<sup>98</sup> NAKANO, Anne; MAINZ, Jan and LOMBORG, Kirsten. Patient perception and assessment of admission to acute cardiac care unit. *In: European Journal Cardiovascular Nursing*. 2008, vol 7 no. 1, p. 5-10.

<sup>99</sup> BOLIBAR, I; CATALÁ, E. y CADENA, R. El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los estándares de calidad. *En: Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. España, 2005, no. 52, p. 131-140. Citado por: ACHURY SALDAÑA, Diana Marcela. Dolor: la verdadera realidad. *En: Aquichan*. octubre 2008, Año 8, vol. 8 no. 2, p. 153.

herramientas para la valoración del dolor en la mitad de los enfermeros participantes en el estudio de Hanke Bottega<sup>100</sup>.

En suma, existe la carencia en la población femenina de una percepción de las diferencias de género en la expresión de la enfermedad coronaria, aun estando en riesgo, la desconocen, la subregistran y “juzgan sus síntomas como insignificantes”<sup>101</sup>; según Tajer, “porque existe una idea arraigada en la mujer que ésta es una enfermedad de varones”<sup>102</sup>.

Los profesionales de enfermería al realizar la valoración inicial de la persona con síntomas de angina siguiendo el modelo clínico actual, centran su evaluación en la esfera biológica. Esto tiene una gran repercusión en el proceso de recuperación de la salud y bienestar de las personas pues, son los primeros profesionales clínicos, encargados de ingresar, recibir y valorar a las personas afectadas en los servicios de urgencias; simultáneamente, participa como profesional pilar en el seguimiento y control de las personas hospitalizadas<sup>103</sup>.

Desde otra óptica, el dolor anginoso como síntoma es considerado un fenómeno multidimensional, el cual requiere para su intervención, de una evaluación completa; pero se ha encontrado que en sitios de mediana y alta complejidad, en los servicios de emergencias y unidades de cuidado intensivo, se actúa bajo el tradicional modelo unidimensional; se centra en las respuestas fisiológicas olvidando la subjetividad del síntoma, pues sólo el paciente frente al dolor, sabe cuánto le duele...<sup>104</sup>. En este sentido el subdiagnóstico y subtratamiento de la enfermedad coronaria en la mujer es una constante; como lo evidencian los resultados The CRUSADE Study<sup>105</sup>; tal motivada por la insuficiente advertencia que la forma inespecífica es la modalidad típica del “DEBUT FEMENINO”, lo cual invita a cambiar el concepto centrado en lo biológico de este fenómeno de salud y posibilita indagar en las profundas fragilidades psicosociales tanto en hombres y mujeres, frente a esta patología coronaria<sup>106 107</sup>.

También es importante anotar los resultados investigativos de Kusnoor et al., donde utilizando las cifras arrojadas por el WISE: Women’s Ischemia Syndrome Evaluation, cerca de 60% de las mujeres que presentaron dolor precordial, y fueron evaluadas con

---

<sup>100</sup> HANKE BOTTEGA, Fernanda y FONTANA, Rosane Teresinha. A dor como quinto sinal vital: utilização de uma escala de avaliação para enfermeiros de um hospital geral. En: Texto & Contexto Enfermagem. Santa Catarina Brasil, abril-junio 2010, vol. 19 no. 2, p. 283-290.

<sup>101</sup> CADWEL, Mary A. and MIASKOWKI, Christine. The symptom an experience of angina in women. In: Pain management nursing. USA. 2000, no.1, p. 69-78.

<sup>102</sup> TAJER, Débora. Heridos corazones. vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. Op., cit. p. 16.

<sup>103</sup> MANOSALVA MURILLO, Josefina. Rol del enfermero en el área de Triage. Experiencia. En: Avances en Enfermería. Enero-junio 2005, vol. 23 no. 1, p. 82-89.

<sup>104</sup> ACHURY, Diana. Op. cit., p. 152.

<sup>105</sup> RUIZ, Bailen M., et al. Op. cit., p. 277.

<sup>106</sup> TAJER, Débora. Heridos corazones. vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. Op. cit., p. 16.

<sup>107</sup> PEDREIRA, Milagros. Op. cit., p. 2.

coronariografía, se encontró en forma paradójica que no tenían lesiones coronarias críticas, (definidas como una estenosis del vaso coronario mayor de 50% de su diámetro); por tanto en este grupo poblacional, pese a no tener estrechamientos coronarios, los síntomas coronarios persisten a pesar de instalarse la terapia farmacológica. Lo anterior se atribuye a la disfunción endotelial y enfermedad microvascular propia de la mujer, circunstancia aun poco conocida y divulgada en los sistemas de salud<sup>108</sup>.

Sin duda el cuidado de enfermería aborda a la persona con síntomas de angina, ponderando el significado de la experiencia, lo que permitirá evaluar y dar respuestas a las necesidades físicas, psicológicas, sociales y/o familiares y espirituales, más allá de pensar en tratar la patología isquémica cardíaca como una enfermedad visceral; lo cual posiblemente permita replantear la práctica de enfermería, basada en intervenciones médico-farmacológicas como única forma terapéutica y entrar en el concepto de vulnerabilidad coronaria, que se centra mayormente en la prevención.

Al revisar los hallazgos investigativos en el área temática mujer con síntomas típicos de angina, se encuentran diversas escalas de valoración<sup>109</sup>, que están incluidas dentro de los protocolos o estudios de enfermedad coronaria, como parte importante de la valoración médica de las personas con cardiopatía isquémica las cuales no tienen distingo de género para su aplicación, tales como la Escala de Valoración Análoga del Dolor (EVA); siendo la escala clínica más utilizada para la medición del dolor, la Escala Verbal Numérica (EVN) una escala unidimensional, la Escala Verbal Descriptiva (EVD) similar a la anterior, The Unstable Angina Symptoms Questionnaire (UASQ), The Canadian Cardiovascular Society Classification of Angina, The BPS and Campbell of American College of Cardiology (que analiza las conductas relacionadas con el dolor), The Mc Gill Pain Questionnaire MPQ, frecuentemente utilizada en pacientes con dolor crónico, describe el síntoma doloroso, su componente sensitivo, evaluativo, afectivo y conductual, The Australasian Triage Scale, la Escala Verbal Descriptiva, The Geleijnse Score to Pain Chest y tal vez el más antiguo score: la Rose Questionnaire Angina, Vasc Visual Analogue Scale, Memorial Pain Assesment Card, entre otros<sup>110</sup>. Cabe destacar que estos instrumentos nacientes de las ciencias biomédicas, no se usan de manera rutinaria en la indagación de las personas con síntomas típicos de angina, por parte de los profesionales de enfermería.

Teniendo como base los anteriores instrumentos, se destaca que en Estados Unidos de Norte América, el estudio WISE (Women Ischemic Study Evaluation), trascendental estudio diseñado para conocer la expresión característica de la enfermedad coronaria en la mujer; “aunque este conocimiento no se ha traducido en un mejor cuidado de las

---

<sup>108</sup> KUSNOOR, Anita; FERGUSON, Angela and FALIK, Ruth. Ischemic heart disease in women: a review for primary care physicians. *In:* Southern Medical Journal. March 2011, vol. 104 no. 3, p. 200-204.

<sup>109</sup> ACHURY SALDAÑA, Diana Marcela. Dolor: la verdadera realidad. *En:* Aquichan. octubre 2008, Año 8, vol. 8 no. 2, p. 153.

<sup>110</sup> NICHOLSON, Amanda et al. Rose Questionnaire Angina in Younger Men and Women: Gender Differences in the Relationship to Cardiovascular Risk Factors and Other Reported Symptoms. *In:* Journal Clinical Epidemiology. EUA, 1999, vol. 52, p. 337-346.

pacientes femeninas” y ha orientado en forma importante al entendimiento de los síntomas en la mujer en todo el mundo<sup>111</sup>.

A pesar de realizarse una búsqueda exhaustiva sobre instrumentos diseñados por enfermería, para la valoración de la mujer con síntomas de angina, se encuentra que en realidad no hay instrumentos para ser aplicados a la mujer con ésta afectación y teniendo como referente para sus indagaciones particularmente a la Teoría de Lenz y por demás, existen pocos instrumentos de valoración, la mayoría enfocados a problemáticas como la enfermedad pulmonar crónica, el cáncer y la lactancia, que sí han tenido como eje orientador, los conceptos de la Teoría de los Síntomas Desagradables. Algunos instrumentos de enfermería son: The propensity Score Analysis<sup>112</sup>, de Qin et al., el cual permite el análisis del efecto de dolor en la estancia hospitalaria y el (CQT) The Cardiac Threat Questionnaire, instrumento que consta de 31 ítems, específico para valorar eventos cardiacos recientes<sup>113</sup>.

Existen protocolos de intervención a la persona con síndrome coronario agudo (SCA), donde enfermería se incorpora en el abordaje de la persona con enfermedad coronaria, a saber: Committee of the Council on Clinical Cardiology of The American Heart Association (AHA), American College of Cardiology (ACC), quienes de forma conjunta con la Council on Cardiovascular Nursing, multidisciplinariamente, presentan el protocolo The ACC/AHA Guidelines for the Care of Patients with Non-ST-Segment Acute Coronary Syndromes (2007) and SCA: STEMI 2002, diseñado para la valoración de dolor torácico isquémico sin categoría de género; el Score de Geleijnse hecho para la estratificación del riesgo y las escalas analógicas: visuales EVA, colorimétricas y la de Campbell para medir la intensidad del dolor.

Por lo anterior, entendiendo la responsabilidad disciplinar de participar de manera específica en esta temática de la valoración de los síntomas en la mujer con angina, se reconoce que la Teoría de los Síntomas Desagradables, es el constructo que facilita la revisión de los síntomas cardiovasculares, el entendimiento de factores influyentes y la interpretación de la posibles consecuencia en las mujeres que sufren eventos isquémicos<sup>114</sup>. Sumado a esto la teoría permite la articulación para ésta investigación, de un SINTOMA N denominado síntomas fisiológicos menores y síntomas psicosociales, que corresponden a una novedosa articulación de Teoría de enfermería y Teoría psicosocial inscritas sobre la base de la Teoría Psicométrica, la cual es facultada por la Ley 911, donde se aclara que “enfermería puede utilizar no solo teorías propias sino derivadas de otras ciencias”. De esta manera se favorece un diagnóstico multidimensional de los síntomas coronarios contribuyendo a acortar la brecha entre oportunidad y calidad, ponderar la significación del síntoma, fomento de la nueva semiología coronaria de género y a la reconstrucción del imaginario para la cardiopatía isquémica en una sociedad hegemónicamente patriarcal, donde se invalide también, la

---

<sup>111</sup> PEDREIRA, Milagros. Op. cit., p. 2.

<sup>112</sup> QIN, Rui, et al. Estimating effects of nursing intervention via propensity score analysis. *In: Nursing Research*. November-December. 2008, vol. 57 Issue 6, p. 444-452.

<sup>113</sup> BENNET, Susan, et al. Development of an instrument to measure threat Related to Cardiac Events. *In: Nursing Research*. September/October 1996, vol. 45, Issue 5, p. 226-270.

<sup>114</sup> MILLAN INFANTE, Eillen Maryibe. Op. cit., p. 11.

homologación del “metro masculino” usado por años para evaluar las expresiones de la enfermedad coronaria en la mujer.

La Teoría de Elizabeth Lenz y colaboradores por ser una Teoría de Rango Medio, tiene una alta aplicabilidad directa a la práctica; permite incluir al cuidador de la persona enferma, ya que hace parte de la situación o contexto, de esta forma se posibilita el carácter integral con que enfermería aborda al ser humano<sup>115</sup>. Esta teoría no solo permite ampliar la visión de los síntomas de angina en la mujer; sino que en su último componente consecuencias del síntoma, facilita desarrollar estrategias para la prevención y manejo de los síntomas; entre ellas, las medidas no farmacológicas que hacen referencia a intervenciones conductuales, ambientales y comunicativas dentro del cuidado de enfermería; permitiendo un trabajo más autónomo y posibilitando el anclaje entre teoría-práctica e investigación<sup>116</sup>.

**¿Cuáles son los puntos de partida de la investigación?** Se tuvieron en cuenta como punto de partida las indagaciones del grupo de investigación de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, “Cuidado para la Salud Cardiorrespiratoria” en la línea: “Cuidado a la Mujer con enfermedad coronaria”, quienes vienen desde hace más de una década evidenciando a nivel disciplinar, la carencia de conocimientos sobre las manifestaciones homogéneas de los síntomas prodrómicos y agudos en la mujer con enfermedad coronaria, dada la errada generalización del concepto de “cuadro clínico atípico de la mujer”. En respuesta a esto, la Facultad de Enfermería planteó para su solución la caracterización y tipificación de los síntomas de angina en la mujer y su valoración.

**Vacío encontrado:** No se encontró evidencia científica actual, que demuestre la existencia de un instrumento de valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria, diseñado específicamente para la mujer y que tenga como referente teórico la Teoría de los Síntomas Desagradables de Lenz y colaboradores, así como tampoco, la articulación de la dimensión psicosocial. Por esta razón, se hace necesario diseñar un instrumento psicométrico, con estas particularidades que permita **la evaluación clínica multidimensional de los síntomas propios en la mujer con enfermedad coronaria**; esto contribuiría a mejorar el diagnóstico clínico, a determinar las necesidades de cuidado de la persona; colaboraría a mejorar la calidad del mismo como también a priorizar su atención en salud, para que de esta manera y en forma evidente, enfermería aporte al mantenimiento de la sobrevivencia de la población femenina afectada por esta entidad nosológica<sup>117</sup>.

Se observa en la práctica clínica carencia de instrumentos apropiados para valorar desde la enfermería en toda la dimensión, el fenómeno de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria; por añadidura, existe dificultad en los enfermeros, para hacer una valoración integral y multidimensional. Sin embargo existe evidencia de la carencia de instrumentos diseñados para el cuidado de enfermería, que faciliten desde la óptica del cuidado la valoración multidimensional de la experiencia de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria. En consecuencia es problemático tanto la infra o supervaloración

---

<sup>115</sup> SANCHEZ HERRERA, Beatriz. Op. cit., p. 39.

<sup>116</sup> ACHURY SALDAÑA, Diana Marcela. Dolor: la verdadera realidad. Op. cit., p. 156.

<sup>117</sup> MORA, Sandra y GARCÍA, Isabel. Op. cit., p. 4.



del síntoma por parte del personal de salud, pues pueden conducir a movilización inadecuada de recursos y de esta forma favorecer la morbilidad de la población objeto<sup>118</sup>.

Está claramente identificado que la manifestación del dolor precordial, es uno de los pilares en el diagnóstico temprano de los síndromes coronarios agudos tipo angina e infarto y siendo enfermería en la mayoría de los casos, el profesional, quién inicialmente indaga y hace la valoración de estos importantes síntomas en los consultantes<sup>119</sup>. Adicionalmente existe evidencia científica que formula como problemático, la valoración de las personas con síntomas típicos de angina, en especial la mujer, por parte del profesional de enfermería, en diversos campos del ejercicio clínico<sup>120 121 122</sup>. Se suma a la observación en la práctica clínica, la dificultad en los enfermeros, para hacer una valoración integral en la mujer con dolor torácico sospechoso de un evento coronario<sup>123</sup>, a esto concepto se agregan publicaciones que ponen de manifiesto que el 40% de las enfermeras que trabajan en los servicios de medicina intensiva, reconocen su poca capacidad para valorar el dolor<sup>124</sup>.

Para dar solidez a las pesquisas sobre la representatividad que la enfermedad coronaria tiene en la mujer en Colombia y en el mundo, en la Figura 1 se muestran los elementos centrales que orientan las disquisiciones durante el presente estudio. Ciertamente, abarcar una problemática tan densa, es un imposible, sin embargo; detenerse en los puntos álgidos será un menester del presente trabajo investigativo, el cual se soporta en las evidencias de múltiples fuentes: estudios de enfermería, medicina, psicología y sociología

La Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, con su grupo de investigación Cuidado para la Salud Cardiorrespiratoria, desde su línea investigativa Cuidado a la Mujer con Enfermedad Coronaria, provee a la disciplina de un terreno fértil en estudios de investigación realizados por estudiantes de pregrado, especialización, maestría y doctorado en enfermería, que permiten visualizar las dimensiones teóricas y categorías importantes, para la valoración de los síntomas asociados a la enfermedad coronaria en la mujer; los cuales serán la base para el diseño y elaboración del instrumento de valoración; entre los cuales caben señalar:

### **PIEZAS DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, DE CARÁCTER RELEVANTE PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN**

---

<sup>118</sup> GLOMBIEWSKI, Julia, et al. The course of nonspecific chest pain in primary care: symptom persistence and health care usage. In: *Archives Internal Medicine*. USA. American Medical Association. February 2010, vol. 170 no. 3, p. 251-255.

<sup>119</sup> *Ibíd.*, p. 9.

<sup>120</sup> WATSON, Judy, et al. *Op. cit.*, p. 191-197.

<sup>121</sup> *Ibíd.*, p. 7.

<sup>122</sup> MORA, Sandra y GARCÍA, Isabel. *Op. cit.*, p. 45.

<sup>123</sup> ALCONERO, Ana, et al. Registros de enfermería en la valoración del dolor en el infarto agudo de miocardio. *En: Enfermería en Cardiología*. 1999, no. 17, p. 22-25.

<sup>124</sup> ASLAN, Fatma Eti; BADIR, Aysel and SELIMEN, Deniz. ¿How Do Intensive Care Nurses Assess Patients' Pain? In: *Nursing in Critical Care*. April 2003, vol. 8 no. 2, p. 62-67.

Teniendo como referencia metodológica la Crítica Teórico Conceptual Empírica, se pretende comprender los hallazgos investigativos de enfermería y a su vez seleccionar por credibilidad y utilidad práctica las piezas investigativas relevantes para la investigación.

**Respecto a la descripción del síntoma en la mujer.** Se describe como dolor opresivo en el pecho, agudo, fuerte y doloroso; aunque la mujer describe el dolor de forma imprecisa, variada y limitando la interpretación<sup>125</sup>, como sensación caliente, quemante punzante<sup>126</sup>, sensación principalmente de ahogo<sup>127 128</sup>, opresivo en el tórax anterior, incluyendo región precordial y hemitórax derecho, y en 47% se le irradió el dolor al brazo izquierdo<sup>129</sup>.

Llama la atención el encontrar las siguientes afirmaciones: “Pone de precedente trazas importantes de subvaloración del síntoma precordial por parte de la mujer independiente de las variables demográficas: escolaridad y ocupación”<sup>130</sup>. “El dolor se describe como opresión, aplastamiento, faja en el tórax, sensación de ahogo, sensación gaseosa combinada, asociado a síntomas como palpitaciones, ganas de orinar, dolor de cabeza, cansancio y ganas de defecar”<sup>131</sup>. “El dolor se define como una opresión en la mayoría de los casos”<sup>132 133</sup> y “sensación térmica”<sup>134</sup>.

---

<sup>125</sup> ESCOBAR GUZMAN, Shirley, et al. Síntomas de mujeres con angina un estudio Internacional características en la presentación de los síntomas de angina en mujeres remitidas para prueba de esfuerzo en la Fundación Cardiolinfantil. Trabajo de Grado. Especialista en Enfermería Cardiorrespiratorio. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. 2004, 203 p.

<sup>126</sup> BALLESTAS LAGAREZ, Danny Luz y MARTÍN MARTINEZ, Camila Oriet. Estado del arte sobre dolor torácico en mujeres adultas. Trabajo de Grado. Especialista en Enfermería Cardiorrespiratorio. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. 2003, 68 p.

<sup>127</sup> ARBELAEZ M., Silvia, et al. Caracterización de los síntomas de angina en un grupo de mujeres remitidas para prueba de esfuerzo en la Clínica Shaio. Trabajo de Grado. Especialista en Enfermería Cardiorrespiratorio. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. 2004, p. 49.

<sup>128</sup> MEDRANO SANJUR, Milena Patricia. Caracterización de los síntomas de angina en mujeres hospitalizadas en la Clínica San Juan de Dios de Cartagena. Trabajo de grado. Magister de enfermería en Cuidado Cardiovascular. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. Bogotá. 2012, 163 p.

<sup>129</sup> MILLAN INFANTE, Eillen Maryibe. Op. cit., p. 48.

<sup>130</sup> ARANGUREN MOJICA, Diana; PARRA TORO, Claudia y VEGA GALVIS, María. Caracterización de los síntomas de angina en la mujer, análisis de los estudios realizados en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia en el período 2001-2006. Trabajo de Grado. Magister de Enfermería con énfasis en la salud Cardiorrespiratoria. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. Facultad de enfermería. 2006, 109 p.

<sup>131</sup> CAMPO TORREGROZA, Etilvia. Caracterización del dolor tipo isquémico en un grupo de mujeres a la Luz de la Teoría de los Síntomas Desagradables. Trabajo de Grado. Magister de Enfermería con énfasis en la salud Cardiorrespiratoria. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. Facultad de enfermería. 2007, 125 p

<sup>132</sup> CORTES CASTRO, Luis Alberto. Tipificación del síntoma dolor torácico tipo isquémico en la mujer, a la luz de la Teoría de los Síntomas Desagradables. En: Revista Avances en Enfermería. 2007, vol. 25 no. 2, p. 76-78.

<sup>133</sup> MEDRANO SANJUR, Milena Patricia. Op. cit., p. 165.

<sup>134</sup> *Ibíd.*, p. 166.

**Respecto al desencadenante.** Actividad física, estrés emocional<sup>135 136</sup>. Básicamente la actividad física extrema o prolongada<sup>137</sup>. “Predominantemente en reposo o realizando actividades de menor esfuerzo”<sup>138</sup>.

**Relativo a la duración.** En la mayoría de los casos el tiempo fue menor de 10 minutos<sup>139</sup><sup>140</sup>. Casos mayores de 10 minutos predominantemente, denominado “estímulo aversivo prolongado”<sup>141 142</sup>.

**Respecto a los síntomas asociados al dolor precordial.** Náuseas, vómito, sudoración y mareo<sup>143</sup> y adicionalmente dolor de cabeza, decaimiento, asfixia, fatiga, frialdad y fiebre en mínima proporción”<sup>144</sup>.

**En relación con la localización.** Dolor opresivo en hemitórax izquierdo, irradiado al brazo del mismo lado y cuello<sup>145 146 147 148</sup>. Irradiado al esternón y al estómago<sup>149</sup>.

**Referido a la percepción de los síntomas anginosos en la mujer considerados como atípicos.** Es común en la mujer, no solo por la forma como se describe sino porque no expresan abiertamente el síntoma<sup>150 151 152</sup>. A diferencia de los estudios

<sup>135</sup> ESCOBAR GUZMAN, Shirley, et al. Op. cit., p. 2.

<sup>136</sup> MARTINEZ CAMACHO, Isabel y MARTINEZ GIL, Sandra Yamile. Caracterización del dolor torácico tipo isquémico, de un grupo de mujeres adultas a la luz de la Teoría de los Síntomas Desagradables. Trabajo de Grado. Carrera de enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. 2002, 13 p.

<sup>137</sup> ARBELAEZ M., Silvia, et al. Op. cit., p. 4.

<sup>138</sup> CAMPO TORREGROZA, Etilvia. Op. cit., p. 122.

<sup>139</sup> ESCOBAR GUZMAN, Shirley, et al. Op. cit., p.3.

<sup>140</sup> ARBELAEZ M., Silvia, et al. Op. cit., p. 4-5.

<sup>141</sup> ARANGUREN MOJICA, Diana; PARRA TORO, Claudia y VEGA GALVIS, María. Op. cit., p. 107.

<sup>142</sup> CAMPO TERREGROZA, Etilvia. Op. cit., p. 115.

<sup>143</sup> ESCOBAR GUZMAN, Shirley, et al. Op. cit., p. 20.

<sup>144</sup> CORTÉS CASTRO, Luis Alberto. Op. cit., p. 70

<sup>145</sup> ARBELAEZ M., Silvia, et al. Op. cit., p. 5.

<sup>146</sup> *Ibíd.*, p.5.

<sup>147</sup> CAMPO TORREGROZA, Etilvia. Op. cit., p. 115.

<sup>148</sup> SANS MENÉNDEZ, Sussana. Programa de formación de formadores/as en perspectiva de género en salud. Módulo 6. enfermedades cardiovasculares: equidad. Institut d´ Estudis de la Salut, Barcelona España. Marzo 22 de 2007. Plan Calidad SNS. 35 p.

<sup>149</sup> MEDRANO SANJUR, Milena Patricia. Op. cit., p. 146.

<sup>150</sup> ESCOBAR GUZMAN, Shirley, et al. Op. cit., p. 201.

<sup>151</sup> CESPEDES CUEVAS, Viviana Marycel. Modelo Conceptual del Manejo del Síntoma por Percepción, Evaluación y Respuesta de mujeres con síndrome coronario agudo, originada por la construcción de un instrumento validado en Bogotá, Colombia. Tesis. Doctorado en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. 2009, 383 p.

anteriores, las investigaciones de Barragán y Millán, enmarcan los síntomas de la mujer con enfermedad coronaria como “angina típica”, referidos por la Sociedad Americana del Corazón<sup>153 154 155 156</sup>.

**Relativo a los factores influyentes que afectan la experiencia del síntoma. Factores psicosociales.** Son bastante conocidas las implicaciones de factores de riesgo cardiovascular como la obesidad abdominal, el sedentarismo, las dislipidemias, los problemas de las dietas, así como factores que son generadores de vulnerabilidad coronaria, como lo son los factores de riesgo psicosocial; una suma de problemáticas que enfrentan en 90% a los hombres y en 94% a las mujeres a padecer su primer infarto agudo de miocardio<sup>157</sup>. El nivel psicosocial, determinado por el nivel de educación, redes de apoyo, seguridad social, empleo, estatus económico y rol y fisiológicos (edad, menopausia, angina atípica, síndrome metabólico, factores de riesgo cardiovascular tradicionales, personalidad tipo A, estrés ira, depresión y ansiedad), además son tenidos en cuenta al momento de valorarla, mayor edad en el momento de aparición de síntomas, estrés como factor psicosocial más importante; el estrés fisiológico en la mujer se asocia más con su género como síndrome pos menstrual, vaginismo, anorgasmia, infertilidad, melancolía, depresión, frigidez y menopausia”. Se recalca la diferencia estructural y fisiológica propia de la mujer en relación con el hombre<sup>158</sup>.

En ese punto, las indagaciones de la psicóloga Débora Tajer en el área cardiovascular, invitan a abordar a la persona con esta patología con una conciencia diferente, a orientar de forma diferente el dialogo, la precisión y tiempo de la evaluación, para en este sentido descubrir los errores, mejorar el diagnóstico y la terapéutica; el uso de la tecnologías tan prolíficas en el ámbito clínico, son incapaces para advertir los sentires de los pacientes: expresados a través de la experiencia subjetiva denominada síntoma<sup>159</sup>.

Se debe incorporar al análisis a las condiciones de vida en los distintos géneros hombre/mujer, su sistema de producción, la vida familiar, los intereses personales, los espacios de entretenimiento; ya que las representaciones de la corporeidad, lo corporal y el cuerpo, son interpretadas de diversa forma (desde lo estético como también una máquina de producción). Este “cuerpo máquina”, la decisión de no trabajar en equipo, el enajenamiento del cuerpo propio y de otro, el pavor al tiempo libre, el aburrimiento en

---

<sup>152</sup> BLANCO TORRES, Aura Islena y NADER PEÑA, Julia. Factores psicológicos y fisiológicos que llevan a la presentación de angina en la mujer. Trabajo de Grado. Especialista en Enfermería Cardiorrespiratorio. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. 2006, 36 p.

<sup>153</sup> BARRAGÁN, Andrea del Pilar; MONGUI, Diana Mireya y MORALES, Sandra Yamile. Síntomas de angina en un grupo de mujeres remitidas para prueba de Esfuerzo en la Clínica Shaio. Trabajo de Grado. Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. 2004, 190 p.

<sup>154</sup> MILLAN INFANTE, Eillen Maryibe. Op. cit., p. 20.

<sup>155</sup> ROMERO MASSA, Elizabeth. Caracterización de los síntomas de angina de pecho en las mujeres a la luz de la Teoría de los Síntomas Desagradables, Clínica Cartagena del Mar 2005 2006. Trabajo de Grado. Magister de Enfermería con énfasis en la salud Cardiorrespiratoria. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. 2007, 95 p.

<sup>156</sup> CORTÈS CASTRO, Luis Alberto. Op cit., p. 54.

<sup>157</sup> AMSTERDAM, Ezra A. Primary prevention of coronary heart disease in men and women: ¿Does 1 Size Fit All? Yes! *In: Clinical of Cardiology*. Sacramento California EUA, September 2011, vol. 34 Issue. 11, p. 658 -662.

<sup>158</sup> BARRAGÁN, Andrea del Pilar; MONGUI, Diana Mireya y MORALES, Sandra Yamile. Op. cit., p. 31.

<sup>159</sup> TAJER, Débora. Heridos corazones. vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. Op. cit., p. 19.

vacaciones, la irritabilidad, la intolerancia, la impaciencia, el notable aumento de la exigencia, son condiciones de los futuros aspirantes a esta enfermedad; cuyo estallido del cuadro coronario se puede dar en cualquier momento<sup>160</sup>. Collen al respecto, invita a la investigación a indagar sobre el empobrecimiento en la calidad de vida de la mujer con enfermedad coronaria pre y post-intervencionismo, reporta en este género mayores tasas de depresión, ansiedad, distrés y empobrecimiento general de su salud; afirma que no son aplicables las discusiones para los hombres y mujeres, existiendo la necesidad de valorar estos elementos desde la perspectiva de género y se debería realizar el juicio psicosocial necesario para evaluar los resultados en salud<sup>161</sup>.

En el imaginario social y de acuerdo con Débora Tajer, “se ha masculinizado la enfermedad coronaria”, existen ciertas generalizaciones que no contemplan las diferencias en el género. Aunque algunas repercusiones psicosociales sean claras como las consecuencias del desempeño de la mujer en el mercado masculino, con la derivada carga de estrés que este le impone. Otro concepto ligado a “la masculinización de la enfermedad coronaria” son “las relaciones de poder, paradójicamente las virtudes que se les pide a los líderes (hacerse cargo de todos y de todo) son pautas que los conducen a su enfermedad”, el tipo de personalidad perfeccionista, multifuncional e imprescindible. Antivalores como la autosuficiencia, la desconfianza, sobresalir, la impulsividad, la gula, dificultades en la conexión con el entorno; son características comunes de ambos sexo, como también, la tolerancia al cambio de tareas, la fatiga y responsabilidades en los cargos, con sus familiares, parejas e hijos<sup>162</sup>.

**Relativo al concepto de afrontamiento.** “Expresado en diversas formas como tiempo prolongado de experimentación del dolor sin comunicarlo a un familiar cercano y mucho menos al profesional de salud, retrasando el diagnóstico, corroborando que la importancia que la mujer le da al dolor precordial es poca, no afecta su cotidianidad”<sup>163</sup>. “El afrontamiento de la mujer ante los síntomas de angina, dependen de su percepción de la situación de apoyo social con el que cuenta y de su cultura”<sup>164</sup>.

“La mujer afronta el dolor disminuyendo la actividad, tomando reposo, respirando y luego acude a medicamento para posteriormente acudir donde el médico”<sup>165</sup> <sup>166</sup>. “En 57% las mujeres ven la necesidad de disminuir la actividad física, incrementando los niveles de sedentarismo y repercutiendo este como factor de riesgo para enfermedad coronaria”<sup>167</sup> <sup>168</sup>. “La experiencia del síntoma precordial conlleva a dependencia parcial o total de la mujer hacia sus familiares”<sup>169</sup>.

---

<sup>160</sup> TAJER, Débora. Heridos corazones. vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. Op. cit., p. 17.

<sup>161</sup> COLLEEN, Norris, et al. Women with coronary disease report worse health related quality of life outcomes compared with men. *In*: Health and Quality of Life Outcomes. May 5, 2004, vol. 2, p. 1-11.

<sup>162</sup> *Ibíd.*, p. 22.

<sup>163</sup> ESCOBAR GUZMAN, Shirley, et al. Op. cit., p. 203.

<sup>164</sup> BARRAGÁN, Andrea del Pilar; MONGUI, Diana Mireya y MORALES, Sandra Yamile. Op. cit., p. 189.

<sup>165</sup> MILLAN INFANTE, Eillen Maryibe. Op. cit., p. 20.

<sup>166</sup> ARANGUREN MOJICA, Diana; PARRA TORO, Claudia y VEGA GALVIS, María. Op. cit., p. 108.

<sup>167</sup> *Ibíd.*, p.108.

**Barreras para la valoración.** “La adopción del actuar enfermero basado en el etnocentrismo y el médico-centrismo, favorecen el etiquetar síntomas dentro de patologías, olvidando valorar el signo desde quién lo vive y la significancia de la experiencia del síntoma”<sup>170</sup>. “Existe suficiente evidencia científica que permita decir que la mujer pospone la asistencia a los servicios de salud, ya que desde la aproximación de contexto cultural, su rol familiar y laboral son preponderantes. Teniendo en cuenta que la mayoría de las investigadas son madres cabeza de hogar”. El rol de la mujer como paciente es pasivo y frente a los trabajadores de la salud se sienten juzgadas, sienten miedo y culpa por su situación actual”<sup>171</sup>.

**Novedades en los estudios, respecto al respaldo Teórico de Enfermería.** Es importante destacar el valor de la TOUS como referente teórico orientador de las indagaciones de mujeres con síntomas coronarios, su demostrada aplicabilidad en diversos campos de la enfermería. Los síntomas que se habían investigado desde el año 1995 hasta el presente solo hacían mención a: disnea, fatiga, náuseas y dolor; demostrado por la amplia sustentación en evidencias en este trabajo. Esto permitió a la investigadora comprender los avances de la teoría y las potencialidades en la indagación de otros síntomas fácilmente articulados en la categoría de N que aparece en la tautología de Lenz.

La Teoría de los síntomas Desagradables de Lenz y colaboradores, es el constructo orientador de la mayoría de las indagaciones de la línea de investigación: Cuidado a la Mujer con Enfermedad Coronaria, de la Universidad Nacional. Existen además muchos hallazgos orientados a tipificar los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria<sup>172 173</sup>. Esta investigación logra en forma singular, proponer en el marco de la TOUS incorporar el síntoma N, dándole un carácter psicosocial, por lo cual se integra a la teoría de enfermería, la teoría psicosocial en la construcción del instrumento psicométrico.

### **Vacío Teórico detectado en las evidencias reportadas**

1. “Descripción consistente de los síntomas de enfermedad coronaria específicos en la mujer”<sup>174</sup>. De igual forma, existe un vacío evidente en cuanto a la identificación y descripción de las características de los síntomas cardiovasculares propios en las mujeres con patología coronaria”<sup>175</sup>.

---

<sup>168</sup> MARTINEZ CAMACHO, Isabel y MARTINEZ GIL, Sandra Yamile. Op. cit., p. 116.

<sup>169</sup> CAMPO TORREGROZA, Etilvia. Op. cit., p. 116.

<sup>170</sup> CESPEDES CUEVAS, Viviana Marycel. Op. cit., p. 23.

<sup>171</sup> ECHEVERRY, Constanza. El rol de la mujer y el dolor torácico. Trabajo de Grado. Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. 2007, 49 p.

<sup>172</sup> ARANGUREN MOJICA, Diana; PARRA TORO, Claudia y VEGA GALVIS, María. Op. cit., p. 107.

<sup>173</sup> CAMPO TORREGROZA, Etilvia. Op. cit., p. 116.

<sup>174</sup> ESCOBAR GUZMAN, Shirley, et al. Op. cit., p. 203.

<sup>175</sup> ROMERO MASSA, Elizabeth. Op. cit., p. 3.

2. Reconocimiento del efecto de las diversas formas de afrontamiento de las problemáticas sociales en la mujer colombiana y su condicionamiento para la salud y bienestar cardiovascular<sup>176</sup>.
3. “No existen en los servicios de Urgencias protocolos disciplinares y específicos para la valoración y el diagnóstico adecuado de los síntomas con la perspectiva de género”<sup>177</sup>.
4. “En la variable tiempo de demora, no se cuenta con suficiente evidencia, que permita comprender el complejo mundo de las cogniciones, necesarios para la toma de decisiones y comportamientos optados por la mujer” con síntomas de angina<sup>178</sup>.
5. “Necesidad de comprender mejor el fenómeno: los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria y según los hallazgos, la necesidad de realizar un primer instrumento de valoración de estos síntomas”<sup>179</sup>.

La Teoría de los Síntomas Desagradables de Lenz, por ser una Teoría de Rango Medio, tiene una alta aplicabilidad directa a la práctica, permite operacionalizar el carácter integral, con que enfermería aborda las experiencias de salud del ser humano<sup>180</sup>. Por otra parte permite no solo la reflexión sobre el uso de medidas de intervención conductuales, ambientales y comunicativas dentro del cuidado de enfermería, sino el desarrollo del nivel empírico y diseño de instrumentos, terreno fértil de la psicometría; Lo cual posibilita empoderar a enfermería con un indicador empírico (instrumento), que favorezca la autonomía profesional y el anclaje entre teoría-práctica e investigación<sup>181</sup>.

En el diseño del instrumento es de particular importancia la consecución de la teoría que sustente la estructura del instrumento. Es entonces la Teoría de Lenz, el constructo orientador que proporciona los conceptos centrales que darán vida al grupo de ítems y categorías de la medición, sumado a la Teoría Psicosocial de Lazarus y Folkman, que permitirá el engranaje de síntomas psicosociales en el instrumento y allí en el uso de una teoría probada, donde se inicia con el proceso vital de validación.

Finalmente, la valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria, ha evolucionado suficientemente a través de la investigación en enfermería desde diferentes contextos, y este proyecto es una prueba de la continuidad de las indagaciones del grupo de cuidado cardiovascular respecto a la temática. Por tal razón, la carencia de instrumentos de valoración conduce a seguir los siguientes pasos: diseñar y construir un instrumento de valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria, bajo el marco de la Teoría de los Síntomas Desagradables de Lenz y colaboradores; sometimiento del instrumento a la validez facial y de contenido, para posteriormente favorecer con otros escrutinios la maduración de estas mediciones.

---

<sup>176</sup> RINCÓN OSORIO, Fanny et al. La mujer con enfermedad coronaria. Op. cit., p. 131.

<sup>177</sup> BALLESTAS LAGAREZ, Danny Luz y MARTÍN MARTINEZ, Camila Oriet. Op. cit., p. 61.

<sup>178</sup> CESPEDES CUEVAS, Viviana Marycel. Op. cit., p. 29.

<sup>179</sup> ARANGUREN MOJICA, Diana; PARRA TORO, Claudia y VEGA GALVIS, María. Op. cit., p. 21.

<sup>180</sup> SANCHEZ HERRERA, Beatriz. Op. cit., p. 39.

<sup>181</sup> ACHURY SALDAÑA, Diana Marcela. Dolor: la verdadera realidad. Op. cit., p. 156.

### 1.3 Justificación

Dada la significancia reportada en las investigaciones sobre el impacto de la enfermedad coronaria en la mujer y sus consecuencias derivadas sobre la calidad de vida, años de vida perdidos y mortalidad, se considera relevante dar forma a la valoración de los síntomas centrales del fenómeno patológico, definidos por la gran mayoría de los estudios de investigación en mujeres como “atípicos” y por lo tanto contribuir a reducir el impacto de la enfermedad e interrumpir la relación entre síntomas, enfermedad coronaria y muerte.

Por lo anterior, la presente investigación pretendió decantar los productos investigativos sobre los síntomas de la mujer con enfermedad coronaria, teniendo como referentes principales, las indagaciones del grupo de Cuidado para la salud Cardiorrespiratoria, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, en su línea: “Cuidado a la Mujer con Enfermedad Coronaria” y diseñar en el marco de la Teoría de los Síntomas Desagradables de Lenz y colaboradores un instrumento que permita valorar las diferentes dimensiones de los síntomas en la mujer con esta afección. Esto impulsa la generación de cambios en la forma como se valora a la persona con enfermedad coronaria, convirtiéndose en una propuesta útil para la práctica clínica y base para la investigación en éste componente.

Igualmente la investigación tuvo como cometido validar el esfuerzo investigativo del grupo de investigación Universidad Nacional de Colombia enfocado en la última década en caracterizar y tipificar los síntomas de angina en la mujer y de éste modo responder al vacío detectado sobre la carencia de instrumentos propios de valoración en enfermería, diseñados bajo el marco de su propia teoría. Es importante resaltar las contribuciones importantes de otras dos teorías de mediano rango que permiten develar el fenómeno de los síntomas: Story Theory o Teoría de la Historia, referente al proceso de reconocimiento de sí mismo en relación con otros, dirigido por medio del diálogo interpersonal entre el profesional de enfermería y la persona afectada, generando sentido de liberación. Es una teoría de mediano rango de nivel superior, útil en investigaciones de tipo fenomenológico, lingüístico y estudios de caso<sup>182</sup>.

El siguiente constructo es el Modelo Conceptual del Manejo del Síntoma MCMS de Dodd, un poco menos compleja que la anterior pero mayor en comparación con el nivel de abstracción de Lenz. En este orden, la investigación realizada por la doctora Céspedes Cuevas, referente a la validación de un instrumento diseñado para medir la experiencia de los síntomas en las mujeres con síndrome coronario agudo, según la percepción evaluación y respuesta al síntoma, aplicando el Modelo Conceptual del Manejo del Síntoma de Dodd<sup>183</sup>; constructo vinculado al Centro para el Manejo del Síntoma de la Facultad de Enfermería de la Universidad de California, San Francisco; cuyo marco es un referente clínico importante para la disciplina en relación con el entendimiento de “la experiencia del Síntoma”, concepto revisado a profundidad por medio de mediciones factoriales, cuyas correlaciones quedaron ampliamente descritas por Céspedes, quien

---

<sup>182</sup> LIEHR, Patricia. Looking at symptoms with a middle range Theory Lens. *In:* Advanced Studies Nursing. USA, august 2005, vol. 3 no. 5, p. 152-157.

<sup>183</sup> CESPEDES CUESVAS, Viviana Marycel. Síntomas en la mujer con síndrome coronario agudo: desde las pruebas de validez. *En:* Avances en Enfermería. Bogotá, 2012, vol. 30 no. 2, p. 46-55.



analiza en Lenz sus posibilidades teórico-conceptuales, permitiendo clarificar aspectos importantes para la presente investigación y desde la medición psicométrica, su trabajo es un referente categórico para el investigador psicométrico de enfermería y otras disciplinas afines. Esta valiosa investigación infortunadamente no hizo parte de las Piezas Investigativas del presente trabajo, por haberse publicado posterior a la fecha de cierre de la fase de diseño del instrumento WSCDI.

Se destaca frente a estos tres constructos que orientan las indagaciones sobre el fenómeno “experiencia del síntoma” y en este caso se refiere a la Teoría de los Síntomas Desagradables, Teoría de la Historia y Modelo Conceptual del Manejo del Síntoma que los niveles de abstracción no indican que un constructo sea mas importante o mas correcto que otro, la gran teoría no es mejor que la teoría de mediano rango o la microteoría”, hay valores inherentes al juzgamiento del constructo que sirven cada uno de forma importante a los propósitos de enfermería, los cuales permiten el entendimiento de la experiencia de la salud y esto es lo importante para la evolución de la disciplina y ciencia de enfermería<sup>184</sup>. Referente a ésta investigación, se considera que aporta novedad y originalidad al enmarcar el diseño del instrumento en la Teoría de los Síntomas Desagradables de Lenz y colaboradores; constructo que ha sido el marco general para la mayoría de las indagaciones del grupo de investigación de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia Cuidado para la Salud Cardiorrespiatoria, en la línea Cuidado a la Mujer con Enfermedad Coronaria, lo cual permite aumentar la afinidad y compatibilidad del instrumento diseñado; además la TOUS es una de las pocas teorías de enfermería multidimensionales, que permite la indagación del fenómeno de consecuencia de los síntomas incluyendo actividades funcionales y cognitivas. La denominación de síntoma N, en la Figura de la Teoría de Lenz y cols., que fue denominado: Síntomas Piscosociales, puede verse como un aporte al desarrollo y enriquecimiento de dicha teoría, puesto que permite la articulación compatible de una de las teorías psicosociales más destacadas, como es la de Lazarus y Folkman, como también los síntomas fisiológicos menores. Esta actividad aporta elementos de construcción innovadores, hasta el momento no evidenciado en la TOUS.

El estudio metodológico según Polit<sup>185</sup>, hace referencia a aquellas investigaciones dirigidas a regular el proceso de obtención, organización y análisis de datos, en tanto abordan el desarrollo, validación y evaluación del material de interés. El diseño psicométrico provee en este sentido, la posibilidad de crear instrumentos que permitan la valoración de conceptos subjetivos como lo son el dolor y demás síntomas de enfermedad coronaria. Para el efecto desde lo metodológico se someterá el instrumento a las pruebas de validez facial y de contenido en esta primera aproximación.

El estudio propuesto permite proveer al cuidado de enfermería de un instrumento de valoración multidimensional de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria, enfocada en la forma como la mujer expresa los síntomas y proporcionar una mirada basada en constructos propios de la disciplina de fácil aplicación como lo es la teoría de Lenz y colaboradores; permitiendo generar nuevas indagaciones sobre la utilidad de los

---

<sup>184</sup> DUDLEY, Sharon. Development and psychometric evaluating of the chemoteraphy induced periferical neuropathy assessment tool. *In*: Cancer Nursing. USA 2005, vol 28 no. 2, p. 165-180.

<sup>185</sup> POLIT, Denise y HUNGLER, Bernadette. Investigación científica en ciencias de la salud. Principios y métodos. Cap. 9. McGraw Hill/Interamericana. 2000, p. 213 – 230.

instrumentos de valoración, aplicados exclusivamente a la mujer con enfermedad coronaria, de gran aplicabilidad en diferentes escenarios de consulta para la mujer con estos síntomas.

Desde el componente profesional y pensado desde la formación de tanto futuros enfermeros como de los especialistas en áreas específicas como cuidado crítico y cuidado cardiovascular, la investigación apunta a brindar elementos clínicos que permitan tanto mejorías en la valoración específica de los síntomas en la mujer, como también, a fortalecer la justificación para involucrar en los microcurrículos de las ciencias de la salud, el concepto diferenciador semiológico del género, enfocada a dar evidencias científicas sobre los síntomas propios de la mujer con enfermedad coronaria; como también dotar de elementos críticos que favorezcan estrechar los vínculos de la teoría y práctica, por medio de empoderar a la teoría de mediano rango, demostrando sus beneficios y aportes para el desarrollo disciplinar e investigativo.

Desde la práctica de enfermería la investigación aporta propuestas de mejoría en las herramientas clínicas, referente al proceso de valoración de necesidades de cuidado a la mujer con síntomas coronarios, como también contribuiría a dar mayor sustento a las medidas de intervención con base en la investigación teórica de enfermería. La presente investigación aporta a la disciplina de enfermería, la posibilidad de generar mejoría conceptual y una actualizada aproximación semiológica para la valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria, el cual se ha evidenciado como problemático y se ha abordado desde una mirada unidimensional orientada por la concepción biomédica; se contribuye a fortalecer el cuidado multidimensional, su significancia y a validar los hallazgos reportados en los distintos trabajos de investigación de la Universidad Nacional y del mundo.

Finalmente, la investigación motiva no solo a la línea investigativa sino a la misma Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, al fortalecimiento de la capacidad investigativa, a la necesidad de adquirir nuevos elementos que faciliten el refinamiento de los diseños psicométricos, a mejorar en la calidad de los instrumentos de medición, a promover la producción literaria y por demás, el reconocimiento por sus aportes a la investigación.

## **1.4 Planteamiento del problema**

Ausencia de un instrumento de valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria.

## **1.5 Objetivos**

### **1.5.1 Objetivo general.**

Diseñar y validar un instrumento de valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria, enmarcado en la Teoría de los Síntomas Desagradables.

## 1.5.2 Específicos

- Diseñar el instrumento de valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria, teniendo como constructo orientador “los Síntomas”; primer concepto de la teoría de Lenz y colaboradores.
- Determinar la Validez Facial del instrumento de valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria.
- Determinar la Validez de Contenido del instrumento de valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria.

## 1.6 Definición de conceptos

### 1.6.1 Instrumento de valoración.

Herramienta científica de carácter práctico pensada desde la psicometría que tiene como finalidad, valorar, medir y diagnosticar las necesidades de cuidado, relacionadas con la presencia de los síntomas típicos en la mujer con enfermedad coronaria. Respecto a lo que significa diseñar un instrumento, se refiere a la estrategia concebida para obtener la información depurada y requerida.

Instrumento de Valoración: Referido a aquel formato donde se registran los datos observables, que el investigador en su razonamiento considera son representativos de los conceptos o variables; por lo tanto permite una mayor posibilidad de representar en forma fiel la variable a estudiar<sup>186</sup>. Este instrumento contiene un conjunto de preguntas o ítems sobre un tema determinado, para el caso, los síntomas de la mujer con enfermedad coronaria y se debe contestar en forma escrita. Lo anterior permite a enfermería evaluar y describir a partir de variables predominantemente cuantitativas, con alta susceptibilidad de medida y poder describir el fenómeno de los síntomas coronarios en forma más comprensible y establecer de esta forma, una mayor categorización de las necesidades de cuidado.

Para esta investigación el diseño del instrumento está enmarcado bajo los conceptos de la Teoría de los Síntomas Desagradables de Lenz y colaboradores y teoría psicosocial; los cuales permitieron valorar objetivamente la multidimensionalidad del síntoma; permitiendo a enfermería, en parte, optimizar la calidad del cuidado ofrecido a las mujeres, amplificar sus posibilidades de intervención y exploración de su máximo bienestar. Referido al concepto de TEST, este hace referencia a cualquier tipo de instrumento de medición, planteado en términos de una matriz de datos o dimensiones teóricas llamados ITEMS, los cuales se someten a diferentes formas de puntuación y validez.

---

<sup>186</sup> HERNANDEZ, Roberto, FERNANDEZ, Carlos y BAPTISTA, Pilar. Metodología de la investigación. 4a. ed. México: Editorial Mac Graw-Hill Interamericana. 2006, 850 p.

### 1.6.2 Validez Facial o Aparente.

Conjunto de consideraciones de inferencias realizadas a partir de puntuaciones de los Tests<sup>187</sup>. Teniendo en cuenta los conceptos de Reina y Vargas fundamentados en las pesquisas de Herrons, esta validez se refiere a *“la relevancia de los ítems de la prueba, a la evaluación de su claridad y a la comprensión del lenguaje que se utiliza en la redacción de cada uno de los ítems, es decir, se evalúa la semántica de cada uno de los ítems,”* y es el producto del análisis y ajustes al instrumento derivado del concepto emitido en especial por jueces expertos y una muestra determinada de población<sup>188</sup>.

### 1.6.3 Validez de Contenido.

Inicialmente se construye un Test lo más exhaustivo y riguroso posible, se hace valorar por un determinado número de expertos en investigación y se evalúan uno a uno los ítems. Se siguieron los postulados del modelo de Lawshe<sup>189</sup>, en lo que se refiere al juicio de expertos, donde se valora que el contenido de la medición sea representativo del contenido del dominio, pero que depende en realidad del número de expertos, puesto que esto condiciona la validez del instrumento. Esta validez, fue la calificación que un grupo de expertos le atribuyeron a cada reactivo según la categoría a evaluar. Para resolver esta limitante del número de jueces expertos necesarios para obtener la Validación de Contenido del instrumento, se utilizó el Lawshe normalizado por el Doctor Agustín Tristán, 2008<sup>190</sup> reportado en el 2010 donde se propone el cálculo de IVC (Content Validity Index) y el CVR' (Content Validity Ratio) del instrumento como tal y de los ítems respectivamente según los Acuerdos en la categoría ESENCIAL, respecto al número de jueces participantes, el que se detallará posteriormente<sup>191</sup>. A esta validación se suma y al cálculo de las variables estadísticas y los criterios propuestos por Escobar y Cuervo, que permiten medir la suficiencia, coherencia, relevancia y claridad del grupo de ítems evaluados, a través de la medición del Coeficiente de Concordancia *W* de Kendall para datos en escala ordinal, establecidos por medio del sistema IBM SPSS 20 (Statistical Package for the Social Sciences)<sup>192</sup>.

---

<sup>187</sup> MARTINEZ ARIAS, María; HERNANDEZ LLOREDA, María y HERNANDEZ LLOREDA, María. Psicometría. Madrid: Alianza Editorial. 2006. 489 p.

<sup>188</sup> HERRONS, LL. Psicología y medición: el desarrollo de pruebas psicométricas. Capítulo 5. México D.F. Editorial Limusa. 1985, p. 78. Citado por: REINA GAMBÁ, Nadia Carolina y VARGAS ROSERO, Elizabeth. Validez de contenido y validez facial del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado”. En: Avances en Enfermería. 2008, vol. 26 no. 2.

<sup>189</sup> LAWSHE, Carlos. Pruebas psicotécnicas en la selección de personal. Madrid: 1975. Citado por: GOMEZ BERMUDEZ María Fernanda y BALLESTEROS Blanca Patricia. Adaptación y validación de una guía de enseñanza del concepto: Comportamiento gobernado por reglas. Trabajo de grado. Psicología. Universidad Javeriana. Facultad de Psicología, 73 p.

<sup>190</sup> TRISTAN LÓPEZ, Agustín. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento. En: Revista Avances en Medición. México 2008, vol. 6, p. 37-48.

<sup>191</sup> VARGAS PORRAS, Carolina y MOLINA HERNANDEZ, Luz. Validez y confiabilidad del cuestionario “Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto” En: Avances en Enfermería. Bogotá, 2010, vol. 28 no. 1, p. 96-106.

<sup>192</sup> ESCOBAR PÉREZ, Jazmine y CUERVO MARTINEZ, Ángela. Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. En: Avances en Medición. Universidad Nacional de Bogotá, 2008, vol. 6, p. 27-36.

### 1.6.4 Síntomas en la mujer con enfermedad coronaria.

Según Elizabeth y cols., *“Los síntomas tienen vital importancia para el cuidado de la salud, son el foco central de esta teoría y son percibidos como indicadores de cambio en el funcionamiento normal experimentado por los pacientes... ellos son banderas rojas que señalan las amenazas para la salud”*<sup>193</sup>. En esta investigación cada síntoma se conceptualizó como una experiencia multidimensional, manifestación de múltiples variables y dimensiones medibles (físicas, mentales y psicosociales), las cuales difieren en intensidad, severidad, grado de asociación de las señales de peligro, duración y calidad<sup>194</sup>. Estos síntomas pueden ocurrir solos o aislados unos de otros, pero frecuentemente se experimentan de manera simultánea<sup>195 196</sup>.

Esta definición hace referencia a “la descripción detallada de los indicadores percibidos por el desequilibrio entre la oferta y la demanda de oxígeno miocárdico, referidos tal y como los experimenta la mujer, según las dimensiones y consecuencias contempladas en la teoría de Elizabeth Lenz y cols, como también en la Teoría de Lazarus y Folkman<sup>197</sup>”.

Como aporte central en la indagación de los síntomas cardinales en la mujer con enfermedad coronaria, el instrumento avanza en la valoración de los síntomas, mas allá del dolor o disconfort precordial, elemento clínico central en la indagación médica<sup>198</sup>, enfocada en la evolución sintomática de la enfermedad cardiovascular (isquemia/lesión) y permiten a esta investigación, mostrar el espectro en el que se ubica la enfermedad coronaria isquémica y no solo proveer elementos para el diagnóstico diferencial del tipo de lesión en la mujer con enfermedad coronaria (Figura 2). En forma adicional, es necesario comprender que la enfermedad coronaria, tiene varios espectros de presentación sin distinción de género, a saber: Síndrome Coronario Sin Elevación del Segmento ST (SCA-SEST, el cual incluye el diagnóstico de Angina Inestable e infarto agudo) y el Síndrome Coronario Agudo Con Elevación del Segmento ST (SCA-CEST, referido solo al Infarto del miocardio transmural).

---

<sup>193</sup> LENZ, Elizabeth et al. The Middle-Range Theory of Unpleasant Symptoms: An Update. In: *Advances in Nursing Science*. Aspen Publishers Inc. March 1997, vol. 19 Issue 3, p. 14-27.

<sup>194</sup> SMITH, Mary Jane and LIEHR, R. Patricia. *Middle Range Theory for Nursing*. Springer Publishing Company. New York, 2003. 230 p.

<sup>195</sup> LENZ, Elizabeth et al. Op. cit., p. 15.

<sup>196</sup> AMAYA, R. Pilar y CÉSPEDES, Viviana Marycel. Síntomas en la mujer con enfermedad coronaria: Exploración del concepto para la práctica clínica y la investigación desde la disciplina de Enfermería. En: RINCÓN OSORIO Fanny et al. *Enfermería Cardiovascular*. Bogotá: Distribuna. 2008, p.147-159.

<sup>197</sup> ROMERO MASSA, Elizabeth. Caracterización de los síntomas de angina de pecho en las mujeres a la luz de la Teoría de los Síntomas Desagradables. En: RINCÓN OSORIO Fanny et al. *Enfermería Cardiovascular*. Bogotá: Distribuna. 2008, p. 163-164.

<sup>198</sup> FAUCI, Anthony S, et al. *Principios de Medicina Interna*. 17° Ed. Mc Graw-Hill, Interamericana Editores S.A de C.V. 2009. 1161 p. Traducción al español por ARAIZA MARTINEZ Martha et al.

### 1.6.5 Teoría de los Síntomas Desagradables

**Theory of Unpleasant Symptoms (TOUS).** Teoría de Enfermería es definida por Melléis como “una conceptualización de algunos aspectos de la realidad de enfermería comunicada con el propósito de describir un fenómeno, explicar la relación entre los mismos, predecir consecuencias o prescribir el cuidado de enfermería<sup>199</sup>. En las Teorías, se denomina “Concepto” aquel término usado para describir un fenómeno o grupos de fenómenos”, por tanto denota un grado de clasificación o categorización. Fenómeno, es por tanto según Melléis, “un aspecto de la realidad que puede ser conscientemente sentida o experimentada. Un fenómeno en una disciplina es un aspecto que refleja un dominio del territorio de la disciplina; por consiguiente, “Dominio” es un término, una descripción o nivel que se da para describir una idea acerca de un evento, situación, proceso o grupo de eventos<sup>200</sup>.

La TOUS es denominada una teoría de enfermería de mediano Rango o complejidad teórica intermedia y alto nivel; de acuerdo con Meléis, estas teorías tienen un alcance limitado, son menos abstractas, se dirigen u orientan a fenómenos específicos y reflejan la práctica administrativa, clínica o la enseñanza en enfermería. Este nivel de teoría orienta por sí mismo a la prueba empírica, sus conceptos son más específicos y pueden ser rápidamente operacionalizados<sup>201</sup>; en ella se coexisten múltiples síntomas (los más estudiados son: dolor, fatiga, disnea, náuseas), los cuales interactúan, son multiplicativos e implica que el manejo de uno de los síntomas, podría contribuir al manejo de otros<sup>202</sup>  
203

---

<sup>199</sup> MELEIS, Afaf Ibrahim. *Theoretical Nursing. Development and Progress*. 4th ed. United States of America: Lippincott Williams and Wilkins. 2007, 545 p.

<sup>200</sup> *Ibíd.*, p. 35.

<sup>201</sup> *Ibíd.*, p. 43.

<sup>202</sup> PETERSON, Sandra J. et al. *Middle range theories: application to nursing research. cross the bridge of understanding from nursing theory to successful research*. 2th. ed. Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams and Wilkins, 2008, 420 p.

<sup>203</sup> LIEHR, Patricia. Looking at symptoms with a middle range theory Lens. *In: Advanced Studies Nursing*. USA, august 2005, vol. 3 no. 5, p. 152-157.

## 2. Marco teórico

### 2.1 Psicometría

En psicología la especialidad encargada de estudiar los procesos de medición es llamada Psicometría, término genérico que reúne todo un conjunto de modelos formales que establecen las bases para la medición de fenómenos psicológicos y educacionales<sup>204</sup>.

“La psicometría es la ciencia que se encarga de la medición de conceptos, categorías o dimensiones psicológicas; la psicometría a diferencia de la psicología se enfoca en el proceso de medición, mientras que ésta última se enfoca en el diagnóstico del comportamiento humano. Las teorías psicológicas están llenas de variables que no pueden medirse en absoluto en la actualidad o solo pueden medirse de forma aproximada, puesto que no son observables directamente”<sup>205</sup>. Son ejemplos: la inteligencia, la ansiedad, el sufrimiento, la espiritualidad, etc.

Estos métodos de medición se iniciaron a comienzos del siglo XX, desde entonces, la ciencia psicológica se ocupa de la conducta humana, de sus acciones, juicios, palabras y preferencias. Las experiencias subjetivas, sentimientos, sensaciones y deseos no pueden ser observados y evaluados por otros; por tanto no son sometidos fácilmente a medición. Sin embargo, cuando una persona comenta sus emociones, formula juicios o simplemente habla con otros de sus experiencias, ésta conducta sí satisface los requisitos de la investigación científica y entonces la medición es posible<sup>206</sup>. Son estas las verdaderas razones por las cuales el proyecto de investigación propuesto centrado en la subjetividad de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria requiere para su indagación del uso de medidas psicométricas.

Se destaca la valiosa contribución que hacen las Ciencias del Comportamiento a la sociedad, posibilitando cada vez mejoras en los procesos de medición; generando gran impacto en la vida de las personas y en otras unidades medidas.

Una dificultad de la psicometría es que la mayoría de sus atributos de interés para la medición en psicología y educación, no son observables de forma directa, por lo tanto se debe acudir a indicadores indirectos de los mismos o conductas observables; las conductas no observables son denominadas “constructos teóricos”. La relación entre los

---

<sup>204</sup> MARTINEZ ARIAS, María; HERNANDEZ LLOREDA, María y HERNANDEZ LLOREDA, María. Op. cit., p. 13.

<sup>205</sup> NUNNALLY, Jump C. Introducción a la medición psicológica. Biblioteca de Psicometría y Psicodiagnóstico. México: Editorial Mc-Graw Hill. 1973, 620 p.

<sup>206</sup> MARTINEZ ARIAS, María; HERNANDEZ LLOREDA, María y HERNANDEZ LLOREDA, María. Op. cit., p. 21.

constructos latentes con los hechos observables y con otros constructos, permite asignarles números y establecer relaciones empíricas entre ellos<sup>207</sup>.

### 2.1.1 Medición.

Hace referencia al procedimiento por medio del cual se asignan atributos numéricos o de clase a propiedades específicas de las unidades experimentales. En psicometría es un requisito para que las mediciones sean lo más cercano al concepto medido, que el test se enfrente a una serie de inferencias estadísticas y probabilísticas, elementos que se asocian las propiedades psicométricas en términos de confiabilidad, validez y comparabilidad<sup>208</sup>.

La inferencia psicométrica parte de la utilización de un “constructo teórico o latente” denominado además “característica no observable”, que se conectan con las teorías con las conductas observables y con otros constructos. La relación entre los constructos latentes con los hechos observables, permite asignar números y establecer relaciones empíricas entre ellos. De ésta manera “para la medida de constructos latentes se requiere de un instrumento que ponga de relieve los niveles variables del constructo y de algún modelo que relacione lo que se observa en el mundo real (conductas observables) con el atributo o constructo que se pretenda evaluar y que existe como parte de una teoría”<sup>209</sup>.

Referente a la finalidad del Test, inicia con la consideración de la población a la que está destinado y el tipo de decisiones que se tomarán con las puntuaciones obtenidas, para tomar decisiones, a saber:

1. *Decisiones relativas al nivel de instrucción o habilidad para conocer los conocimientos o destrezas predeterminados de antemano.*
2. *Decisiones de diagnóstico: cuyo objetivo es la identificación de fallos o deficiencias en el comportamiento, para emprender medidas terapéuticas.*
3. *Decisiones de selección: Para escoger los sujetos más capaces en algún sentido.*
4. *Decisiones de asignación: Para ubicación de los sujetos por jerarquía.*
5. *Decisiones de clasificación de tipo: para establecer la categoría diagnóstica clínica de un sujeto.*
6. *Decisiones de consejo: cuyo objetivo es la orientación del sujeto respecto a algún aspecto de su comportamiento futuro con ayuda de profesionales en psicología y psicopedagogía.*
7. *De screening o detección rápida: para la detección rápida de algún tipo de trastorno, el cual debe hacerse sencillo, de fácil y rápida aplicación; detectando personas que potencialmente puedan*

---

<sup>207</sup> MARTINEZ ARIAS, María; HERNANDEZ LLOREDA, María y HERNANDEZ LLOREDA, María. Op. cit., p. 20.

<sup>208</sup> *Ibíd.*, p. 17.

<sup>209</sup> *Ibíd.*, p. 20.



*presentar determinado trastorno, antes de aplicar pruebas más exhaustivas*<sup>210</sup>.

Es necesario para el diseño del Test, un constructo orientador, de esta forma la naturaleza del constructo guía la selección o construcción de tareas relevantes, y el desarrollo de criterios de puntuación basados en el constructo. Martínez y cols., precisan que *“la elección de un constructo es el primer paso y el más difícil para el proceso de desarrollo del sistema de medición”*. Por tanto, es perentorio hacer una revisión exhaustiva del constructo, para evitar la omisión de aspectos centrales de éste, como también evitar infrarrepresentaciones o la inclusión de elementos irrelevantes para el constructo; de hecho el proceso de construcción de tests guiados por teoría, es lo más recomendable y lo único que dotará a estos con fuertes evidencias para la validez de constructo<sup>211</sup>.

El diseño y construcción de un instrumento de medición psicométrica, enfrenta varias problemáticas, importantes de conocer y trascender:

- 1. No existe una única aproximación a la medición de un constructo que sea universalmente aceptada. Constructo... es el concepto o característica que el Test pretende medir...*
- 2. Todos los Tests están basados en muestras limitadas de conductas del dominio que se pretende medir. Determinar el número de elementos de la muestra y su variedad, son unos de los problemas principales en el desarrollo de instrumentos de medida.*
- 3. Las medidas obtenidas siempre contienen error. Puesto que se basan en muestras limitadas de contenidos y se ven limitadas por todos los errores del muestreo. Las inconsistencias en las puntuaciones ligadas al muestreo de tareas, ocasiones o situaciones, pueden considerarse como errores aleatorios.*
- 4. Finalmente, los constructos no pueden definirse aisladamente, simplemente en términos de definiciones operativas, sino que deben establecerse con sus relaciones con otros constructos y con las conductas observables*<sup>212</sup>.

Por consiguiente es imperativo para diseñar un instrumento contar con un constructo o postulado teórico que oriente el instrumento; dado que sus conceptos serán la columna vertebral de la propuesta y de la matriz de Ítems susceptibles de medir. Así la psicometría cumple con su propósito de proporcionar bases para relacionar la conducta con el constructo.

---

<sup>210</sup> MARTINEZ ARIAS, María; HERNANDEZ LLOREDA, María y HERNANDEZ LLOREDA, María. Op. cit., p. 27.

<sup>211</sup> *Ibíd.*, p. 28.

<sup>212</sup> *Ibíd.*, p. 25.

## 2.1.2 Instrumento de Valoración.

Existen un gran número de instrumentos que forman parte de la cotidianidad en psicología, a saber: Tests, escalas de medición, autoinformes, cuestionarios. Para la presente investigación la palabra instrumento es considerado un genérico, que deberá a medida que se desarrolle avanzar en la decisión de nominarlo en la categoría de medición pertinente a su complejidad y alcance, por lo pronto el **WSCDI**, se define como un instrumento basado en el criterio, tipo **Autoinforme**: Heteroaplicado, cuyo formato de respuesta es **Escala tipo Likert** de para datos ordinales.

Un Test, es entendido como un instrumento valorativo o procedimiento en el que se obtiene una muestra de la conducta de los examinados en un dominio especificado y posteriormente es valorado y puntuado usando un procedimiento estandarizado; por tal razón cuando se denomine test, se hará referencia a cualquier tipo de instrumento de medición.

De otra parte Hernández Sampieri y colaboradores<sup>213</sup> consideran que dentro del proceso de construir de un instrumento de medición, hay que tener en cuenta no solo la extensión del cuestionario sino también, la duración o tiempo para dársele respuesta. Recomienda sistemáticamente no olvidar hacer:

1. *Redefiniciones fundamentales: Importante tener claridad sobre las variables, conceptos o dimensiones de la investigación.*
2. *Revisión enfocada en la literatura sobre los instrumentos utilizados, las variables, dimensiones, los análisis de confiabilidad, validez, objetividad, recursos utilizados y basado en estos elementos, escoger lo que se considere apropiado para la investigación (esto incluye el uso de software)*
3. *Identificar el dominio de las variables a medir y sus indicadores, en especial se debe hacer gráfico; como también hacer los dominios de cada dimensión.*
4. *Decisión clave.*
5. *Construir el pre-instrumento.*
6. *Prueba piloto<sup>214</sup>.*
7. *Versión final del instrumento.*
8. *Entrenamiento personal.*
9. *Autorizaciones.*
10. *Administración del instrumento<sup>215</sup>.*

## 2.2 Teorías de la psicometría

La Teoría Psicométrica, se encarga de establecer modelos de medida responsables de guiar la construcción de un instrumento eficiente y eficaz (matriz de datos o dimensiones), siendo las más aplicadas: la Teoría Clásica de los Tests (TCT), el Análisis Factorial de Ítems (AFI) y la Teoría de Respuesta a Ítems (TRI). Todas estas teorías

---

<sup>213</sup> HERNANDEZ, Roberto, FERNANDEZ, Carlos y BAPTISTA, Pilar. Op. cit., p. 277.

<sup>214</sup> *Ibíd.*, p. 293.

<sup>215</sup> *Ibíd.*, p. 348.

juegan un papel importante en las mediciones de tipo psicológico y educativo; así mismo dirigen la medición en torno a tres grandes problemas: la representación, la unicidad y la significancia<sup>216</sup>.

Es necesario entonces precisar que las mediciones en psicología y educación son abstracciones que son medibles de forma indirecta, por tanto se pueden encontrar múltiples problemas durante la medición a saber:

- No existe una única aproximación a la medición de un postulado teórico que sea universalmente aceptada.
- Todos los Tests se basan en muestras limitadas de conducta del dominio que se pretende medir.
- Las muestras medidas siempre tienen errores, las muestras limitadas de contenidos se ven afectadas por los errores en el muestreo.
- Falta de escalas de medida con origen y unidades de escala definidas, da lugar a indeterminación de la medida.
- Los constructos no pueden definirse aisladamente, se deben hacer relaciones entre otros constructos y conductas observables.
- Las puntuaciones originales resultan de la interacción de la respuesta de la persona examinada con las características diseñadas para cada uno de los reactivos, de ahí la importancia semántica de su construcción.

### 2.2.1 Teoría Clásica de los Tests (TCT).

Ésta Teoría ha sido el modelo básico usado en la construcción de los Tests; categorizada como la primera Teoría psicométrica basada en el Modelo Lineal General de Regresión con dos variables y en las puntuaciones totales de los test; expone como hipótesis central que el puntaje de un sujeto en un Test (observable), es función de dos componentes: el puntaje verdadero (inobservable) y el puntaje de error<sup>217</sup>.

La TCT se podría considerar la madre de las mediciones psicométricas, pues dio los fundamentos para la gran mayoría de los Tests que se usan en actualidad<sup>218</sup>. La TCT fue formulada casi en su totalidad por Spearman. Su desarrollo se llevó a cabo en la primera mitad del siglo pasado; dicha teoría se formula a partir de supuestos débiles, que se

---

<sup>216</sup> MARTINEZ ARIAS, María; HERNANDEZ LLOREDA, María y HERNANDEZ LLOREDA, María. Op. cit., p. 16.

<sup>217</sup> ABAD, Francisco, et al. Introducción a la Psicometría. Teoría Clásica de los Tests y Teoría de la Respuesta al Ítem [en línea]. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de psicología. 2006, p. 1-148. Disponible en Internet: [http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/investigacion/file.php/39/ARCHIVOS\\_2010/PDF/IntPsicometria\\_aristidesvara\\_1\\_.pdf](http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/investigacion/file.php/39/ARCHIVOS_2010/PDF/IntPsicometria_aristidesvara_1_.pdf)

<sup>218</sup> MARTINEZ, et al. Op cit., p. 106.

acomodan en a la mayoría de las situaciones prácticas, es ello que ha sido denominada "Modelo Débil de Puntuación Verdadera"<sup>219</sup>.

Frente a la complejidad de los problemas de medición, especialmente en el marco de las evaluaciones a gran escala (EGE), el uso de ésta teoría enfrenta a la dificultad de no ser capaz de resolver en una forma eficaz los problemas de medida. A partir de la TCT todos los restantes modelos teóricos se especializan y se complementan.

## 2.2.2 Teoría de análisis Factorial de Ítems (AFI).

El análisis factorial data de hace no menos de 100 años en Inglaterra, derivados de los trabajos de Charles Spearman en el ámbito de la inteligencia; su versión más moderna la expone Kerlinger y Lee, quienes consideran que el análisis factorial es la reina de los métodos analíticos, debido a su cercanía a las entrañas del propósito científico, pero a pesar de su poder, no constituye una verdadera solución para estudios con fallas en el diseño<sup>220</sup>. Es conocido que la AFI, tiene gran aplicabilidad a diferentes áreas del conocimiento tales como la psicología, sociología, educación y economía.

Una definición clásica plantea que "el análisis factorial, consiste esencialmente en métodos para encontrar grupos de variables relacionadas, siendo cada uno de éstos grupos (factores) con mayor correlación de sus elementos entre sí, que con los no incluidos en él"<sup>221</sup>. Un concepto más técnico y preciso se basa en el postulado:

*El análisis factorial es un procedimiento que toma los datos de la matriz de correlaciones entre variables e indicadores (ítems) de interés, dando como resultado una matriz factorial rotada, que contiene las saturaciones o cargas factoriales de cada variable o indicador en cada uno de los factores extraídos, que no son otra cosa que las correlaciones entre variable o indicador (ítem) y cada factor<sup>222</sup>.*

Cabe señalar que siendo el método más utilizado para estudiar la validez de constructo de los tests, su problema radica en que la información que aporta reelaborada mediante el uso del álgebra matricial, proviene de dichas correlaciones y se agota en ellas mismas. Por tanto es necesaria e incluso exigible la utilización de un segundo método de estimación de validez de un instrumento<sup>223</sup>.

---

<sup>219</sup> MARTINEZ, et al. Op. cit., p.14.

<sup>220</sup> SEPÚLVEDA MACÍA Felipe. La validez de los Test y el análisis factorial: Nociones generales. En: Ciencia y trabajo. Enero-marzo 2010, año 12 no. 35, p. 276-280.

<sup>221</sup> Ibíd., p. 277.

<sup>222</sup> ABAD, Francisco, et al. Op. cit., p. 1-148. Citado por: SEPÚLVEDA MACÍA, Felipe. La validez de los Test y el análisis factorial: Nociones generales. En: Ciencia y trabajo. Enero-marzo 2010, año 12 no. 35, p. 276-280.

<sup>223</sup> Ibíd., p. 280.

### 2.2.3 Teoría de Respuesta al Ítem (TRI).

Este modelo intenta superar las limitaciones que planteó la TCT, basada en la Teoría de la Generalizabilidad (Teoría expuesta por Cronbach y otros), modela las probabilidades de respuesta a un Ítem para diferentes niveles de rango latente mediante un modelo no lineal. La TRI utiliza modelos matemáticos para establecer el nivel del ítem y no del test completo.

Es conocida como Teoría del Rasgo Latente (TRL) o también como Teoría de Respuesta al Reactivo (TRR), su nominación se atribuye a que considera los ítems como las unidades básicas de los tests<sup>224</sup>. La TRI, agrupa a muchos modelos distintos bajo el nombre genérico de TRI, aunque poseen diferencias intrínsecas, todos comparten el ser modelos de estructura que establecen una relación matemática formal, entre la respuesta a un ítem concreto y el nivel de rasgo o aptitud del sujeto<sup>225</sup>.

La visión más clara de la TRI, se basa en las siguientes consideraciones:

*“La TRI es una conceptualización, que partiendo de ciertos conceptos básicos de medición y usando las herramientas de la estadística y la matemática, busca encontrar una descripción teórica para explicar el comportamiento de datos empíricos derivados de la aplicación de un instrumento psicométrico. Los parámetros estimados por el modelo permiten evaluar la calidad técnica de cada uno de los ítems o reactivos por separado y del instrumento como un todo y a la vez, estimar el nivel que cada examinado presenta en el tema de interés. En un modelo de TRI, se asume que para hay una variable latente no observable directamente y que se desea estimar para cada examinado a partir de las respuestas suministradas por éste en el instrumento de medición. Se asume que para cada ítem o pregunta, el comportamiento de las respuestas dadas por el examinado puede ser modelado mediante una función matemática que se denomina Curva Característica del Ítem o CCI<sup>226</sup>.”*

Por lo demás la CCI, denominada también Función de Respuesta al Ítem FRI, representa la relación funcional entre la proporción de respuestas correctas a un ítem y el nivel del atributo<sup>227</sup>. Ella describe la relación entre la probabilidad de respuesta correcta a un ítem y la escala de aptitud, aplicable tanto al modelo de respuesta dicotómico y politómico<sup>228</sup>.

Dicho de otro modo, la TRI brinda la posibilidad de contar con modelos cuyos supuestos sí pueden ser juzgados empíricamente, con lo que se puede formar un juicio claro respecto a la validez de las estimaciones obtenidas; además, contrario a las dificultades

---

<sup>224</sup> ROJAS, Margarita; MANRIQUEZ, Germán y GÁTICA, Yanira. Teoría de Respuesta al Ítem. En: Revista de Ingeniería Informática. Chile, agosto 2004, no. 10, 10 p.

<sup>225</sup> MARTINEZ ARIAS, María; HERNANDEZ LLOREDA, María y HERNANDEZ LLOREDA, María. Op. cit., p. 127.

<sup>226</sup> *Ibíd.*, p. 127.

<sup>227</sup> *Ibíd.*, p. 128.

<sup>228</sup> *Ibíd.*, p. 154.

de la TCT en la cual las estimaciones del parámetro dependen del grupo al que se aplica el instrumento; en la TRI, las estimaciones son invariantes y no dependen del grupo concreto al que se ha aplicado el test, lo cual es importante para evaluar las características del instrumento y para hacer las comparaciones de los resultados<sup>229</sup>.

La TRI proporciona justificación teórica para hacer muchas cosas que no son posibles en el marco de la tradicional TCT, siendo ésta desde un punto de vista práctico más eficaz<sup>230</sup>. Por muchas razones, la TRI, es la teoría hegemónica en la investigación psicométrica, pues ella facilita el diseño de instrumentos más complejos que los que se pueden realizar bajo la TCT y es este es uno de los pilares de fundamentación teórica de ésta investigación<sup>231</sup>.

Los modelos de Teoría de Respuesta al Ítem generan mediciones no cambiantes o invariables respecto de las pruebas usadas para obtenerlas; lo cual hace flexible el uso de instrumentos de evaluación. Por ser de interés para la investigación, se enuncian los modelos más conocidos de esta Teoría a saber:

**2.2.3.1 Modelos de TRI-Dicotómicos.** Entre los modelos logísticos parametrizados los más utilizados son:

- Modelo Logístico de un parámetro (monoparamétrico) o de Rash (1P).
- Modelo Logístico de dos parámetros (biparamétrico) (2P).
- Modelo Logístico de tres parámetros (triparamétrico) (3P) o de Birnbaum.

Desde el punto de vista empírico es el más general y realista.

El Modelo de Respuesta al Ítem se genera con base a la Curva Característica del Ítem CCI, al Método de Máxima Verosimilitud ML y al Método de Máxima Información MI. En relación al Modelo de respuesta, la Curva Característica del Ítem CCI para cada nivel de aptitud tendrá una probabilidad de responder correctamente al ítem, ésta función es creciente y toma la denominación de CCI<sup>232</sup>. Los parámetros utilizados en todas las fórmulas son:

- Índice de discriminación.
- Nivel de dificultad.
- Factor de adivinanza.
- Factor de distracción.

**2.2.3.2 Modelos de TRI-Politómicos.** Al respecto se encuentran diversos modelos a saber:

---

<sup>229</sup> ASÚN, Rodrigo y ZÚÑIGA, Claudia. Ventajas de los modelos politómicos de la Teoría de Respuesta al Ítem en la medición de actitudes sociales. Un análisis de caso. *En*: PSYKHE, Chile, 2008, vol. 17 no. 2, p. 103-115.

<sup>230</sup> MARTINEZ ARIAS, María; HERNANDEZ LLOREDA, María y HERNANDEZ LLOREDA, María. *Op. cit.*, p. 26.

<sup>231</sup> ASÚN, Rodrigo y ZÚÑIGA, Claudia. *Op. cit.*, p. 104.

<sup>232</sup> ROJAS, Margarita; MANRIQUEZ, Germán y GÁTICA, Yanira. *Op. cit.*, p. 6.

- Modelo de Respuesta Graduada o Samejima MRG.
- Modelo de Respuesta Graduada Modificado o de Muraki MRGM.
- Modelo de Crédito Parcial MCP.
- Modelo de Crédito Parcial Generalizado MCPG.
- Modelo de Respuesta Nominal MRN.

Uno de los más exitosos es el modelo de Respuesta Graduada **MRG**, aplicados a Tests no cognitivos. Sus supuestos resultan estimables usando **Escalas tipo Likert** (respuestas ordenadas aplicables a la mayoría de los Modelos expuestos). Este modelo es pensado para ítems de respuesta ordinal<sup>233</sup>, el cual puede servir para conocer la existencia de desorden en las opciones de respuesta; “en él se presume que la alternativas de respuesta se encuentran ordenadas desde un menor una mayor cercanía a un objeto actitudinal”.

## 2.3 Diseño y construcción de un instrumento

De manera resumida estas etapas se pueden visualizar en la Figura 3 siguiendo las precisiones psicométricas<sup>234</sup>, los pasos en la construcción del Test consisten en:

- Formulación de un plan. En este sentido Zuluaga expone la fundamentación teórica como la que debe guiar y enmarcar el instrumento; para tal efecto se deben responder los siguientes cuestionamientos: ¿qué se pretende medir? ¿qué inferencias se quieren hacer a través del atributo? y ¿hacia qué población se dirige el instrumento?, para no perder el objetivo de la prueba<sup>235</sup>.
- Planificación y delimitación de la prueba, seguida por la búsqueda de las piezas de investigación y preparación de un repertorio de ítems, con sus respectivas preguntas<sup>236</sup>.
- Primer estudio empírico<sup>237</sup>, solicitar apoyo de un experto para aplicación de los medios estadísticos de análisis de ítems y selección del programa o software de calibración (Modelo logístico parametrizado) y desarrollo del segundo estudio empírico que incluye los estudios de validación del test<sup>238</sup>.

Para la validez de contenido, los dos primeros pasos son fundamentales. El método que Nunnally recomienda en la mayoría de las investigaciones, para la valoración de ítems, es el que produce Test homogéneos (allí todos los ítems tienden a medir el mismo rango

---

<sup>233</sup> ROJAS, Margarita; MANRIQUEZ, Germán y GÁTICA, Yanira. Op. cit., p. 104.

<sup>234</sup> NUNNALLY, Jump C., Op. cit., p. 261.

<sup>235</sup> ZULUAGA, Diego. Procedimiento de elaboración y análisis de un instrumento psicométrico. Guía de estudio. Facultad de Psicología, asignatura psicometría. Universidad de Manizales, abril de 2006, 6 p.

<sup>236</sup> *Ibíd.*, p. 3.

<sup>237</sup> *Ibíd.*, p. 5.

<sup>238</sup> *Ibíd.*, p. 7.

psicológico), finalmente lo que se hace es correlacionar cada ítem con los puntajes totales del test y elegir para el ítem, los tests que tengan las correlaciones más altas<sup>239</sup>.

## 2.4 Principios del modelo psicométrico

Martínez Arias et al<sup>240</sup>, se basan en los argumentos de Mislevy et al., quienes para el año 2003 propusieron que estas medidas se podrían reducir a validez, fiabilidad, comparabilidad y equidad o ausencia de sesgos discriminatorios, los cuales garantizan la calidad de la medida.

### 2.4.1 Fiabilidad.

Se liga a los errores cometidos en el proceso de medición, teniendo que ver con el proceso de repetición o generalización de la medida y está ligado al concepto de confiabilidad “grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes”<sup>241</sup>.

- **Consistencia o validez externa.** “Se refiere a qué tan generalizables son los resultados de una investigación, un experimento o situación no experimental, así como a otros participantes o poblaciones”<sup>242</sup>.

- **Consistencia o validez interna:** “Todo estudio debe buscar ante todo, la validez interna o confianza en los resultados”<sup>243</sup>. Es importante destacar que existen múltiples factores que pueden alterar la confiabilidad y validez de un instrumento de medición o escala, la improvisación o carencia de dedicación y la falta de revisiones previas; como también la utilización de instrumentos desarrollados en otros países que no han sido validados en el contexto donde se irán a desarrollar, entre otras formas.

**2.4.1.1 Medidas para calcular la confiabilidad.** Con base en el texto de Hernández Sampieri et al, los métodos más acordes para la validación de la confiabilidad son:

- Por medio de Mitades partidas o “**Split Halves**”. Considerada más apta para la investigación, dado que su medición solo requiere una sola aplicación y esto es congruente con el tiempo considerado para el desarrollo de la misma. En esta medición el conjunto total de ítems, se divide en dos mitades equivalentes y se comparan los resultados o puntuaciones de ambas; las cuales deben al compararse estar correlacionadas, para que el instrumento sea confiable.

---

<sup>239</sup> NUNNALLY, Jump C., Op. cit., p. 262.

<sup>240</sup> MARTINEZ ARIAS, María; HERNANDEZ LLOREDA, María y HERNANDEZ LLOREDA, María. Op. cit., p. 23.

<sup>241</sup> *Ibíd.*, p. 281.

<sup>242</sup> *Ibíd.*, p.197.

<sup>243</sup> *Ibíd.*, p.198.



- Medida de consistencia interna o correlación interclase. Este método, estima la confiabilidad por medio de aplicación de coeficientes, tales como: el Alfa de Cronbach, los coeficientes KR-20, KR-21 de Kuder y Richardson. Solo precisan una medición, no se requiere dividir el instrumento en dos mitades, y se aplica el coeficiente a la medición.

Es importante finalizar con la declaración de Muniz (1998) narradas por Ontaneda (videoconferencias 12 octubre de 2011-febrero de 2012) afirma: *“El hecho que las puntuaciones de un test sean confiables, lo cual es una condición necesaria, no es criterio suficiente para que estas sean válidas”*<sup>244</sup>.

### 2.4.2 Validez. “mide lo que se dice medir”.

“Validación” es definida por la American Educational Research Association, la American Psychological Association y la National Council on Measurement in Education, como el grado por el cual la evidencia y la teoría soportan la interpretación que implica el uso de pruebas o tests<sup>245</sup>. Este término es el primer atributo que debe incorporar una prueba, es ineludible para el autor del test, en la que se debe demostrar tanto el procedimiento que se siguió para llegar a su diseño, como en el caso del juzgamiento por jueces, incluir el currículo vitae u hoja de vida de dichos jueces como soporte de la idoneidad y experticia de los mismos<sup>246</sup>, resalta como el más importante de los principios aplicados a un instrumento, la cual debe ser vista desde diferentes frentes y someterse a diferentes procedimientos estadísticos. Se toma como un concepto unitario.

La validez habla del grado en el que el uso que pretendemos hacer de las puntuaciones de los Tests está justificado. Supone examinar la red de creencias y teorías sobre las que se asientan los datos, probar su fuerza y credibilidad, por medio de diversas fuentes de evidencia<sup>247</sup>. Los diferentes tipos de validez son estimados diferentes tipos de evidencia para un único tipo de validación; aunque sí hay que etiquetarla es en la forma de Validez de Constructo.

**2.4.2.1 Validez Facial o Aparente.** “Un instrumento es válido, cuando mide aquello para lo cual está destinado; indica el grado con que pueden inferirse conclusiones a partir de resultados obtenidos”<sup>248</sup>. La validez facial o aparente es el grado en que aparentemente un instrumento mide la variable en cuestión y ésta se encuentra vinculada con la validez de contenido<sup>249</sup>.

---

<sup>244</sup> ONTANEDA, Mercy. Construcción de los Tests. Videoconferencia Universidad Católica de Loja. En el marco de la cátedra de mediciones y validaciones de los test psicométricos. Realizada desde Universidad de Manizales. Febrero 2012.

<sup>245</sup> SOEKEN, Karen L. Validity of Measures. In: FEHER Waltz Carolyn, STRICKLAND Ora Lea and LENZ R. Elizabeth. Measurement in Nursing and Health Research. Chap. 6. Fourth Edition. Springer Publishing Company. New York USA, 2010, p. 163-197.

<sup>246</sup> TRISTAN LÓPEZ, Agustín y VIDAL URIBE, Rafael. Estándares de calidad para pruebas objetivas. Colección Aula Abierta, cooperativa Editorial Magisterio. Bogotá. 2006, 164 p.

<sup>247</sup> ONTANEDA, Mercy. Op. cit., p. 24.

<sup>248</sup> HERRONS, LL. Op. cit., p. 72-73.

<sup>249</sup> HERNANDEZ, Roberto, FERNANDEZ, Carlos y BAPTISTA, Pilar. Op. cit., p. 442.

Teniendo en cuenta los conceptos de Reina y Vargas relacionados en el año 2008 y que fueron extraídos de Herrons (1985), este concepto se refiere a *“la relevancia de los ítems de la prueba, a la evaluación de su claridad y la comprensión del lenguaje que se utiliza en la redacción de cada uno de los ítems”*<sup>250</sup>.

En conclusión para realizar la validez facial por parte de los expertos seleccionados, se hace el análisis cualitativo tanto de la claridad y comprensión semántica y sintáctica de los ítems, como también del instrumento en general por parte de una muestra de población que cumpla los criterios de inclusión.

**2.4.2.2 Validez de Contenido.** El dominio del contenido reglamentariamente es determinado o establecido por la literatura, la teoría y estudios antecedentes. En ella se miden los ítems relevantes por un grupo de expertos y se basan en la demostración por parte del autor, de la utilización de las evidencias más referenciadas y la consulta de fuentes de medida preexistentes. *“Esta validación es importante en la medida que el contenido representa el dominio del contenido específico, en toda su medida y es especialmente de interés para los instrumentos diseñados que evalúan la función de cognición; y está muy condicionada en gran parte por la forma como se construyó el instrumento”*<sup>251</sup>.

La Validez de Contenido es la medición del grado en que un test representa o muestra el universo de ítems de una determinada área del conocimiento, sobre la base del juicio de un pool de expertos. En otro sentido Messick basado en Moreira Mora expone que ni la validez de contenido ni de criterio son suficientes, ya que para el autor la validez de contenido no se preocupa por el proceso de respuestas, por las estructuras externas del test, ni por la diferenciación grupal y de contexto de las personas que enfrentaran la prueba; que en realidad no son sesgos, sino diferenciaciones inherentes a la población encuestada que pueden hacer variaciones en las respuestas<sup>252</sup>. Visto desde esta forma, tal vez este concepto es una fase obligada para instrumentos que maduran en el tiempo y que para ser aplicados en forma universal, deban someterse a un escrutinio mucho más sofisticado.

Para Ding y Hersberger (2002) reportado en el escrito de Escobar y Cuervo<sup>253</sup>, la importancia que merece la validez de contenido, se deriva en que ésta, es componente importante para la estimación de validez de inferencias, provenientes de los puntajes de las pruebas. Por lo tanto, la validez de contenido provee una base para la construcción de formas paralelas de una prueba, para la evaluación a gran escala y brinda por lo demás evidencias importantes para la validez de constructo<sup>254</sup>.

---

<sup>250</sup> HERNANDEZ, Roberto, FERNANDEZ, Carlos y BAPTISTA, Pilar. Op. cit., p. 72-73.

<sup>251</sup> SOEKEN, Karen L. Validity of Measures. Op. cit., p. 165.

<sup>252</sup> MOREIRA MORA, Tania Elena. El funcionamiento diferencial del ítem: Un asunto de validez y equidad. En: Revista Avances en Medición. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2008, vol. 6, p. 5-16.

<sup>253</sup> ESCOBAR PEREZ, Jazmine y CUERVO MARTINEZ, Ángela. Op. cit., p. 28.

<sup>254</sup> Ibid..

Es importante resaltar que los jueces expertos deben valorar minuciosamente la inexistencia de infrarrepresentación o introducción de varianza irrelevante al constructo; es decir, el juzgamiento de los expertos tanto a los ítems como a todo el instrumento es determinante, condicionante y es requisito fundamental para la validación facial y de contenido<sup>255</sup>. Los jueces expertos que intervienen en este tipo de validaciones son profesionales reconocidos por su alta formación temática e instrumental, con gran capacidad para comprender el tipo de instrumento de medida a proponer. Por tanto en esta validez por expertos, los tres elementos esenciales que ellos deben evaluar en cada ítem son:

- ✓ *La claridad semántica y la corrección gramatical.*
- ✓ *Adecuación del nivel de comprensión de la población objeto.*
- ✓ *Congruencia con el dominio medido<sup>256</sup>.*

Infortunadamente y de acuerdo con los planteamientos de Samuel Colon de la Rosa<sup>257</sup>, todo proceso psicométrico confronta grandes retos, uno de ellos es que los juicios de los jueces expertos podrían estar viciados por su propia experiencia, creencias y percepciones individuales y personales, lo cual afectaría de manera directa las validaciones del diseño planteado. Permitiendo que algunos reactivos innecesarios queden dentro o que algunos que sí son representativos, queden por fuera; lo cual se limita, al contar con un pool de expertos calificados para tal fin. Por lo anterior, una limitación que confronta la validación por la estrategia de jueces expertos, es que no se puede establecer una fiable garantía del nivel de conocimientos que posee cada juez sobre los contenidos del instrumento, características de los constructos y en el sistema de construcción del nuevo diseño<sup>258</sup>.

En este punto la aplicación del Modelo de validación de Lawshe, abordado desde la normalización de Agustín Tristán, será el método seleccionado para esta fundamental actividad metodológica. La validez facial se focaliza en los aspectos formales de la medición, el instrumento y el procedimiento y los juzga desde el conocimiento vigente. “Una medición se considera aparentemente válida si, a la luz de lo que se conoce sobre el tema, sus resultados pudieran reflejar los atributos del fenómeno en estudio”<sup>259</sup>. Por lo tanto, la validez facial se obtiene mediante la evaluación del instrumento por parte de un grupo de jueces expertos, basados en su experiencia y en las teorías aceptadas sobre el tema, conceptúan si la medición podrá reflejar de manera plausible los atributos en cuestión<sup>260</sup>.

---

<sup>255</sup> COLON DE LA ROSA, Samuel. Op. cit., p. 4.

<sup>256</sup> ONTANEDA, Mercy. Op. cit., p. 24.

<sup>257</sup> COLON DE LA ROSA, Samuel. Op. cit., p. 5.

<sup>258</sup> *Ibíd.*, p. 5.

<sup>259</sup> AGUIRRE, DC. Evaluación de la validez y confiabilidad de escalas usadas en salud. *En*: Simposio Nacional de Estadística de la Universidad Nacional de Colombia, Estadística en Ciencias de la salud. (12: Armenia: 2003). Memorias. 12 p.

<sup>260</sup> AGUIRRE, DC. Op. cit., p. 7.

Colón de la Rosa, basado en el Modelo de Lawshe, enuncia que la validez de contenido es necesaria para comprobar si los reactivos de la prueba concuerdan con lo que la prueba intenta medir. Por lo tanto la validez de contenido se obtiene cuando el contenido de la medida o el instrumento (ítems, preguntas) demuestran ser ejemplo representativo del contenido del fin para el cual es utilizado<sup>261</sup>.

Lawshe en 1975 desarrolló un modelo matemático que utiliza la opinión de una muestra de jueces con el objetivo de identificar si el ítem es pertinente o no para el medir el constructo bajo estudio. Los pasos necesarios para hallar la validez de contenido según Rojas Andrújas tomado del Modelo de Lawshe, son los siguientes:

- Definir las características que deben tener los jueces.
- Seleccionar una muestra de jueces en número entre 8-12.
- Administrar el instrumento a los jueces.
- Hallar el coeficiente de validez de contenido del ítem: IVC, empleando la fórmula.
- Eliminar del instrumento todos los ítems que no cumplen con el criterio establecido.
- Hallar la validez de contenido del instrumento IVC. Referente al tema Bonilla Ibáñez<sup>262</sup> en su estudio, da claridad sobre esta medida para calcular el valor de cada las proporciones de cada factor influyente; se obtiene sumando el valor de proporción de cada factor o indicador asignado por los expertos y se divide por el número de ellos. Se puede asignar el valor de las proporciones así. 1=0.25, 2=0.50, 3=0.75, 4=1 etc. Esto constituye lo que realmente es el Índice de Validez de Contenido IVC, de cada indicador o factor. ¿Cómo se obtiene la validez total de contenido de un instrumento? La cuál se puede lograr midiendo:

1. **La pertinencia:** Sumar los IVC de todos los ítems y dividir por el número total de ítems.
2. **La relevancia:** Se calcula de la misma forma.<sup>263</sup>

- Coeficiente de validez de contenido del ítem  $CVR = \frac{n_e - N}{N}$
- Sí la cantidad de jueces que expresó que el ítem es PERTINENTE es mayor que la cantidad de jueces que indicaron que NO ES PERTINENTE.

$$CVR = \text{PERTINENTE} \div N$$

<sup>261</sup> COLON DE LA ROSA, Samuel. A qualitative approach to content validity [on line]. Tomado de Seminarios permanentes de métodos de investigación cuantitativos y cualitativos. Last Updated on Tuesday, 06 February 2007 04:14 [Consultado Nov. 6, 2010]. Disponible en Internet: [http://spmi.ac.pr/index.php?option=com\\_frontpage&Itemid=1](http://spmi.ac.pr/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1)

<sup>262</sup> IBÁÑEZ BONILLA, Claudia Patricia. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos, en personas que presentan riesgos de enfermedad cardiovascular. *En*. Avances en Enfermería. Bogotá, 2007, vol. 25 no. 1, p. 46-55.

<sup>263</sup> *Ibíd.*, p. 52.

- Sí la cantidad de jueces que expresó que el ítem es NO ES PERTINENTE es mayor que la cantidad de jueces que indicaron que es PERTINENTE.  $CVR = (PERTINENTE - NO PERTINENTE) \div N$
- Si la cantidad de jueces que expresó que el ítem es PERTINENTE es mayor que la cantidad de jueces que indicaron que NO ES PERTINENTE<sup>264</sup>.

Los valores que se consideran representativos o válidos se pueden determinar fácilmente, según lo muestra la Figura 1 referente al número de jueces expertos y el índice de validez de contenido por el método de Lawshe<sup>265</sup> [basado en los reportes de Rojas Andrujas, 2008]. Muchos son los autores que entran en contradicción con este tipo de validación, los cuales señalan las grandes problemáticas con las que el diseñador del instrumento debería nunca olvidar y estas son algunas de sus razones, los riesgos de sub-representación del constructo y la varianza irrelevante del constructo.

También es necesario prever que las respuestas a los ítems pueden variar dependiendo del contexto cultural de las personas que responden los test, razón por la cual, cuando las poblaciones que enfrentaran el test sea diversa; la prueba en proceso de maduración debería someterse a procedimientos mucho más específicos de diferenciación del ítem, que permiten asegurar una mejor medición de los conocimientos y habilidades, evitando el posible efecto de las características étnicas, culturales y sociales, entre otras, que puedan afectar en los examinados el desempeño de sus pruebas<sup>266</sup>.

---

<sup>264</sup> ROJAS ANDRÚJAS, Carlos A. Pasos para desarrollar una escala. [Diapositivas Power point] [on line] [consultado noviembre 6, 2010] Disponible en Internet: <http://www.slideshare.net/carlosaandrujar/pasos-para-desarrollar-una-escala>

<sup>265</sup> HERNANDEZ LABOY, Jorge R. Redacción de informes de investigación. Alpha Research and Development. Seminario para desarrollar y fortalecer las destrezas en construcción de pruebas a colaboradores del Sistema Universitario Ana G. Méndez. [consultado noviembre 5, 2010]. Disponible en Internet: [https://humanresources.suagm.edu/.../ ...](https://humanresources.suagm.edu/.../)

<sup>266</sup> MOREIRA MORA, Tania Elena. Op. cit., p. 12.

**Figura 1. Relación número de Jueces Expertos y el Índice de validez de Contenido por el Método de Lawshe, 1997**

NÚMERO DE JUECES EXPERTOS	ÍNDICE DE VALIDEZ DE CONTENIDO
5	<b>0.99</b>
6	<b>0.99</b>
7	<b>0.99</b>
8	<b>0.75</b>
9	<b>0.78</b>
10	<b>0.62</b>
11	<b>0.59</b>
12	<b>0.56</b>
13	<b>0.54</b>
14	<b>0.51</b>
15	<b>0.49</b>
20	<b>0.42</b>

**Fuente:** Elaboración del autor, basada en los conceptos de LAWSHE, reportados por ROJAS ANDRUJAS, Carlos. 2008.

Esta tabla propuesta por LAWSHE demuestra la problemática de esta validación de contenido, que depende directamente del número de jueces expertos que participan en Validación de la prueba, requiriendo un gran número de Acuerdos entre ellos. Es la razón por la cual, Tristán propuso mejoras a esta validación y un ajuste que permitiera que la validación no se afectara y no se requiriera un número de jueces elevado, lo cual no es práctico.

Por lo pronto se le solicita a los jueces mediante un instructivo, clasificar los ítems en tres categorías, en una escala de 1 a 3, donde:

- 1= Ítem Esencial.
- 2= Ítem Útil pero no esencial.
- 3= Ítem No necesario en el instrumento.

Luego se realiza el análisis y categorización de los ítems, el cual permite al juez, identificar el grado en que el ítem es categorizado como ESENCIAL para medir la dimensión. El siguiente paso consiste en determinar **el CVR'** (Índice de Validez de contenido) y el **CVI** total del instrumento. Este método de validación de contenido, viene siendo utilizado en enfermería desde el año 2003, según reporta Agustín Tristán.

El CVR se aproximaba a 0.165, pero esta medición no estaba normalizada y se mostraba como una medida demasiado baja como valor de aceptación de los ítems a pesar de estar correcta. Lawshe propuso la siguiente fórmula:

$$CVR = \frac{ne}{N}$$

Dónde: (ne= Número de expertos que están de acuerdo con la categoría ESENCIAL) y (N=Número de expertos). Debido a lo anterior, se planteó por parte de Tristan como alternativa a esta dificultad el **CVR'**, cual se propuso así:

$$CVR' = \frac{0,1646 + 1}{2} = 0,5823$$

Siendo esta la misma proporción de acuerdos planteados en la proporción:

$$CVR = \frac{0,5283N - N/2}{N/2} = 0,1646$$

Sí se toma el valor de referencia de aceptación normalizada para CVR, es decir CVR= 0.196 y se substituye el:

$$CVR' = \frac{CVR + 1}{2}$$

Se obtiene el mínimo aceptable de CVR=

$$CVR' = \frac{0,1646 + 1}{2} = 0,5823$$

Dicho de otra forma el CVR' normalizado por Tristan<sup>267</sup> es = 0.58 (mayor o igual al 0.58 de los acuerdos) y será el rango que se usará en la investigación para definir el puntaje minimamente aceptable de los ítems que pueden integrar el instrumento. Ciertamente el CVR' Content Validity Ratio, es la proporción de Acuerdos en la categoría ESENCIAL, respecto al número de jueces participantes en la valoración. Los ítems NO ESENCIALES, son de nuevo revisados por los jueces y el investigador y corregidos. Nuevamente se evalúan por los jueces, para ser replanteados o eliminados.

Un paso adicional es el cálculo del CVI como promedio del CVR de todos los ítems del pre-instrumento (incluye los ítems Aceptables y No Aceptables). Se considera un conjunto de ítems ACEPTABLE, sí su CVI es superior a 0.58 y solo se reporta el valor promedio obtenido.

De igual forma, el CVI Content Validity Index del instrumento, "*Se refiere a la concordancia entre la capacidad (habilidad, competencia, conocimiento, etc) solicitada en un dominio específico y el desempeño solicitado en la prueba que trata de medir dicho dominio*"<sup>268</sup>. El CVI se obtiene de hacer la suma de los CVR' de los ítems ACEPTABLES y dividirlo entre el número de ítems ACEPTABLES; se calcula por medio de la fórmula:

$$CVI = \frac{\sum_{i=1}^M CVR_i}{M}$$

<sup>267</sup> TRISTAN LOPEZ Agustín. Op. cit., p. 39.

<sup>268</sup> *Ibíd.*, p. 39.

**CVRI** = Es la razón de la validez de contenido de los ítems Aceptables de acuerdo con el criterio de Lawshe.  $M = \text{Total de ítems de la prueba}^{269}$ .

**2.4.2.3 Validez de constructo.** Centrada en la representación del constructo, es la validez más apreciada; algunos autores contemplan dos tipos de evidencia: la representación del constructo y la red de ítems.

**2.4.2.4. Comparabilidad.** Ésta característica propende por la estandarización, en ella diferentes condiciones de medida en las cuales se hace comparación entre sujetos, o cuando se comparan con estándares o con el progreso en el tiempo, hacen surgir hipótesis o explicaciones alternativas.

**2.4.2.5 Equidad.** Se refiere a explicaciones alternativas de los resultados de la evaluación que pueden estar ligados a diferencias sociodemográficas, historia particular del sujeto, lenguaje utilizado entre otros.

## **2.5 Teoría de los síntomas desagradables “theory of unpleasant symptoms (TOUS). Elizabeth Lenz, Audrey Gift, Renee Milligan, Suppe Frederick Y Linda Pugh (1997)”**

La Teoría de los Síntomas Desagradables o Theory of Unpleasant Symptoms (TOUS), es denominada una Teoría de Rango Medio Alto por su nivel de abstracción, la cual se desarrolló para ser aplicada y usada mayormente por enfermeros. El concepto original aparece según Andre y Gift<sup>270</sup>, en el libro Middle Range Theories, en el año 1995 por los doctores Gift y Pugh quienes solo se enfatizaron en dos síntomas: Disnea y Fatiga.

En el año 1997, las teoristas se contactan con la doctora Elizabeth Lenz, experta en el desarrollo teórico e investigativo del paciente con dolor torácico y otros como el Doctor Frederick Suppe, filósofo en Ciencias de Enfermería y la Doctora Pugh, con grandes avances en el tema de la fatiga. Esta colectividad, dió origen a una de las pocas teorías MULTIDIMENSIONALES; que permitió evaluar la presencia de múltiples síntomas interactuantes, reconocidos por ser multiplicativos; por tanto se interpreta que el hecho de intervenir un síntoma, se aporta de otro lado a manejar la expresión de otros síntomas<sup>271</sup>.

La contribución importante que realizó Elizabeth Lenz, para la reinterpretación de este modelo teórico, le permitió, ser la protagonista de la Teoría de los Síntomas Desagradables; la cual para el año 1997 y hasta el presente, se permite evaluar e interpretar cuatro síntomas: Disnea, fatiga, dolor y nauseas. Este constructo permitió

---

<sup>269</sup> *Ibíd.*, p. 39.

<sup>270</sup> PETERSON, Sandra J. et al. *Op. cit.*, p. 49.

<sup>271</sup> *Ibíd.*, p. 82-83.



desde entonces ayudar a los pacientes a entender todos los síntomas, cómo interpretarlos y manejarlos; lo cual favoreció el avance en la práctica de enfermería.

La enfermedad coronaria, empieza su expresión con la manifestación de dolor precordial, pero con los avances científicos tanto estudios de investigación médica como de enfermería han establecido, que la mujer tiene una situación fisiológica diferente al hombre, en razón a su condición hormonal entre otros. Ella expresa la sintomatología coronaria de forma diferente y el dolor precordial no es un síntoma común en estos casos; por esta razón, sus síntomas están clasificados como “atípicos en comparación con el hombre”; entre ellos cabe destacar: mareo, fatiga, cansancio y dolor de cabeza<sup>272</sup>  
<sup>273</sup>.

Bajo estos conceptos, la Universidad Nacional de Colombia, comprometida con la sociedad colombiana, sensible a los problemas de salud pública y frente a la cotidiana realidad de “la epidemia coronaria”, ha enfilado baterías, hacia la investigación del fenómeno: “síntomas en la mujer con enfermedad coronaria”, puesto que es conocedora de la problemática social y de salud colombiana; recordando que el Ministerio de la Protección Social, según el Informe de los indicadores de Salud, 2007; mostró que la enfermedad isquémica cardíaca, es la principal causa de muerte tanto en hombres como en mujeres mayores de 45 años o más y que la tasa se aumentaba más de seis veces la tasa anterior, la mortalidad a partir de los 65 años.

La Teoría de los Síntomas Desagradables define el síntoma como: “...una experiencia multidimensional, que puede medirse separadamente o en combinación con otros síntomas. Existen similitudes entre los síntomas que permiten establecer relaciones recíprocas con factores comunes que influyen en su aparición y desarrollo”<sup>274</sup>.

Por ser una Teoría de Rango Medio permite que sus conceptos puedan ser aplicados a la práctica. Tiene en cuenta múltiples aspectos que pueden intervenir en la experiencia del síntoma desde los factores fisiológicos, psicológicos y situacionales que pudieran afectar la expresión del síntoma. La aplicación de ésta teoría es particularmente útil para evaluar los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria, posibilita entender sus dimensiones; como también, conocer las características que son propias a cada individuo<sup>275</sup>.

## 2.5.1 Conceptos Mayores.

**2.5.1.1 Primer Concepto: Síntomas.** La palabra síntoma se deriva del latín “Synthoma” que difiere de la palabra signo, referido este último como las alteraciones que pueden ser comprobadas por los sentidos del observador y que se podrían medir; mientras que el

---

<sup>272</sup> CORTÈS, Op cit., p. 2.

<sup>273</sup> RINCÓN OSORIO, Fanny et al. La mujer con enfermedad coronaria. Op. cit., p. 134.

<sup>274</sup> AMAYA, R. Pilar y CÉSPEDES, Viviana Marycel. Op. cit., p. 136.

<sup>275</sup> ACHURY SALDAÑA, Diana Marcela. Dolor: la verdadera realidad. Op. cit., p. 148.

concepto de síntoma representa los cambios percibidos por las personas respecto a la funcionalidad de sus partes u órganos afectados<sup>276</sup>.

Lenz y colaboradores definen “Síntoma” como un indicador de percepción de cambio en el funcionamiento normal experimentado por los pacientes, la conceptualización de cada síntoma puede ser una experiencia multidimensional que puede ser medida separada o en combinación con otros síntomas; es un tema complejo dada la subjetividad que reviste su naturaleza.

La aparición de los síntomas, se determinan por la presencia de los conceptos que los conforman y estas dimensiones comunes se refieren a calidad, intensidad o fuerza del síntoma, tiempo relacionado con la duración y frecuencia. La percepción de angustia es considerada un aspecto separado. A este respecto, distrés o nivel de angustia percibido, es la presión aplicada en la producción o restricción de la actividad física o mental, es el sufrimiento o la cantidad de malestar que causa la sensación<sup>277</sup>. Los síntomas son múltiples, más que ejercer un papel sumativo, su rol es multiplicativo, el significado del síntoma puede ser entre otros positivo o negativo; su significado situacional (presencia del evento y sensación de capacidad de manejarlo, incapacidad limitación de algún tipo de actividad) y el significado existencial (se refiere a la representación de su lugar en el mundo).

Entender la subjetividad del significado del síntoma, nos sitúa en la realidad de las complejidades humanas, sitio donde la medicina tal vez de forma equivocada centrada en el entendimiento del cuerpo enfermo, ciega su visión al hombre y su conexión del hombre con el entorno<sup>278</sup>, son afirmaciones que cobran sentido desde la profunda reflexión de Morales, quién de forma original se refiere al cuerpo social así:

*“El síntoma es una pantalla, el cuerpo un camino para hacer oír una carencia de ser que roe la relación con el mundo... No hay una objetividad del dolor, hay una subjetividad que concierne a la entera existencia del ser humano, sobre todo a su relación con el inconsciente tal y como se ha constituido en el transcurso de la historia personal, las raíces sociales y culturales, una subjetividad también vinculada con la naturaleza de las relaciones entre el dolorido y quienes lo rodean...”<sup>279</sup>.*

Desde una postura cognitiva, el significado que las personas le den a su síntoma o sensación física, puede ocasionar grandes implicaciones para la salud psicológica, física y calidad de vida de la persona; por ende esto puede influir grandemente en la percepción del síntoma, independiente del grado de frecuencia o angustia que se asocie

---

<sup>276</sup> ARMSTRONG, Terry S. Symptoms Experience: A Concept Analysis. *In:* Oncology nursing forum. Houston, United States of North America, 2003, vol. 30 no. 4, p. 601-606.

<sup>277</sup> ARMSTRONG, Terry S. Op. cit., p. 602.

<sup>278</sup> MORALES, Cristina. La experiencia sociocultural del dolor: entre lo orgánico y lo psicológico [Ensayo]. *En:* BLOG: Antropología Arte y Transformación. Junio 15, 2011. 7 p. [Consultado junio 7, 2011]. Disponible en Internet: <http://antropoart.wordpress.com/2011/06/15/la-experiencia-sociocultural-del-dolor-entre-lo-organico-y-lo-psicologico/>

<sup>279</sup> *Ibíd.*, p. 4.

con el síntoma<sup>280</sup>. Los antecedentes que afectan la experiencia del síntoma, para Armstrong entre otros son la edad, género, estado civil, etnia, cultura, rol, educación, características de la enfermedad (tipo y estado), tipo de tratamiento dispensado, tipo de cuidados, factores individuales como el conocimiento de salud, valores y experiencias pasadas<sup>281</sup>.

La Teoría de Lenz y colaboradores, es un constructo práctico y multidimensional, para hacer un nuevo enfoque de valoración clínica de la mujer con síntomas coronarios, puesto que permite encadenar diversas categorías de síntomas denominados Clústers, que son manifestaciones comunes a las personas con enfermedad coronaria como lo son: Dolor, disnea, náuseas y fatiga. Estos síntomas pueden ser asumidos de forma aislada o separada, pero en realidad cada uno está relacionado con otro síntoma<sup>282</sup>; lo cual permite de manera más objetiva, entender sus repercusiones para la salud en la mujer e identificar las problemáticas focales a resolver en la práctica profesional y disciplinar.

Los síntomas Clústers son de naturaleza multiplicativa, pueden actuar como catalizadores para la ocurrencia de otros síntomas pero el significado del síntoma desde lo situacional y existencial son conceptos poco conocidos, que se complejizan con el significado individual que representan los síntomas para cada una de las personas<sup>283</sup>.

Kim et al., en Barsevik, define los síntomas clústers como “Un grupo estable de dos o más síntomas concurrentes que están relacionados unos a otros y son independientes de otros síntomas clústers... estos síntomas pueden compartir o no la misma etiología”<sup>284</sup>; cabe señalar que existe evidencia de una variada superposición de estos síntomas, lo cual indica una relación entre o dentro de los síntomas relacionados. Además, pocos estudios han indagado sobre los resultados de los síntomas clústers, como también, hay poca evidencia de la concurrencia de una vía común biológica para este tipo de síntomas; lo que sí en realidad es importante, son las implicaciones de los clústers en la práctica de enfermería, puesto que permite elevar las consideraciones necesarias para valorar, y abordar en forma integral el efecto de síntomas comunes tales como la fatiga, el insomnio, el dolor y la depresión, como potenciales “SINTOMAS CENTINELAS” que pueden afectar de una u otra manera los resultados en las personas enfermas<sup>285</sup>.

Estos nuevos conceptos son de vital importancia dentro del cuidado a las personas con enfermedades cardiovasculares, dado por la necesidad de explorar el contenido objetivo (biomarcadores, signos asociados) y subjetivo (percepción de la persona) de los síntomas clústers, puesto que estas reflexiones conducen indefectiblemente a evaluar la contribución de los factores biocomportamentales y a su entendimiento para elevar la

---

<sup>280</sup> *Ibíd.* p. 603.

<sup>281</sup> MORALES, Cristina. *Op. cit.*, p. 604.

<sup>282</sup> LENZ, Elizabeth et al. *Op. cit.*, p. 16.

<sup>283</sup> *Ibíd.* p. 601.

<sup>284</sup> BARSEVICK, Andrea M. The Concept of Symptom Cluster. *In: Seminars in Oncology Nursing*. Philadelphia USA May, 2007, vol. 23 no. 2, p. 89-98.

<sup>285</sup> *Ibíd.*, p. 96.

calidad del cuidado; postura de igual forma expuesta por Lenz, cuando propone evaluar en su tercer concepto, consecuencias de los síntomas no solo en lo funcional sino desde lo cognitivo. Tal vez una reflexión más profunda sobre el tema deba hacerse, puesto que al igual como lo afirma Barsevik, estos síntomas deberían ser evaluados y manejados de manera prioritaria, puesto que su identificación temprana, la detección del síntoma centinela, puede proveer nuevas propuestas de intervención y de esta forma, minimizar el impacto de los síntomas en los resultados en salud<sup>286</sup>, lo anterior se constituye en una gran reflexión y contribución frente al cuadro multisintomático de la enfermedad coronaria.

Es preocupante ver en la actualidad los estudios sobre la valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad isquémica coronaria, ya que han carecido de una visión diferenciadora de género y de características multidimensionales; sus indagaciones se han regido en su mayoría por el tradicional modelo biomédico centrado en el aspecto meramente fisiológico, donde el signo es ponderado de manera categórica sobre el síntoma y aportando de esta forma al silenciamiento de las voces femeninas que hablan por medio de sus particulares síntomas. No obstante y dado los altos índices de morbimortalidad de la mujer con cardiopatía isquémica, es pertinente que se realicen ajustes en la valoración clínica, que favorezcan la obtención de mayor información conducente a lograr mayores grados de interpretación de sus respuestas fisiológicas, cognitivas y emocionales durante la presencia de los síntomas anginosos.

**2.5.1.1.1 Dimensiones de los síntomas.** Cada síntoma es conceptualizado según Lenz y colaboradores, como una experiencia multidimensional, que puede ser medida separadamente o en combinación con otros síntomas; aunque algunos difieren de otros, varias dimensiones son comunes a ellos y a poblaciones clínicas específicas a saber:

**-Medida de tiempo (Timing).** Se refiere a la prolongación o duración en el tiempo de la experiencia del síntoma, esta característica puede incluir el grupo de síntomas o describir la cronología o secuencias de cada síntoma aislado; Incluye no solo la frecuencia o periodicidad de aparición de los síntomas, los cuales pueden ser expresiones intermitentes, persistentes o permanentes (crónicos). Aquí se tiene en cuenta la asociación de los síntomas con actividades específicas (náuseas e intolerancia a los alimentos).

**-Calidad (Quality).** Relacionado con la naturaleza del síntoma y su manifestación, la calidad es principalmente reflejada por el vocabulario usado para describir el cómo se siente al tener el síntoma<sup>287</sup>. Son las características reflejadas de cada síntoma, que en ocasiones tienen aspectos únicos y específicos. Los descriptores de cada síntoma incluyen su localización y el grado de respuesta ante ciertas intervenciones. La descripción de la calidad de los síntomas depende de la habilidad de la persona para diferenciar, describir y verbalizar lo que él o ella están experimentando, conceptos estrechamente ligados a las características de la persona referente al nivel educativo, habilidades comunicativas y a desordenes perceptuales que pueden afectar aspectos

---

<sup>286</sup> BARSEVICK, Andrea M. The concept of Symptoms Clúster. Op. cit., p. 97.

<sup>287</sup> LENZ, Elizabeth et al. Op. cit., p. 17.

centrales de la experiencia del síntoma<sup>288</sup>; por tanto, en esta dimensión se encuentra la mayor variabilidad individual y en el grupo de mujeres las mayores limitaciones.

**-Intensidad (Intensity).** Relativo al grado, fuerza o la severidad del síntoma; es la característica del síntoma medido de forma rutinaria, por medio del uso de las escalas análoga visual o numérica del dolor. Según Lenz es la dimensión del síntoma más orientador en la evaluación y la investigación. Pero la evidencia del estudio de Escobar<sup>289</sup> demuestra la problemática de la valoración de esta dimensión, ya que la mujer no logra precisar de manera específica el dolor, tiene la tendencia a minimizar los síntomas, describe el dolor de forma imprecisa y variada, limitando la interpretación y llevando a errores al personal de salud. En este mismo sentido Rincón, describe que las mujeres juzgan los síntomas como “insignificantes”, le atribuyen causas benignas, ni siquiera una experiencia previa asegura que ellas respondan al dolor y por ende esto incide en la evaluación adecuada<sup>290</sup>.

**-Angustia (Distrés).** Se refiere al grado de afectación emocional o afectiva que sufre la persona temporalmente por el síntoma, el cual condiciona el afrontamiento que esta hace frente a la representación del síntoma. Este puede ser severo, incapacitante y en algunos otros individuos puede producir molestias menores o leves, lo cual permite no solo valorar el nivel de afectación individual como también el significado que estos le dan a los síntomas. Es la dimensión que más contribuye al concepto de calidad de vida y está en íntima relación con la dimensión afectiva del dolor<sup>291</sup>. Es importante considerar en la persona con cardiopatía isquémica, diversas implicaciones:

- Nocicepción: determinada por el daño tisular miocárdico, derivado de la hipoperfusión tisular del territorio coronario y tejido circundante.
- Percepción del dolor: Desencadenado por el grado de obstrucción parcial o total del flujo coronario y umbral personal de dolor.
- Sufrimiento: Es un fenómeno complejo, reflejo del malestar físico que involucra elementos emocionales, psíquicos y sociales, son una respuesta negativa inducida por el dolor que inducen sensación de carencia de bienestar e infelicidad.
- Conducta dolorosa: Es expresión correspondiente a la percepción de dolor y los grados de aflicción, sufrimiento e incertidumbre asociados a la experiencia dolorosa atribuible al daño del miocardio.

**2.5.1.2 Segundo Concepto. Los factores influyentes que afectan la naturaleza del síntoma.** Referido a los factores físicos, psicológicos y situacionales.

---

<sup>288</sup> *Ibíd.*, p.17.

<sup>289</sup> ESCOBAR PEREZ Jazmine y CUERVO MARTINEZ Ángela. *Op. cit.*, p. 205.

<sup>290</sup> RINCON OSORIO, Fanny. *Op. cit.*, p.136.

<sup>291</sup> LENZ, Elizabeth et al. *Op. cit.*, p. 18.

**Análisis de los factores fisiológicos.** Allí se incluyen el balance nutricional y el comportamiento fisiológico o patológico del cuerpo. Para el análisis del funcionamiento de los sistemas corporales, se incluyen indicadores de severidad de la enfermedad, comorbilidad, factores de riesgo cardiovasculares, episodios previos, entre otros. Por tanto es muy importante considerar en la mujer las variables anatómicas y fisiológicas que pueden condicionar no solo el proceso de la enfermedad como su manifestación clínica:

- *El corazón de la mujer es más pequeño, tiene mayor acortamiento sistólico y menor tamaño ventricular, llenado diastólico a más baja presión y mayor compliance ventricular y arterial hasta los 50 años.*
- *Las arterias coronarias son de menor calibre y más tortuosas.*
- *Mayor frecuencia de puentes musculares y disfunción endotelial.*
- *Disminución de la compliance arterial después de los 50 años por ende mayor riesgo cardiovascular.*
- *Los estrógenos aumentan la liberación del péptido natriurético atrial (efecto antihipertrófico e inhibición de la enzima convertidora de angiotensina IECA). El advenimiento de la menopausia genera un efecto contrario, con mayor expresión simpática, lo cual eleva el riesgo cardiovascular y por ende mayor mortalidad en el género femenino<sup>292</sup>.*

“Los síntomas denominados atípicos coronarios” que se han encontrado en la mujer y que describen los síntomas agudos característicos del cuadro clínico de isquemia cardiaca son dolor de cabeza, pérdida del apetito y náuseas<sup>293</sup>. En suma, el estudio de Amaya y Rey reportó que los síntomas típicos del síndrome coronario agudo en mujeres con enfermedad coronaria, como lo son el dolor retroesternal opresivo, irradiado a ambos brazos, cuello y/o mandíbula, se encuentran ausentes en la gran mayoría de mujeres. De forma contraria, síntomas considerados no representativos de la enfermedad coronaria sí se encuentran de manera frecuentes en la mujer, a saber cefalea, pérdida del apetito y náuseas<sup>294</sup>.

**Análisis de los factores psicológicos.** Incluye el grado de conocimiento del síntoma y su significado, la respuesta al estrés, el soporte social y las relaciones afectivas, las emociones, la valoración del estado mental, la reacción afectiva frente a la enfermedad y grado de incertidumbre. Teniendo en cuenta algunos estudios realizados por el grupo de investigación Cuidado para la Salud Cardiorrespiratoria de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, se encontró en diferentes ciudades de Colombia “subvaloración del dolor”, documentada por la utilización de diminutivos o adjetivos que desestiman la sensación (excepto en la Costa Atlántica), también se relaciona la presencia de tensión psicológica; además los comportamientos se modelan en relación con lo que saben y lo que les han dicho de la enfermedad<sup>295</sup>.

---

<sup>292</sup> RINCON OSORIO, Fanny. Op. cit., p. 135.

<sup>293</sup> AMAYA, R. Pilar y CÉSPEDES, Viviana Marycel. Op. cit., p. 156.

<sup>294</sup> *Ibíd.*, p. 156.

<sup>295</sup> ACHURY SALDAÑA, Diana Marcela. Dolor: la verdadera realidad. Op. cit., p. 148.

**Análisis de los factores situacionales:** Tiene en cuenta los indicadores de percepción o cambios en el normal funcionamiento que experimentan las personas. Un indicador predominante es el sentimiento de amenaza a la vida y salud. Incluye la influencia del ambiente social, físico, el apoyo social y físico, el acceso al sistema de salud, el estado y composición familiar, las respuestas a la temperatura ambiental, la humedad y calidad del aire; además la consecuencia funcional, la calidad de vida y muy importante la actividad cognitiva. Este factor está relacionado entre otros con la actividad laboral y física al momento de la presentación del síntoma.

Estos factores se interrelacionan entre sí, generando unas condiciones de reciprocidad que pueden complicar tanto la valoración y el abordaje de la paciente, generando complicaciones hemodinámicas, psicológicas, metabólicas y emocionales inmediatas y durante el desenlace de la enfermedad:

- Relacionados con la propia enfermedad (enfermedad coronaria) y con el desconocimiento de su afección.
- Relacionados con los sentimientos de culpa, causa desencadenante o por el comportamiento hacia la enfermedad (bajo autocuidado, ira, depresión, etc.).
- Relacionados con la pérdida o alteración del rol social y familiar, aislamiento, aflicción familiar y bajo apoyo social.
- Relacionado con las técnicas necesarias para el abordaje: monitoreo de variables hemodinámicas, electrocardiografía, efectos de los medicamentos cardiovasculares (aplicación de fibrinolíticos, anticoagulantes, etc).
- Relacionado con los cuidados directos. Personal hospitalario desconocido para la persona, lenguaje predominantemente técnico, contexto hospitalario desconocido y sentimientos de temor, miedo e incertidumbre.
- Relacionado con la inmovilidad y reposo: en promedio 48 a 72 horas, limitación para las actividades básicas cotidianas y contacto familiar.

**2.5.1.3 Tercer concepto. Consecuencia del síntoma.** Se refiere al rendimiento funcional y a las actividades cognitivas que son el resultado o efecto de la experiencia del síntoma. Este tercer constructo de la teoría, tiene en cuenta lo que hace el individuo cuando se enfrenta al síntoma (toma de decisiones), lo pone en la disyuntiva: “hacer algo o no hacer nada”, además permite generar ideas para hacer frente al síntoma. Frente a lo funcional se incluyen la actividad física, las actividades de la vida diaria, las actividades de interacción y las sociales. Los resultados en el rol incluyen el trabajo y el desarrollo de otras tareas. Finalmente frente al tema de lo cognitivo, se incluyen aspectos como concentración, pensamiento y la resolución de conflictos<sup>296</sup>. Por tanto las relaciones entre estos factores asociados al grupo de síntomas son recíprocas, así que las relaciones de efecto o resultado de los síntomas tienen una retroalimentación o feedback y en la medida que estos factores se expresen e incidan en la manifestación de los síntomas, las consecuencias también serán proporcionales a la experiencia vivida.

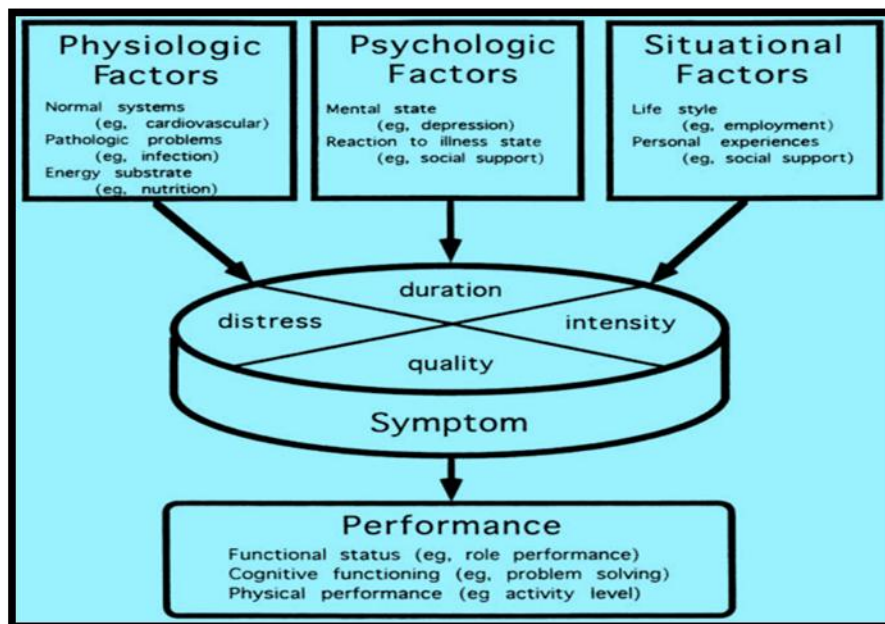
---

<sup>296</sup> LENZ, Elizabeth et al. Op. cit., p. 19.

## 2.5.2 Evolución de la Teoría de los Síntomas Desagradables TOUS.

La Teoría de los Síntomas Desagradables o TOUS Theory of Unpleasant Symptoms, es denominada una Teoría de nivel medio-alto, por su nivel de abstracción, la cual se desarrolló para ser aplicada y usada mayormente por enfermería. El concepto original aparece según Andre y Giff<sup>297</sup>, en el libro Middle Range Theories, en el año 1995 por los doctores Giff y Pugh quienes solo se enfatizaron en dos síntomas: Disnea y Fatiga, con una VISIÓN UNIDIMENSIONAL LINEAL aplicada a pacientes con Enfermedad Pulmonar Crónica, ver Figura 2.

Figura 2. Esquema linear de la TOUS, 1995.



**Fuente:** Tomado de: Lenz, ER, Suppe F, Giff AG, Pugh LC, Milligan RA. Collaborative development of middle-range nursing theories: toward a Theory of Unpleasant Symptoms. Advanced Nursing Practice. USA, 1995; Vol.17 Issue 3 P. 1-13.

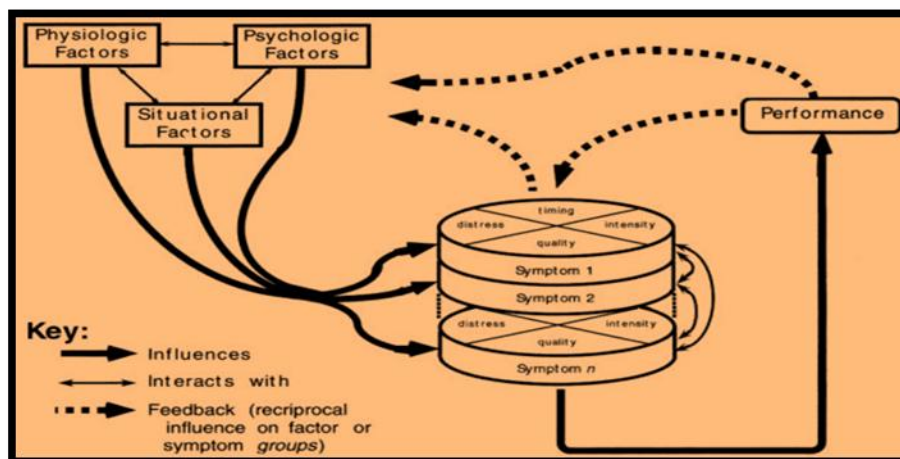
En el año 1997, estos teoristas hicieron un esfuerzo colaborativo donde se unen a la Doctora Elizabeth Lenz, experta en el desarrollo teórico e investigativo del paciente con dolor torácico, el Doctor Suppe filósofo en Ciencias de Enfermería y la Doctora Pugh, con grandes avances en el tema de la fatiga. Esta colectividad, dió origen a una de las pocas teorías multisintomáticas; donde los "Síntomas Clústers interactuantes" son reconocidos por ser multiplicativos más que aditivos; lo cual posibilita entender que el manejo de un síntoma, podría contribuir a manejar la expresión de otros, representando

<sup>297</sup> PETERSON, Sandra J. et al. Op. cit., p. 80.



un importante avance para la práctica de enfermería<sup>298</sup> (ver Figura 3, modelo interactivo de la TOUS).

Figura 3. Versión 1997, modelo interactivo multidimensional de la TOUS



**Fuente:** Tomado de: LENZ Elizabeth et al. The Middle-Range Theory of Unpleasant Symptoms: An Update. *In: Advances in Nursing Science*. Aspen Publishers Inc. Vol. 19 Issue 3, March 1997. P. 14-27.

Los síntomas clústers, son síntomas agrupados que están relacionados con otros. Están conformados por un grupo estable de síntomas, relativamente independientes de otros clústers, pudiendo revelar de forma subyacente las dimensiones específicas de los síntomas; son ejemplos, la asociación de fatiga y dolor, fatiga y debilidad, síntomas predominantes en personas con diversos tipos de cáncer<sup>299</sup>. Para Esper y Heidrich, estos síntomas son tres o más síntomas que están asociados, pueden variar en su intensidad y además, no todos tienen la misma etiología; cuando se planea el manejo del síntoma, las intervenciones específicas que sirven para controlar más de un síntoma son preferibles, estas son medidas costo-efectivas, mejoran la calidad de vida de las personas y en especial son menos tóxicas<sup>300 301 302</sup>.

<sup>298</sup> *Ibíd.*, p. 82-83.

<sup>299</sup> MIASKOWSKY, Christine and AOUIZERAT, Bradley. Is there a Biological Basis for the Clustering of Symptoms? *In: Seminars in Oncology Nursing*. May, 2007, vol. 23 no. 2, p. 99-105.

<sup>300</sup> ESPER, Peg and HEIDRICH, Debra. Symptom clusters in advanced illness. *In: Seminars in oncology nursing*. February, 2005, vol. 21 no. 1, p. 20-28.

<sup>301</sup> BARSEVICK, Andrea et al. Symptoms clusters research: conceptual design, measurement, and analysis issues. *In: Journal of pain and symptoms management*. January, 2006, vol. 32 no. 1, p. 85-93.

<sup>302</sup> BARSEVICK, Andrea M. The concept of Symptoms Clúster. *Op. cit.*, p. 90.

En el esquema actualizado de la Teoría de los Síntomas Desagradables, cada síntoma DOLOR, DISNEA, FATIGA O NÁUSEAS, es considerado una experiencia multidimensional, que puede ser susceptible de ser medida de forma separada o en combinación de otros. Algunas dimensiones son comunes a otros síntomas y a poblaciones clínicas, por decir INTENSIDAD (fuerza o severidad), TIEMPO (Duración y frecuencia de la ocurrencia), NIVEL DE ANGUSTIA PERCIBIDO (Grados de disconfort o molestia). La calidad es usada para distinguir entre varias causas patológicas o indicar la seriedad de un problema que pueda requerir formulación médica y ser diagnosticada por enfermería. Este atributo tiende a ser específico para cada síntoma<sup>303</sup>.

### **2.5.3 Importancia de la Teoría de Rango Medio para la práctica y la investigación en la disciplina de enfermería.**

¿Es útil la Teoría de Mediano Rango para el diseño y creación de indicadores empíricos propios de Enfermería? Este cuestionamiento pretende demostrar la importancia de estas teorías en el terreno de la práctica y dar sustento teórico del por qué se escogió como constructo orientador para el diseño psicométrico del instrumento de Valoración de la Mujer con Enfermedad Coronaria: **WSCDI**.

Para iniciar es importante reconocer que la ciencia de enfermería, desde la estructura del conocimiento empírico contemporáneo posee diversos grados de abstracción, llamados por Fawcett “estructura HOLARQUICA” donde se establecen las relaciones entre los diversos componentes del cuerpo de conocimiento de enfermería<sup>304</sup>. Los componentes se estructuran desde el nivel más abstracto al más concreto siguiendo así el orden como metaparadigma, filosofía, paradigma, modelo conceptual y teorías en sus distintos niveles de abstracción.

Para Meleis, la teoría es una organización coherente y articulación sistemática de un grupo de declaraciones relacionadas con cuestionamientos significativos en una disciplina, son una representación simbólica de aspectos de la realidad que son descubiertos o inventados para describir, explicar, predecir o prescribir respuestas, eventos o situaciones condiciones o relaciones<sup>305</sup>. A si mismo, considera que “la Teoría de Enfermería es una conceptualización de algunos aspectos de la realidad de enfermería comunicada con el propósito de describir fenómenos, explicar relaciones entre fenómenos, predecir consecuencias o prescribir cuidados de enfermería”<sup>306</sup>.

Las Teorías de Enfermería también tienen una categorización desde lo abstracto, hasta lo más concreto. En este orden los modelos conceptuales son los constructos más complejos, las teorías prácticas o microteorías (denominadas por Meleis como teorías de

---

<sup>303</sup> LENZ, Elizabeth et al. Op. cit., p. 14-27.

<sup>304</sup> PETERSON, Sandra J. et al. Op. cit., p. 100.

<sup>305</sup> MELNYK, Bernadette Mazurek and FINEOUT OVERHOLT, Ellen. Evidence based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice. 2th. Ed. Philadelphia. United States of North America:Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams and Wilkins. 2011, 585 p.

<sup>306</sup> *Ibíd.*, p. 37.

situaciones específicas)<sup>307</sup> los niveles de mayor concreción; pero en la mitad, se pueden ubicar las Teorías de mediano rango, con un nivel lógico medio de abstracción<sup>308</sup>, no significando esto que una teoría de mayor abstracción sea mejor o más importante que una microteoría.

Esta investigación consideró importante argumentar el valor que poseen las Teorías de Rango Medio para esclarecer el fenómeno de interés. Para lo cual se fundamentaron las discusiones en los conceptos de grandes escritores, teoristas y críticos de enfermería.

Al respecto, las Teorías de Enfermería de Mediano TRM son consideradas de un alcance más limitado, son menos abstractas y se orientan a fenómenos o conceptos más específicos de la práctica; estos constructos permiten dar respuestas concretas, se operacionalizan de forma más rápida, aportan reflexiones sobre los fenómenos de interés práctico en enfermería, para así comprender la información sobre la situación de grupos poblacionales, su ubicación en el área práctica y proponer las intervenciones de enfermería para los casos particulares<sup>309</sup> <sup>310</sup>. Para Fawcett y Garity las Teorías de Mediano Nivel guían la investigación, dándole un enfoque para las metas específicas de la misma y es tan importante su existencia que se considera: “la generación o comprobación de la TMR la razón para investigar”<sup>311</sup>.

Las Teorías de Mediano Rango fueron definidas por su inventor, el sociólogo Merton en el año 1968. Según Melléis, se enfocan en fenómenos más específicos, Fawcett, afirma que tienen un limitado número de conceptos y proposiciones, por ello son más operativas y tienen mayor facilidad de ser probadas, esta última es la argumentación de Walker and Avant; que ofrecen mayor capacidad para el trabajo empírico según Meléis y además poseen una limitada visión de la realidad según Smith and Liehr<sup>312</sup>, necesarias para su aplicación en el marco clínico concreto y práctico, favoreciendo el entendimiento rápido de diversos procesos de salud que afectan a las personas<sup>313</sup>.

Cuando se comparan Modelos Conceptuales contra Teorías se encuentra que se han usado estos términos de manera indiscriminada e intercambiable como palabras sinónimas, generando así no solo un problema de semántica, sino que ha contribuido al bajo progreso y desarrollo superficial de la teoría de enfermería conducente casi exclusivamente a focalizar la atención en el método y en el proceso, más que en el contenido y las consecuencias. Esto ha implicado que en lugar de progresar y en mejorar la calidad del cuidado a las personas, se desgaste el sistema en debatir y

---

<sup>307</sup> *Ibíd.*, p. 42.

<sup>308</sup> *Ibíd.*, p. 6.

<sup>309</sup> MARRINER TOMEY, Ann y ALLIGOOD RAYLE, Martha. Modelos y Teorías de Enfermería. 6a. ed. Madrid, España: Elsevier Mosby. 2008, 850 p.

<sup>310</sup> MELNYK, Bernadette Mazurek and FINEOUT OVERHOLT, Ellen. Op. cit., p. 43.

<sup>311</sup> FAWCETT, Jacqueline and GARITY, Joan. Evaluating research for evidence-based nursing practice. Capítulo 6º. USA: Editorial FA Davis. 2009, p.73-88 Traducción de Juan David Cárdenas 2010.

<sup>312</sup> MELNYK, Bernadette Mazurek and FINEOUT OVERHOLT, Ellen. Op. cit., p. 213.

<sup>313</sup> ACHURY SALDAÑA, Diana Marcela. Síntomas de falla cardíaca desde una teoría de mediano rango. *En*: Investigación en Enfermería. Bogotá Colombia, enero-diciembre 2006, Año 9 vol.8 no. 1 y 2, p. 42-49.

defender la metodología para el desarrollo de la teoría de enfermería<sup>314</sup>. Por lo tanto, Enfermería necesita teorías que describan y expliquen fenómenos significativos para el acto de cuidar, que prescriban estrategias efectivas de cuidado y puedan predecir los resultados<sup>315</sup>. En este sentido la profesora Durán de Villalobos precisa que los Modelos Conceptuales generan una perspectiva para la práctica, y esto es importante, porque es verdaderamente un problema, además resalta que los Modelos conceptuales son sustantivos para las acciones de enfermería, son descriptivos<sup>316</sup>. Las TMR son sencillas, se acercan a los fenómenos de la práctica clínica, expresan un lenguaje de inmediatez, se concentran en fenómenos concretos de la práctica de enfermería y tienen mayor utilidad práctica, favoreciendo el desarrollo del nivel empírico<sup>317</sup>.

¿No es este un legítimo argumento para favorecer el desarrollo y aplicación de las Teorías de Rango Medio y el diseño de instrumentos útiles en la práctica de enfermería?

## 2.6 Teoría psicosocial

La discusión sobre el uso de la teoría psicosocial como parte de los apoyos del marco teórico de la investigación, se justifican cuando el investigador encuentra que las indagaciones sobre los síntomas en la mujer tienen una representación bastante importante desde el componente social y psicológico que es el responsable en mucho de la vulnerabilidad cardiovascular en la mujer no solo de Colombia sino del mundo. Por lo tanto, para darle mayor multidimensionalidad al diseño del instrumento, se reconoce que la Teoría de Lenz y cols., no es suficiente para permitir indagar estos aspectos de las realidades de la mujer tan presentes y tan importantes en el concepto de salud cardiovascular.

A manera de introducción y teniendo como marco de referencia las evidencias que sustentan el área problema, se hace necesario para esta investigación, ligar a la expresión sintomática en la mujer con enfermedad coronaria, aquellas emociones que tienen como dimensión el área psicosocial, como son: el estrés o estrés negativo, la ansiedad, la depresión y el complejo ira/hostilidad. En adelante se proveerá el sustento necesario que permita el entendimiento del por qué se decide esta articulación; de esta forma singular se logra reunir por medio de la psicometría a dos orientaciones disciplinares estrechamente relacionadas como lo son la Teoría de enfermería, centro de las indagaciones psicométricas: “Teoría de los Síntomas Desagradables” y bajo la óptica de la llamada “Psicología de la Enfermedad”, la “Teoría Transaccional de la Cognición sobre la emoción y la conducta Concreta” de la Teoría de Richard Lazarus y Folkman<sup>318</sup>.

---

<sup>314</sup> *Ibid.*, p.158.

<sup>315</sup> ACHURY SALDAÑA, Diana Marcela. Síntomas de falla cardíaca desde una teoría de mediano rango. *Op. cit.*, p. 159.

<sup>316</sup> DURAN DE VILLALOBOS, María Mercedes. La teoría, soporte de la ciencia y práctica de enfermería: tendencias. *En: Revista avances en enfermería*. 2012, vol. 30 no. 1, p. 9-12.

<sup>317</sup> *Ibid.*, p. 11.

<sup>318</sup> JOYCE MONIZ, Luis y BARROS, Luisa. *Psicología de la Enfermedad para cuidados de la salud: Desarrollo e intervenciones*. México: editorial el manual moderno. 2007, 416 p.

Desde ésta nueva construcción se apunta no a la enfermedad, sino directamente a la persona enferma, de tal forma que se puedan entender sus síntomas e indirectamente conocer el significado de su sufrimiento, que a diferencia de la psicología de la salud, apunta más a la prevención de la enfermedad. Los procesos nosológicos, son para las ciencias de la salud, objeto de reflexión e intervención; por ello, los puntos focales se centran en el conocimiento de la realidad de la enfermedad, la adhesión al tratamiento, el enfrentamiento de los síntomas y la vivencia de la enfermedad<sup>319</sup>.

Frente a la mujer con enfermedad coronaria, las evidencias ponen de manifiesto, el siguiente resumen de eventos relacionados con los cuatro puntos anteriores:

- Existe desconocimiento en la mujer de su vulnerabilidad coronaria, considerando que esta enfermedad es de hombres, según lo afirma la doctora Débora Tajer, en su libro: *Heridos Corazones*<sup>320</sup>.

- Frente a la adhesión al tratamiento. El desconocimiento en la mujer de su vulnerabilidad se une a otro factor importante que aumenta su exposición a esta enfermedad y es lo referente a la actitud de los profesionales de la salud frente a la mujer con enfermedad coronaria; se demuestra en las evidencias que a la mujer se aplican pocos métodos de diagnóstico y existe aplicación limitada de elementos terapéuticos, esto respaldado en los estudios de muerte intra y prehospitalaria<sup>321 322 323 324 325 326</sup>.

Contrario a lo anterior, existen nuevas evidencias, en pocos países como España, donde esta realidad pareciera estar cambiando, allí se demuestra que la enfermedad coronaria se ha ido reduciendo, tal vez con el advenimiento de la tecnología y la educación en estilos de vida saludables<sup>327</sup>.

- El enfrentamiento a los síntomas es problemático también, dado que muchas mujeres no logran reconocer los síntomas específicos en su género de la enfermedad cardiovascular<sup>328</sup>, sumado a lo anterior, existe carencia de conocimientos actualizados en los profesionales del área de la salud, sobre cuáles son las expresiones típicas en la

---

<sup>319</sup> JOYCE-MONIZ Luis y BARROS Luisa. Op. cit., p. 56.

<sup>320</sup> TAJER, Débora. *Heridos corazones. vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres*. Op., cit. p. 16.

<sup>321</sup> SALA, Joan et al. Impacto de la actitud frente a los síntomas en la mortalidad temprana por infarto de miocardio. *En: Revista española de cardiología*. España, 2005, vol. 58 p. 1396-1402.

<sup>322</sup> ANCHIQUE SANTOS, Claudia Victoria. Op. cit., p. 177.

<sup>323</sup> LEVIT, RD; REYNOLDS, HR. and HOCHMAN, JS. Op. cit., p. 60-61.

<sup>324</sup> CANTO, John, et al. Association of age and sex with myocardial infarction symptom presentation and in-hospital mortality. Op. cit., p. 815.

<sup>325</sup> EL-MENYAR, Ayman and AL SUWAIDI, Jassim. Op. cit., p. 411-412

<sup>326</sup> Physiological and anatomical bases for sex differences in pain and nausea as presenting symptoms of acute coronary syndromes. Op. cit., p. 386.

<sup>327</sup> BORRAS, Xavier. Estudio de la angina estable en España y su impacto en la calidad de vida del paciente. Registro AVANCE. *En: Revista Española de Cardiología*. España, 2012, vol. 65 no. 8, p. 734-741.

<sup>328</sup> EL-MENYAR, Ayman and AL SUWAIDI, Jassim. Op. cit., p. 412.

mujer con enfermedad coronaria, que distan en mucho de los síntomas anginosos en el hombre<sup>329</sup>.

- En relación con la vivencia de la enfermedad, se suma a la problemática relativa que la mujer tenga la mayor responsabilidad cultural de “ser cabeza de hogar” en la mayoría de los países del mundo y que aún sin tener la suficiente competencia física o moral, la mujer asume su rol prioritario del cuidado familiar, descuidando su propio autocuidado<sup>330</sup>.

### 2.6.1 Enfermería y Psicología.

Pocas veces se habla de la relación que tienen dos disciplinas como la enfermería y la psicología de la salud. En realidad son muchos los puntos en común y que a diferencia del pensamiento médico, tiene como núcleo de conexión los siguientes aspectos:

- a. *Ambos conocen las leyes que rigen los procesos psicológicos en la persona sana y enferma.*
- b. *El conocimiento de los principios universales determinantes del comportamiento y de los mecanismos usados para su modificación.*
- c. *El reconocimiento de la importancia de la Teoría de la Comunicación, como base fundamental del intercambio y relación enfermero-paciente.*
- d. *El conocimiento de los aspectos psicosociales que rodean las relaciones personales del entorno social y familiar<sup>331</sup>.*

Para Poletti<sup>332</sup>, no existe una franja reconocida que separe la enfermedad física de los trastornos mentales, por lo tanto se reconoce la importancia del cuidado de enfermería, en su continua y constante atención a la vida psíquica del enfermo, por la necesidad de entender su personalidad y de valorar, registrar e intervenir los cambios que las perturbaciones inducidas por la enfermedad pueden ocasionar en la vida de las personas. En este mismo sentido Polaino-Lorente<sup>333</sup>, destaca que la labor del profesional de enfermería es más continuada que la del médico, a la vez, es mucho más cercana y accesible al enfermo; por lo tanto esta cercanía, puede transformarse en dependencia o rechazo, como también en una actividad responsable y adaptada. Todo depende de la conciencia con la que el profesional de enfermería se enfrente a ella, tal vez en beneficio o perjuicio del comportamiento del enfermo.

*“El profesional de enfermería opera siempre sobre el comportamiento, desde la manera en que conduce su propia conducta. Sin conducta no hay enfermería posible, ni atención, ni*

---

<sup>329</sup> BOLIVAR I. CATALA E. CADENA R. Op. cit., p. 153.

<sup>330</sup> RINCÓN OSORIO, Fanny et al. La mujer con enfermedad coronaria. Op. cit., p. 112.

<sup>331</sup> LA TORRE POSTIGO, José Miguel y BENEIT MEDINA, Pedro José. Psicología de la Salud. Aportaciones para los profesionales de la Salud. Colecciones de Psicología. Buenos Aires Argentina: Editorial Lumen. 1994, 340 p.

<sup>332</sup> *Ibíd.*, p. 24.

<sup>333</sup> *Ibíd.*, p. 24.

*asistencia ni cuidado posible, puesto que la conducta media todas las relaciones y es el punto en torno al que gira la intervención terapéutica, asistencia y profesionalismo de enfermería*<sup>334</sup>.

El sentimiento de vulnerabilidad ante las enfermedades, hace que las personas enfermas se aferren a sus temores pensando que la amenaza es incontrolable, por tanto, no tienen comportamientos positivos y a veces ni asertividad. Esta condición, hace que para el profesional de enfermería, el establecimiento de la relación enfermero paciente, esté ubicada desde una sana reflexión de las posibles actitudes negativas de las personas, pero que no obedecen a malas intenciones, sino más bien, corresponden a la fase defensiva y disociativa frente a la amenaza; respondiendo con un cuidado enmarcado en una comunicación asertiva, persuasiva, humana, dinámica, clara, directa y argumentada<sup>335</sup>.

Un cuidado desprovisto de elementos comunicativos no contribuye a una sana y propositiva experiencia hospitalaria y frente a la persona con afecciones cardiovasculares, se convierten en el bumerang de eventos fisiológicos devastadores que limitan la recuperación de la homeostasis psicofisiológica. Por tanto, una comunicación defectuosa entre la persona enferma y el profesional de enfermería, producen el ensimismamiento del paciente, poca colaboración, aumento del temor y ansiedad ante la enfermedad; convirtiéndose en un factor negativo para su recuperación, demostrando así que este cuidado no está sólidamente respaldado en conocimiento científico, sino meramente en la intuición y esto es lo que puede generar, baja adherencia al régimen indicado<sup>336</sup>.

De otro orden, pensando en las repercusiones de la enfermedad para el ámbito familiar y social, es probable que se desencadenen crisis, las cuales dependen en gran medida de la concepción de las familias sobre la salud-enfermedad y de los recursos que ellos posean para el afrontamiento.

Finalmente frente a un correcto abordaje familiar, como soporte afectivo de la persona enferma, ya sea parental, conyugal o fraternal, se debe reconocer que se puede avanzar de una fase de desorganización, a la fase de recuperación y finalmente a la fase de reorganización, donde el profesional de enfermería por medio del establecimiento de una adecuada relación enfermero-persona enferma-familia, debe generar cambios favorecedores en el aceleramiento de esta última fase<sup>337</sup>.

## 2.6.2 Psicología de la Enfermedad.

Marco que permite aplicar las metodologías clínicas para abordar todas las problemáticas emocionales, racionales e instrumentales ligados al proceso de la enfermedad, allí se apunta directamente a la persona enferma, al significado de sus padecimientos y al

---

<sup>334</sup> LA TORRE POSTIGO, José Miguel y BENEIT MEDINA, Pedro José. Op. cit., p. 24.

<sup>335</sup> LA TORRE POSTIGO, José Miguel y BENEIT MEDINA, Pedro José. Op. cit., p. 44.

<sup>336</sup> *Ibíd.*, p. 184.

<sup>337</sup> *Ibíd.*, p. 201.

sufrimiento que le genera la enfermedad, a diferencia de la psicología de la salud, que apunta a prevenir o anticipar los peligros en la carencia de cambios por los diferentes estilos de vida<sup>338</sup>.

Bajo el concepto de psicología de la enfermedad, la subjetividad del enfermo en su concepción de la enfermedad, es determinante para las intervenciones, que la racionalidad y objetividad del profesional médico o de enfermería, no favorecen su adaptación; esta vía permite comprender mejor a la persona para poder ayudarle mejor, en una mezcla de elementos tecno-científicos, pero contextualizados en el mundo e idiosincrasia del enfermo buscando activar en él, ideas positivas conducentes a garantizar las respuestas adaptativas. Por tanto frente al enfermo real, el profesional debe abrirse al conocimiento que el individuo tiene de la enfermedad sobre sus síntomas, su recuperación y recaídas; aunque esto resulte no tan importante para otras disciplinas más hegemónicas en el cuidado de la salud, pero que no buscan reemplazar las intervenciones biomédicas sino más bien complementarlas<sup>339</sup>.

**2.6.2.1 Modelos Teóricos del componente Psicosocial.** Para la presente investigación la dimensión psicosocial, hace parte fundamental en las indagaciones de los síntomas asociados a la angina coronaria que son predominantes en la mujer, los cuales se circunscriben desde LA PSICOLOGIA DE LA ENFERMEDAD, cuya orientación teórica específica para tanto la significación y meta-cognición o reflexión de los significados del enfermo común, tomarán la denominación de LEGAS, las cuales posibilitan su distinción de las significaciones de los profesionales de la salud, reflejo del pensamiento biomédico. En este sentido, la psicología de la enfermedad, no solo interpreta la cultura popular de la persona enferma, integra sus convicciones sobre la medicina y su esoterismo relativo, construido sobre la base de las aventuras y desventuras físicas y mentales del mismo<sup>340</sup>.

Bajo este constructo, las significaciones negativas sobre las amenazas contra su salud, la vulnerabilidad ante ciertos males, la identificación de la enfermedad y de sus causas, el enfrentamiento y la adaptación a la enfermedad, el tratamiento y curación son los temas que han sido más estudiados bajo esta importante perspectiva psicológica<sup>341</sup>. En la psicología de la enfermedad, existen varios modelos que favorecen el entendimiento de la representación de la enfermedad a saber:

**2.6.2.1.1 Modelo Teórico de HOWARD LEVENTHAL (1975,1982) de la autorregulación de las significaciones o de las representaciones Legas, asociadas a la enfermedad.** En este constructo se tienen en cuenta cinco atributos de representaciones de la enfermedad, a saber: identificación, causas, duración, consecuencias y controlabilidad.

Para Leventhal y colaboradores<sup>342</sup>, para la elaboración de estos modelos de enfermedad, las personas utilizan cuatro fuentes de información:

---

<sup>338</sup> JOYCE-MONIZ Luis y BARROS Luisa. Op., cit. p. 4.

<sup>339</sup> JOYCE-MONIZ Luis y BARROS Luisa. Op., cit. p. 6.

<sup>340</sup> *Ibíd.*, p. 49.

<sup>341</sup> *Ibíd.*, p. 50.

<sup>342</sup> LA TORRE POSTIGO, José Miguel y BENEIT MEDINA, Pedro José. Op. cit., p. 218.



-Las experiencias corporales del paciente, o sea la naturaleza de la persistencia y severidad de sus síntomas.

- Las fuentes de información, o concepciones de la enfermedad en el contexto de su cultura.
- La comunicación social o información obtenida por medio de otros: familiares, amigos, los profesionales de la salud.
- Experiencias personales que se han tenido en el pasado<sup>343</sup>.

**2.6.2.1.2 Modelo Teórico Transaccional de RICHARD LAZARUS Y FOLKMAN (1966,1986). TEORÍA DE LA COGNICIÓN SOBRE LA EMOCIÓN Y LA CONDUCTA CONCRETA.** Es un modelo lineal, que comienza con la percepción del síntoma y acaba en la evolución del enfrentamiento de la enfermedad; el cual contiene tres procesos significativos, formulados en términos de evaluación:

- **Evaluación primaria:** Factor estresante percibido por la persona. El cual incluye diversas emociones negativas, distrés, tristeza, depresión, cólera, hostilidad y sentimiento subyacentes de pesimismo, aislamiento, sentimientos de abandono y vulnerabilidad.
- **Evaluación secundaria:** Uso de recursos personales disponibles para enfrentar la enfermedad.
- **Evaluación terciaria:** Hace referencia a la metacognición o reevaluación de los resultados, del control anticipado e incluso la reevaluación de la amenaza.

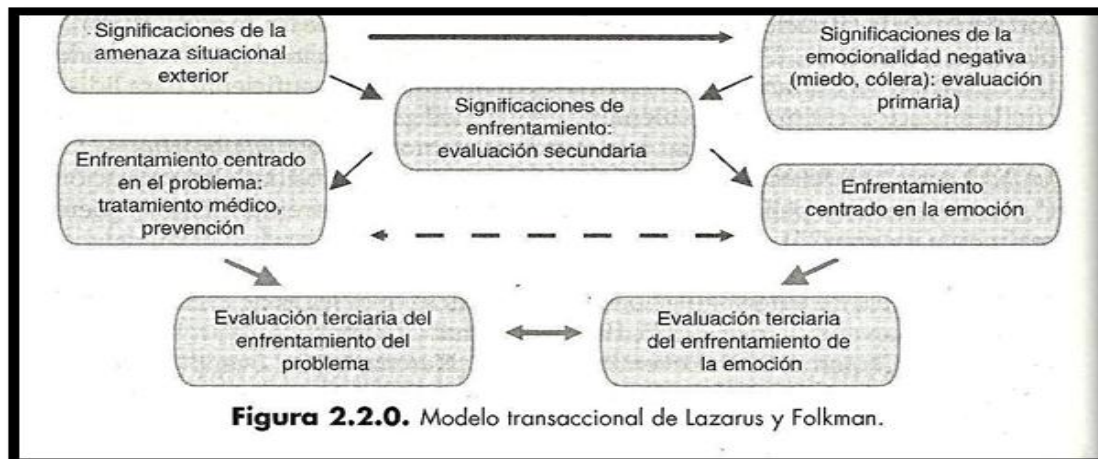
El Modelo de Lazarus y Folkman es el constructo escogido para orientar la articulación de la dimensión psicosocial, al diseño del instrumento de evaluación de Síntomas en la Mujer con Enfermedad Coronaria y el fundamento de dicho modelo no solo se usa para contextos de evaluación negativa o de emocionalidad excesiva, sino también en la evaluación de conductas adecuadas o reevaluaciones deliberadas que favorecen la naturaleza adaptativa frente a la enfermedad<sup>344</sup> (ver Figura 4).

**Figura 4. Modelo Transaccional de Lazarus y Folkman.**

---

<sup>343</sup> *Ibíd.*, p. 219.

<sup>344</sup> JOYCE-MONIZ Luis y BARROS Luisa. Op., cit. p. 55.



**Fuente:** Tomado de JOYCE-MONIZ Luis y BARROS Luisa. Psicología de la Enfermedad para cuidados de la salud: Desarrollo e intervenciones. Editorial El Manual Moderno. México, 2007. 416 p

Este diagrama teórico tiene cierto grado de paralelismo con la Teoría de Leventhal, relativos a la significación y enfrentamiento a la enfermedad, los atributos/situaciones y efectos negativos. “Estos modelos defienden que la significación personal de las enfermedades y sus síntomas, determinan la respuesta emocional subsecuente”<sup>345</sup>.

Coherente con el discurso de la teoría de Lenz y Cols., la interacción entre las variables fisis-psicológicas y situacionales repercuten de manera directa sobre la salud de las personas, relaciones de interacción negativas en estos aspectos presentes en personas enfermas son las condiciones favorecedoras para la experimentación de los síntomas empobreciendo la cognición y por ende la calidad de vida de las personas. Por tanto estos modelos enfatizan en la coherencia o concordancia entre significaciones de la persona, su emocionalidad y su conducta (muy útiles por su practicidad), han sido documentados en múltiples investigaciones, pudiendo ser constructos valiosos por su simplicidad en diversas disciplinas de la salud<sup>346</sup>.

### 2.6.2.1.3 Otros Modelos utilizados en el enfoque psicológico de la enfermedad.

- **El Modelo de las creencias de salud. BECKER et al.** (1974, 1977, 1984, 1997). Explica como la persona puede llegar a respuestas adaptativas de evitación de la enfermedad o a su enfrentamiento<sup>347</sup>.
- **Modelo de la Acción Razonada de AJZEN Y FISHBEIN**, (1980, 2001) Equilibrio entre costos y beneficios, frente a la acción preventiva o curativa<sup>348</sup>.
- **El Modelo de Autoeficacia de BANDURA** (1977). En él se pondera la capacidad del individuo de enfrentar con éxito la enfermedad, valioso para tanto el componente de

<sup>345</sup> JOYCE-MONIZ Luis y BARROS Luisa. Op., cit. p. 53.

<sup>346</sup> *Ibid.*, p. 58.

<sup>347</sup> *Ibid.*, p. 57.

<sup>348</sup> *Ibid.*, p. 59.

prevención y enfrentamiento a la enfermedad, como es el caso del intervencionismo en personas fumadoras<sup>349</sup>.

- **El Modelo de Locus de Control de SEEMAN** (1983), relativo a la prevención o enfrentamiento general de la enfermedad, como en el caso del seguimiento al régimen de dieta y ejercicio<sup>350</sup>.

- **El Modelo de Psicología de la Salud aplicada a la enfermedad**, que acuñó el término “Ilness Behavior”, el cual lleva implícita la meta-cognición, atribución de los significados de la enfermedad, en los cuales las personas definen e interpretan sus síntomas, atribuyen significados y utilizan formas de cuidado diferentes a los sistemas de atención más institucionales<sup>351</sup>. Para comprender los sentimientos de una persona, el evaluador puede recurrir a la clásica lectura de la expresión facial o gestual de sus emociones (signos), pero definitivamente los entenderá mejor si la persona los verbaliza, o sea da a conocer sus síntomas<sup>352</sup>.

Es importante prever que en un instrumento de valoración multidimensional del componente sintomatológico en la mujer con enfermedad coronaria, las emociones negativas, por estar asociadas a sentimientos reprimidos de resentimiento, hostilidad, tristeza, miedo; pueden ser catárticas al favorecer su expresión y contienen de hecho una actividad terapéutica; con la expresión de esta emocionalidad, se pueden inducir descargas despresurizadas, pero su exteriorización libre e intensa no necesariamente las reduce. Un ejemplo es dejar llorar que provoca no necesariamente alivio o disminución de la tristeza, sin embargo en la Psicología de la Enfermedad, los profesionales de la salud reconocen la importancia de una estrategia compensatoria, muy adecuada para atenuar el sufrimiento que estas emociones o síntomas provocan. La lectura de estas emociones reprimidas y su expresión, pueden prevenir e interrumpir la somatización dolorosa, tanto cardíaca, gastrointestinal, neurológica o genital, asociada a esta falta de expresión<sup>353</sup>.

Con lo anterior, se deduce que una ponderación de estas emociones negativas en la valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria, podría favorecer la expresión de sentimientos negativos, la identificación y re-experiencia de esas significaciones; seguido de un proceso de imaginación y vivencia de sentimientos mejor adaptados a su realidad. Esto tiene evidencia en el siguiente argumento:

*“La expresión libre y directa de los sentimientos y emociones puede ser utilizada con enfermos con todos los niveles de significación de la vulnerabilidad y de la controlabilidad de los síntomas, de la adhesión al tratamiento y de la experiencia de los procesos somáticos y somatoformes implicados en la vivencia de la enfermedad”<sup>354</sup>.*

---

<sup>349</sup> JOYCE-MONIZ Luis y BARROS Luisa. Op., cit. p. 60.

<sup>350</sup> *Ibíd.*, p. 63.

<sup>351</sup> *Ibíd.*, p. 51.

<sup>352</sup> LA TORRE POSTIGO, José Miguel y BENEIT MEDINA, Pedro José. Op. cit., p. 225.

<sup>353</sup> LA TORRE POSTIGO, José Miguel y BENEIT MEDINA, Pedro José. Op. cit., p. 225.

Paso siguiente a la exploración es necesario saber con qué se va a encontrar el profesional de la salud y debe saber la significancia que esta actividad confiere en términos de cuidado de la salud:

*Las fases de la experiencia de sentimientos negativos son: fase de repudio, de fobia, de implosión, de explosión y fase de conclusión. Fases que tienen como objetivo la maduración de las emociones, sustituir la categorización, inhibición o la represión de estos sentimientos, por acciones compensatorias de nuevas simbolizaciones y expresiones más adaptativas<sup>355</sup>.*

Allí, de manera terapéutica, el profesional de la salud se convierte en el vehículo para la transformación de estos procesos de catarsis. Para una investigación enmarcada desde la disciplina de enfermería y con una gran orientación psicométrica, pensada desde la aplicación social, busca aportar a la llamada tecnología del comportamiento, la cual es útil para descubrir, interpretar y tratar los problemas de la salud humana.

¿Por qué entonces es importante articular en el instrumento de valoración a la mujer con cardiopatía isquémica, la dimensión psicosocial de sus síntomas? La razón la expone La Torre, cuando afirma que los factores psicosociales y de comportamiento humanos, permiten el entendimiento de las etiologías y patogénesis de las enfermedades físicas, en la profundización del tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y sus consecuencias sintomáticas; como también, participan de manera especial recabando en la prevención de la enfermedad y promoción de conducta más saludables<sup>356</sup>, elementos cada vez más olvidados en la práctica clínica.

**2.6.2.2 Emoción y Enfermedad.** “EMOCION” viene de la palabra latina “EMOTION-ONIS”, que significa impulso que induce acción<sup>357</sup>. En términos psicológicos “emoción” significa aquel sentimiento o percepción de los elementos y relaciones de la realidad o de la imaginación que se manifiestan por medio de algunas funciones fisiológicas como el llanto, rubor, taquicardia, agresividad, entre otras, como producto de la interrelación del sistema límbico (hipotálamo, amígdala), el sistema nervioso autónomo y la corteza cerebral<sup>358</sup>; según Linda Davidoff “LA LESION” hace referencia al cambio normal en la estructura o función de alguna parte del cuerpo provocada por un agente interno o externo<sup>359</sup>.

Las emociones son diversos tipos de reacciones como ansiedad, estrés, depresión, disforia, hostilidad paranoide, cólera, etc., que acompañan a muchos procesos de

---

<sup>354</sup> Ibid., p. 228.

<sup>355</sup> Ibid., p. 223.

<sup>356</sup> LA TORRE POSTIGO, José Miguel y BENEIT MEDINA, Pedro José. Op. cit., p. 17.

<sup>357</sup> SOSA CORREA, Manuel. Escala autoinformada de inteligencia emocional. Tesis. Doctorado en ciencias cognitivas. universidad complutense de Madrid. España. 2008 Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Básica II. Procesos Cognitivos. 276 p.

<sup>358</sup> Ibid., p. 102.

<sup>359</sup> DAVIDOFF, Linda L. Introducción a la Psicología. México: Editorial Mc Graw Hill. 3a. ed. 1998, 693 p.

enfermedad somática<sup>360</sup>, asociados con el desarrollo de la cardiopatía isquémica<sup>361</sup>. “Los estados de ánimo negativos contribuyen a una peor salud cardiovascular”, es lo reportado además por la Dra. Rosillo desde España basada en los investigadores del Duke University Medical Center, quienes demuestran una elevación del 19% en el riesgo de enfermedad coronaria en aquellas personas que conviven con la ira y la depresión. Además, su trabajo confirma que la depresión aumenta hasta tres veces el riesgo de muerte por motivos cardiacos y trae como consecuencias adicionales: *“Los pacientes con emociones negativas pueden presentar palpitaciones, dolor u opresión en el pecho, dificultad para respirar, incluso en casos extremos pérdida de conocimiento”*<sup>362</sup>.

Joyce, en este sentido expone sus observaciones empíricas, demostrando en la condición ansiógena como el estrés o disfórica y la depresión, una contribución al desarrollo de eventos cardiacos o afección cardiaca crónica, evidenciado por Anda et al, (1993) Tennant, (1987); también, estas emociones sirven como detonantes de una situación terminal: Barefoot y Schroll (1997), Kamarck y Jennings (1991); por tanto posibilitan la transformación de una condición de recuperación de un infarto miocárdico a eventos de franca recaída: Frasure-Smith, Lesperance y Talajic (1984,1985)<sup>363</sup>.

Es posible entonces afirmar que las emociones excesivas, pueden contribuir desde lo biopatogénico a la recirculación exagerada de hormonas en sangre, a la activación de trombocitos y moléculas de adhesión, provocando: arteriosclerosis, inestabilidad de las placas ateroscleróticas e infarto agudo de miocardio, como lo evidenciaron Markovitz y Matthew (1991) y Wenneberg et al., (1997) significando esto que las emociones excesivas son malas porque provocan enfermedad<sup>364</sup>.

Aunque se utilicen términos como ansiedad, depresión o paranoia, que sugieren una grave patología de base, la inadecuación de los procesos emocionales se circunscriben en un problema de la dialéctica, que logra confundir lo normal de lo patológico, por tanto es necesario distinguir entre:

- a. *Estrés o tristeza ligera a moderada: el cual es observable en la mayoría de las personas, con una consabida: intensidad, frecuencia y duración, de las situaciones en relacionan con la percepción de un síntoma de un proceso patológico, aceptación de un diagnostico o la aceptación de un tratamiento específico.*
- b. *Los procesos ansiógenos y depresores graves permiten que la expresión de estas emociones sea más exagerada, frecuente o sostenida, la cual es observable en mucho menos pacientes.*

---

<sup>360</sup> JOYCE-MONIZ Luis y BARROS Luisa. Op., cit. p. 9.

<sup>361</sup> CUARTAS MURILLO, Verónica et al. Op. cit., p. 16.

<sup>362</sup> ROSILLO, Sandra. La ira y la hostilidad elevan un 19% el riesgo de sufrir una cardiopatía [en línea]. En: Notas de Prensa 24. Abril de 2012. Sociedad Española de Cardiología. [Consultado agosto 25, 2012]. Disponible en Internet: <http://www.fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/2405-ira-y-hostilidad-elevan-un-19-riesgo-de-sufrir-una-cardiopatia-y-depresion-aumenta-tres-veces-riesgo-de-muerte-tras-infarto-.html>

<sup>363</sup> CUARTAS MURILLO, Verónica et al. Op. cit., p. 10-11.

<sup>364</sup> *Ibíd.*, p.11.

*c. Por consiguiente estos dos extremos dialecticos, permiten evaluar la activación de un proceso de una expresión emocional, sin embargo es necesario reconocer que los problemas en la salud física de las personas, constituyen un terreno fértil para todo tipo de emociones adaptativas<sup>365</sup>.*

Joyce (2006) apoyado en los conceptos de Leventhal y Cameron (2001)<sup>366</sup> respecto al imaginario psicológico de la enfermedad, la presencia de EMOCIONES CALIENTES, cuyo contenido esta plagado de “significados emocionales”, llevando a las personas que piensan en su enfermedad a manifestarse en términos de: estrés, ansiedad, disforia o cólera; marcos para el desencadenamiento de otras emociones, tales como: miedo, tristeza, desesperación y hostilidad. En este sentido, es importante reconocer que existen EMOCIONES FRIAS o menos intensas, que tienen emocionalidad menor<sup>367</sup>.

La vinculación de emociones excesivas con el subsecuente agravamiento de la enfermedad, conducen a decir que cuando la enfermedad es grave, tienden a ser calientes y suelen acompañarse de reacciones de estrés, disforia, cólera, hostilidad<sup>368</sup>, por ello “las emociones calientes” son el núcleo de la discusión psicosocial de la presente investigación.

Una pregunta necesaria para ésta investigación es: ¿Cuál es la relación entre emoción y síntomas? La respuesta desde el campo psicológico se obtiene desde la perspectiva de Levenson (1994):

*Conductualmente, las emociones sirven para establecer nuestra posición con respecto a nuestro entorno, impulsándonos hacia ciertas personas, objetos, acciones, ideas y alejándonos de otras. Las emociones actúan también como depósito de influencias innatas y aprendidas, poseyendo ciertas características invariables, otras que muestran cierta variación entre individuos, grupos y culturas<sup>369</sup>.*

Para el autor, las emociones son vistas como reacciones de tipo psicofisiológico, que dan idea de los modos de adaptación frente a estímulos internos, como los de tipo ambiental. Existe entonces un tramado de dimensiones en las emociones que van desde:

- **Lo Psicológico:** alterando tanto la atención, subiendo el rango de algunas conductas que guían las respuestas del individuo y que reactivan las redes de asociación ubicadas en la memoria.

---

<sup>365</sup> CUARTAS MURILLO, Verónica et al. Op. cit., p. 12.

<sup>366</sup> *Ibíd.*, p. 52.

<sup>367</sup> *Ibíd.*, p. 52.

<sup>368</sup> CUARTAS MURILLO, Verónica et al. Op. cit., p. 57.

<sup>369</sup> LEVENSON, R.W. Human Emotion. A functional View. In P. Ekman & R.J. Davidson Editions. The Nature of Emotions: Fundamental Questions. New York: Oxford University Press. P. 123-126.

- **Lo Fisiológico:** estas emociones organizan las respuestas de los distintos sistemas biológicos, tales como: la expresión facial, el tono muscular, la calidad de la voz, y diversos mecanismos fisiológicos corporales (endocrinos y del sistema nervioso autónomo), con el fin de configurar el medio interno óptimo para el comportamiento del individuo.
- **Desde lo conductual:** las emociones determinan la posición de la persona respecto a su entorno interno y son las que terminan impulsándolo hacia el exterior, acercándolo o alejándolo de: personas, ideas, objetos, etc<sup>370</sup>.

En este orden de ideas, La Torre basado en Beneit Medina, en relación con los aspectos psicológicos asociados a los problemas cardiovasculares, reconoce la importancia del estrés psicosocial-ocupacional, y su vínculo con la cardiopatía coronaria. Allí la personalidad tipo A, que expresa mayor reactividad autonómica y endocrina, demuestran en general, un carácter mucho más competitivo, poseedores de control, impaciente y hostil<sup>371</sup>.

Evidencias de gran valor son aportadas por Regino Peña, en su tesis doctoral<sup>372</sup>, donde se demuestra la asociación entre las emociones, sus síntomas y la enfermedad cardíaca; parte de la presunción que las emociones por sí mismas pueden alterar la fisiología normal del cuerpo y que formuló Aristóteles en el siglo VI A.C; quién sostenía que “la mera advertencia de un peligro nos conduce a la fuga, a menos que el corazón se conmueva”<sup>373</sup>. Estos son otras evidencias que respaldaron sus argumentos:

*Sir William Harvey, decía hace 350 años “Cada afección de la mente que se presenta bien sea con dolor o placer, esperanza o miedo, es la causa de una agitación cuya influencia se extiende al corazón”.*

*Santiago Ramón y Cajal, afirmaba “Han repetido los patólogos que el hombre tiene la edad de sus arterias” y “Con frecuencia el cansancio prematuro del corazón traduce el mucho de desengaños sufridos y la amplitud y el alcance de la obra realizada”.*

*Walter B. Cannon en 1934, demuestra el aumento de la secreción de adrenalina en animales sometidos a estrés.*

*Sir William Osler, en 1910 publica la relación entre los factores emocionales y la enfermedad cardíaca isquémica.*

*La Fundación Nacional del Corazón de Australia nombró un comité para revisar la literatura sobre la influencia del estrés en la cardiopatía isquémica.*

---

<sup>370</sup> LEVENSON, R.W. Op. cit., p. 68.

<sup>371</sup> LA TORRE POSTIGO, José Miguel y BENEIT MEDINA, Pedro José. Op. cit., p. 278.

<sup>372</sup> PEÑA A., José Regino. Enfoque integral de la enfermedad coronaria en el hombre. Tesis. Doctorado en Patología Existencial e Intervención en Crisis. Departamento de Psiquiatría. Universidad Autónoma de Madrid. España. 2008, 73 p.

<sup>373</sup> *Ibíd.*, p. 8.

**Friedman y Rosenman.** En 1977 describieron la personalidad tipo A, sugiriendo que los hombres con este patrón de personalidad presentaban un riesgo aumentado para desarrollar cardiopatía isquémica, lo cual fue corroborado luego en el estudio prospectivo de Framingham.

**Bernard Lown,** en 1980 demuestra la influencia de la corteza cerebral y el sistema simpático en el infarto experimental en perros.

*La literatura mundial, ha documentado así la importancia de los factores psicológicos en la etapa aguda del infarto al miocardio<sup>374</sup>.*

Finalmente, la cognición desde la perspectiva de Lazarus sostiene que el pensamiento es una condición necesaria para la emoción, y esto es en realidad una de las fundamentales cosas que diferencian a seres humanos de animales, por tanto:

*-La evaluación es necesaria en todo acto racional, intencional y consciente*

*-Las normas condicionan la génesis de los procesos cognitivos, su influencia y la forma de la respuesta emocional en cada especie.*

*-La evaluación cognitiva para el desarrollo del bienestar, ocurre por medio del procesamiento de la información proveniente de los estímulos medioambientales e internos<sup>375</sup>.*

Por consiguiente las reacciones conscientes o inconscientes frente a diversas situaciones del medio interno o externo, son los que permiten la expresión de los diversos tipos de emociones y así determinan las consecuencias de las mismas. En adelante, se hará una abierta y amplia discusión sobre las emociones más relacionadas con la cardiopatía isquémica, según los hallazgos de las evidencias que soportan la presente investigación y que estarán bordeando, síntomas como: estrés, ansiedad, depresión e ira/hostilidad, ejes centrales para el diseño del instrumento de la investigación.

### **2.6.2.3 Orientaciones teóricas sobre EL ESTRÉS.**

#### **2.6.2.3.1 Teorías Basadas en la Respuesta.**

**2.6.2.3.1.1 Teoría del Estrés de Hans Selye.** Considera que el estrés es la alteración en el equilibrio homeostático inducido por un agente nocivo<sup>376</sup>, cuya respuesta está constituida por un mecanismo tripartito denominado síndrome general de adaptación, que incluye tres etapas: la reacción de alarma, la etapa de resistencia y la etapa de agotamiento<sup>377</sup>. En este sentido el estrés puede participar como una emoción positiva que permite la adaptación a situaciones exigentes denominado entonces eu-estrés o estrés bueno, pero cuando se perpetúan estas experiencias y no se logra controlar las

---

<sup>374</sup> PEÑA A., José Regino. Op. cit., p. 9.

<sup>375</sup> LA TORRE POSTIGO, José Miguel y BENEIT MEDINA, Pedro José. Op. cit., p. 223.

<sup>376</sup> PEÑA A., José Regino. Op. cit., p. 5.

<sup>377</sup> BELLOCH, Amparo; SANDIN, Bonifacio y RAMOS, Francisco. Manual de psicopatología. Vol. 2. España: Editorial MC Graw Hill. Interamericana. 1995, 796 p.



descargas fisiológicas y mentales del mismo, se forma un componente negativo denominado distrés o estrés malo.

**2.6.2.3.1.2 Teorías basadas en el estímulo de Holmes y Rahe.** En donde existen una serie de características asociadas a los estímulos del ambiente, interpretando que estos pueden perturbar o alterar el funcionamiento del organismo. Así que el estrés se localiza por fuera del organismo<sup>378</sup>.

**2.6.2.3.1.3 Teoría basada en la Ley de la Elasticidad de Hooke.** Carga que ejerce en el metal (Strain), que cuando se sobrepasan las capacidades de tolerarlo, puede inducir daños permanentes. Allí se delimitan las situaciones generadores de estrés y que operan de forma individual<sup>379</sup>.

**2.6.2.3.2 Teorías basadas en la Interacción.** Los principales exponentes son Richard Lazarus y Folkman, quienes definen el estrés como un “Conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo valorada por la persona, como algo que “agrava” o excede sus propios recursos y que pone en peligro su propio bienestar<sup>380</sup>. En esta teoría a diferencia de las otras, se especifica: “el estrés se origina a través de las relaciones particulares entre personas y su entorno” o sea que el individuo tiene un rol activo de interacción<sup>381</sup>.

Esta es una aproximación de mediación cognitiva definida por Lazarus en 1993, se focaliza en el concepto cognitivo de evaluación o “*Appraisal*”, allí la persona evalúa la significación de lo que está ocurriendo, relacionado con su bienestar personal y esto ocurre por medio de tres tipos de evaluación, primaria, secundaria y reevaluación. El primer mediador psicológico del estrés, puede dar lugar a cuatro modalidades de evaluación:

- a. *Amenaza: o anticipación de un daño que aún no ha ocurrido, pero que parece inminente.*
- b. *Daño perdida: referido al daño psicológico que puede llegar hasta ser irreparable.*
- c. *Desafío: Referido a la valoración que implica una posible ganancia positiva y una amenaza.*
- d. *Beneficio: Este tipo de valoración no induciría reacción de estrés<sup>382</sup>.*

Con lo anterior y a partir de las tres primeras formas de evaluación se deducen los tres tipos de estrés:

- Estrés de amenaza
- Estrés de pérdida
- Estrés de desafío

---

<sup>378</sup> BELLOCH, Amparo; SANDIN, Bonifacio y RAMOS, Francisco. Op. cit., p. 10

<sup>379</sup> LATORRE POSTIGO José Miguel y BENEIT MEDINA Pedro José. Op cit., p. 9.

<sup>380</sup> BELLOCH, Amparo; SANDIN, Bonifacio y RAMOS, Francisco. Op. cit., p. 10.

<sup>381</sup> EATON, John. El método Reverse Therapy. EUA: Tarannà Edicions. 2010, 206 p.

<sup>382</sup> BELLOCH, Amparo; SANDIN, Bonifacio y RAMOS, Francisco. Op. cit., p. 11.

De la valoración primaria, que resulta ser plurifactorial, se concluye que el estrés no es un fenómeno unitario, con esto Lazarus destierra el concepto del estrés, tan solo como forma de activación<sup>383</sup>. En la evaluación secundaria el individuo valora sus propios recursos para el afrontamiento de la enfermedad, por tanto esta valoración determina qué tan asustado, pesimista o desafiado se siente la persona frente a la enfermedad.

Los recursos de afrontamiento. Incluyen las propias habilidades de Coping (habilidad para solucionar los problemas), el apoyo social y los recursos materiales que se pueden emplear. Finalmente la reevaluación implica un Feedback que acontecen comunes a la TOUS, a medida que se desarrolla la interacción entre el individuo y las demandas externas o internas. Esta fase favorece las correcciones sobre valoraciones previas de las distintas amenazas<sup>384</sup>.

La Teoría de LAZARUS Y FOLKMAN, es importante por la gran relevancia que se asigna a la evaluación cognitiva, puesto que esta función es la que hace que una situación potencialmente estresante llegue o no a producir estrés en las personas, por esto el rol de la persona es activo, interactúa con el medio, es un constructo relacional y procesual. El estrés es un proceso interaccional, una relación particular entre la persona y la situación, que se produce cuando la persona advierte que las demandas agravan o exceden sus propios recursos de ajuste y ponen en riesgo su bienestar<sup>385</sup>. Obviamente existen otros modelos de estrés, pero en realidad no distan en su esencia del modelo de Lazarus.

Respecto al apoyo social, hace referencia a los recursos personales para hacer frente al estrés, este término no solo habla de relaciones humanas estables, denota compañía, contacto social significativo, pertenencia a una red social y apoyo personal y debe contener los cinco elementos primarios, a saber:

- *Dirección, ya sea si es aportado o recibido o ambas cosas.*
- *Disposición: o disponibilidad en cantidad, calidad y utilización real de los recursos.*
- *Descripción/evaluación: en él se pueden describir y evaluar la naturaleza y calidad del apoyo social.*
- *Contenido: emocional, instrumental, informativo o valorativo*
- *Redes sociales: fuentes de apoyo (familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y los mismos profesionales<sup>386</sup>.*

Actualmente el enfoque de Lazarus sobre el estrés, es el más aceptado por el colectivo científico actual<sup>387</sup>. La respuesta al estrés se entiende específicamente en términos de cambios fisiológicos, descritos inicialmente como cambios neuroendocrinos y autonómicos; otros son secundarios a los cambios hormonales y simpáticos. Los componentes emocionales de la respuesta al estrés son relativas al tipo de emociones

---

<sup>383</sup> BELLOCH, Amparo; SANDIN, Bonifacio y RAMOS, Francisco. Op. cit., p. 11.

<sup>384</sup> *Ibíd.*, p. 11.

<sup>385</sup> BELLOCH, Amparo; SANDIN, Bonifacio y RAMOS, Francisco. Op. cit., p. 11.

<sup>386</sup> *Ibíd.*, p. 33.

<sup>387</sup> *Ibíd.*, p. 46.

negativas tales como ansiedad, la ira/hostilidad y la depresión. Los cambios hormonales, tienen asociación a las repercusiones sobre el sistema inmune. El apoyo social es considerado un factor modulador del estrés, ya que puede amortiguar su efecto<sup>388</sup>.

Otras corrientes terapéuticas del estrés, que refuerzan el peso de las evidencias y que permiten reconocer el efecto negativo de este síntoma, han sido reportadas por el Instituto Canadiense del Estrés; centro que ha intervenido miles de personas con estrés negativo, aportando elementos de juicio para establecer las fases que recorre una emoción que ha sido estigmatizada y cuya presencia en forma persistente, puede ser el centro de una verdad que permanece oculta sobre las enfermedades cardiovasculares.

El estrés es una energía adaptativa, cuando se perpetúan fases del estrés negativo se denomina **DISTRÉS**, el cual es diferente al nivel de angustia temporal que produce un síntoma y para el cual se tienen documentadas cinco fases comentadas por el director de este importante centro, el Doctor Richard Earle<sup>389</sup>, reflejando la complejidad del término:

- a. **Primera Fase del Distrés: Fatiga física y/o mental crónica.** En donde se afecta la reserva vital y energética del ser humano, en ella no hay demostrada ninguna enfermedad, solo la sensación de “querer derrumbarse” cuando se termina la jornada; se asocia a esta una sensación de fatiga ligada al envejecimiento.
- b. **Segunda Fase del Distrés: Problemas personales y de desenganche emocional.** Existe una sensación de persecución, de que todos están contra la persona, empezando a existir fricciones y tensión en las relaciones familiares y/o sociales. Por tanto no se invierte en las relaciones, distanciándose cada vez de la supuesta fuente problemática.
- c. **Tercera Fase del Distrés: Turbulencias emocionales.** Existe mayor agitación emocional, problemas de intolerancia y alteraciones personales demostradas en disminución de la autoestima, falta de claridad para resolver los conflictos. Incapacidad de autocontrol y tendencia a la depresión o a la explosión emocional.
- d. **Cuarta Fase del Distrés: Dolencias físicas crónicas.** El cuerpo expresa compromiso crónico focalizado en la mayoría de los casos en el componente corporal muscular, expresado en tensión del cuello, columna lumbar y cefalea.
- e. **Quinta Fase del Distrés: Enfermedades relacionadas con el estrés.** Referido al estado de agotamiento crónico, el daño invisible del cuerpo empieza a volverse evidente por medio de enfermedades específicas, muchas de expresión cardiovascular como hipertensión arterial, síndrome coronario y otras con enfermedades del colon y tubo digestivo (colitis, gastritis). Un gran problema es el manejo médico centrado en el componente biológico de la enfermedad y existe un olvido por tratar la causa subyacente, El distrés.

**2.6.2.4 Orientaciones teóricas sobre el estrés y la ansiedad.** El estrés es el síntoma ansiogénico más reconocido en la cultura occidental y son muchos los conceptos que lo definen. Inicialmente como un proceso evolutivo estado reactivo ante situaciones inesperadas o desafiantes, o como respuestas de reajuste del organismo ante estas

---

<sup>388</sup> BELLOCH, Amparo; SANDIN, Bonifacio y RAMOS, Francisco. Op. cit., p. 57.

<sup>389</sup> EARLE, Richard. Cuando es estrés se convierte en distress: las cinco fases del distress [en línea]. Instituto Canadiense de Estrés - Fundación Hans Selye. [consultado septiembre 17, 2012]. Disponible en Internet: [http://www.estres-bienestar.com/pdf/web\\_5\\_fases\\_distress.pdf](http://www.estres-bienestar.com/pdf/web_5_fases_distress.pdf)

situaciones. Para La Torre según Stotland, el estrés es conceptualizado de tres maneras particulares.

- a. *Como un conjunto de estímulos: estresantes agudos limitados en el tiempo, una secuencia de estresantes, o serie de acontecimientos que ocurren en un periodo prolongado, estresante crónicos intermitentes o estresantes crónicos, que persisten durante mucho tiempo.*
- b. *Como respuesta a una circunstancia: por tanto tiene características psicológicas, que incluye cambios en las conductas, pensamientos y emociones y con componente fisiológico: o activación corporal.*
- c. *Interacción entre persona y medio, que sugieren además ajustes e interacciones transaccionales con el medio y la persona, que se traducen en estrategias cognitivas, emocionales y conductuales en cada persona<sup>390</sup>.*

El término ESTRÉS en psicología sigue siendo ambiguo y de él se abusa, el concepto evolucionó a partir del siglo XVI para referirse a experiencias negativas, similares a la adversidad, sufrimiento, aflicción. Pero en el siglo XVII el físico R. Hooke, establece la asociación con fenómenos físicos, tales como presión, fuerza, distorsión; las aproximaciones psicosociales, asumen el estrés como un fenómeno externo focalizado en el estímulo<sup>391</sup>.

Teniendo en cuenta que el estrés es un concepto complejo, para su conceptualización se requiere de diversos elementos psicopatológicos; de forma interesante Belloch y cols., propusieron un Modelo que reúne los elementos integradores del estrés llamado Modelo Procesual del Estrés. (Figura 5), el cual se desarrolla en siete etapas y se compone de:

1. Demandas Psicosociales: relacionado con los factores externos o medio ambientales causantes del estrés.
2. Evaluación cognitiva: Relativo a los sucesos de la vida diaria o sucesos menores que generan ciertas demandas sobre el organismo, de tal forma que dependiendo de cómo sea esta valoración (como bien lo describe Lazarus y Folkman), se predice cual será la respuesta frente al estrés.
3. Respuesta al Estrés: Mediada por las respuestas fisiológicas, asociadas a los sistemas neuroendocrinos y neurovegetativos.
4. Estrategias de Afrontamiento (Coping): Es la última etapa del estrés propiamente dicho y es relativo a los esfuerzos conductuales y cognitivos, que interpone el sujeto para hacer frente a las demandas concretas valoradas como graves y además, las necesarias para suprimir el estado emocional que genera el estrés.
5. Variables Disposicionales: Conjunto de cuatro variables que pueden influir sobre las etapas posteriores, a saber: personalidad, factores hereditarios, sexo y raza.

---

<sup>390</sup> LATORRE POSTIGO, José Miguel y BENEIT MEDINA, Pedro José. Op. cit., p. 57.

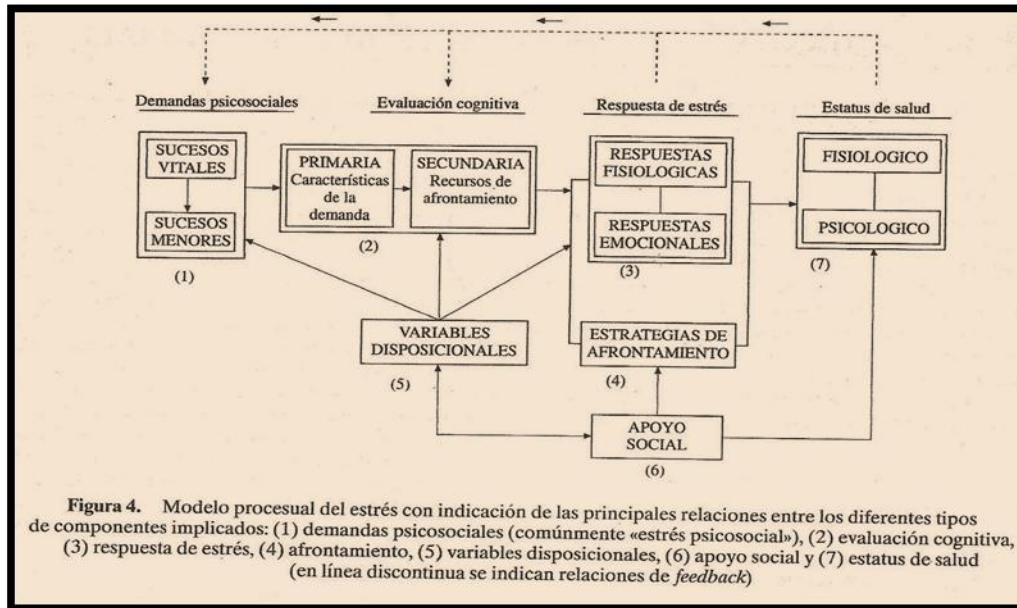
<sup>391</sup> BELLOCH, Amparo; SANDIN, Bonifacio y RAMOS, Francisco. Op. cit., p. 5.

6. Apoyo Social: El cual puede amortiguar, el efecto demandante estresante sobre las respuestas al estrés y la salud.
7. Estatus de Salud: La repercusión del estrés tanto psicológica y fisiológica, dependerá del funcionamiento de las etapas anteriores. Por tanto se demuestra que la psicopatología del estrés, no solo trata de explicar los mecanismos del estrés, sino posibilitar el entendimiento del por qué de las alteraciones de la salud que provoca en las personas; con lo cual se obtiene una visión más clara de un fenómeno que puede verse a partir de lo positivo y también desde su consecuencia negativa; desde una aproximación teórica poco conocida por el mundo de la enfermería y medicina<sup>392</sup>.

---

<sup>392</sup> BELLOCH, Amparo; SANDIN, Bonifacio y RAMOS, Francisco. Op. cit., p. 12-13

**Figura 5. Modelo Procesual del Estrés. Modelo integrador de los diversos componentes del estrés, sus interrelaciones y mecanismos psicopatológicos**



**Tomado de:** MORALES Cristina. La experiencia sociocultural del dolor: entre lo orgánico y lo psicológico. Ensayo. BLOG: Antropología Arte y Transformación. Junio 15, 2011. 7 p. [Consulta Realizada el 7 de junio de 2011] [Disponible en línea] < <http://antropoart.wordpress.com/2011/06/15/la-experiencia-sociocultural-del-dolor-entre-lo-organico-y-lo-psicologico/>

De otro lado, la mayoría de los estudios toman al estrés como el determinante emocional más ligado a la depresión del sistema inmunológico, aunque se reconoce que otros factores aislados como la depresión y la ansiedad, también lo logran provocar y son responsables no solo de adquirir la enfermedad, como del agravamiento sintomático de la misma, el cual está asociado a la disminución en el porcentaje de células autoinmunes, tipo B,T, NK, por acción de neuroquímicos liberados en la sangre durante las respuestas de estrés, tales como catecolaminas, cortico esteroides y opioides naturales, el debilitamiento simpático y parasimpático de los órganos linfoides productores de leucocitos, de forma similar como lo logra hacer la ansiedad y depresión, pero con menor severidad<sup>393</sup>.

Muchos autores consideran que el estrés es una situación enteramente aversiva, muy asociada en relación con los procesos de ansiedad en patologías tales como: alergias, artritis reumatoide, asma, enfermedades endocrinas, enfermedades de la piel, diabetes, dolor crónico tipo fibromialgia, fatiga crónica, hipertensión arterial, síndrome de colon irritable, mononucleosis y con especial participación en la génesis de procesos agudos cardiovasculares como la angina de pecho y el infarto agudo al miocardio<sup>394</sup>.

<sup>393</sup> JOYCE-MONIZ Luis y BARROS Luisa. Op., cit. p. 25.

<sup>394</sup> *Ibíd.*, p. 17.

En cualquiera que sea el caso, el estrés generador de niveles indeterminados de ansiedad, que merecen para su intervención, reducción hasta el límite aceptable y las razones para su intervención son:

- a. *Pueden causar cualquier tipo de enfermedad, debido a las descargas catecolaminérgicas, inmunológicas que favorecen la activación plaquetaria, etc.*
- b. *Puede estar asociado a los malos hábitos que causan la enfermedad (consumo de alucinógenos, alcohol, tabaco, bulimia/anorexia) y a las actitudes inadaptativas de riesgo o evitación, como lo son: la automedicación, la negación de la enfermedad, etc.*
- c. *Pueden provocar o exacerbar la somatización que agravan tanto la enfermedad como la experiencia de los síntomas de la enfermedad, como por ejemplo: mayores palpitaciones, taquicardias, sofocación, respiración ahogada, espasmos neuromusculares, síntomas gastrointestinales: náuseas, rechazo a la comida, como también sucede con focalizaciones del sistema urinario: tenesmo vesical y de la piel: mayor sudoración, frialdad o rubicundez.*
- d. *Puede agravar los estados ansiosos en especial en enfermedades graves, manifestado por: trastornos obsesivos compulsivos, delirium, etc.*
- e. *Puede interferir con la capacidad de la persona para reaccionar a la enfermedad, a ante la amenaza de la enfermedad, como lo es: la baja percepción o minimización de los síntomas, actitud de posponer el tratamiento o diagnóstico, como se ha comprobado en la mujer con enfermedad coronaria.*
- f. *Finalmente, puede interferir gravemente en la adhesión de la persona enferma al tratamiento, expresado esto por medio de: incapacidad para incorporar información necesaria para comprender su enfermedad, limitar la interacción con el personal de salud y/o generación de hostilidad con sus terapeutas<sup>395</sup>.*

Según los reportes de Joyce basados en Herber et al., permitió conocer que sí el estrés es intenso, se tienen cambios en la respuesta autoinmune aproximadamente en los siguientes cinco minutos del comienzo de la emoción negativa. Del mismo modo, según Esterling et al., se evidenció que estos cambios inmunes pueden persistir hasta por más de dos años después de terminar la situación estresante<sup>396</sup>.

Referente a la ansiedad, evidenciada en grandes estudios epidemiológicos indican que los ataques de pánico, enfrentan a las personas a elevado riesgo de eventos coronarios y una generalizada ansiedad fóbica; además los ataques de pánico pueden empobrecer el curso y estabilidad de estas personas. En contraste con estas evidencias, una revisión

---

<sup>395</sup> JOYCE MONIZ, Luis y BARROS, Luisa. Op., cit. p. 18.

<sup>396</sup> *Ibid.*, p. 26.

ampliada de estudios de cohorte prospectivos, encontraron una baja mortalidad en todas las causas en personas con enfermedad coronaria que presentaron ansiedad<sup>397</sup>.

Otro capítulo interesante es el de los sucesos menores (estrés diario), esta perspectiva tal vez no ha sido lo suficientemente explicada; estos se definen como microeventos o disputas sociales y familiares menores. En este sentido, para Lazarus, Delongis, Kanner, Coyne y Schaefer, relatados en Belloch et al., tanto los microeventos positivos como negativos que caracterizan el cotidianos de las personas poseen mayor significado para la salud que los sucesos vitales<sup>398</sup>.

Los autores definieron dos tipos de eventos:

- **Los Hassles: Sucesos negativos**, fastidios o contrariedades; subcategorizados en problemas prácticos fastidiosos (no tener dinero, un trancón). Sucesos fortuitos, como el estado del tiempo y las contrariedades de interrelación social (discusiones, decepciones, etc).

- **Los Uplifts: Expresiones positivas**, derivadas de manifestaciones amorosas, recibir buenas noticias, etc. Son en realidad amortiguadores del estrés y están relacionados directamente con el estado de salud de las personas; aunque se destaca que esta afirmación aún carece de suficiente evidencia. Es por tanto en las pruebas de Depue y Moore; 1986 Kanner, 1981, donde se encuentran los hallazgos evidenciados en Belloch et al., demostrando con mayor fuerza el concepto, en donde ambos tipos de sucesos contribuyen en forma interactiva a influenciar la salud física y psicológica de las personas<sup>399</sup>.

En conclusión, para esta investigación desde lo metodológico, se considera el efecto de la dispersión de los sucesos asociados al estrés que dificultan distinguir entre si se trata de un suceso vital o de uno diario, dado que el problema de la confusión de medida se fundamenta en la hipótesis de Watson y Pennebaker, el cual defiende que en los autoinformes, el estrés encierra un sesgo debido al componente emocional negativo implícito en los ítems que se diseñan. De tal forma es necesario reconocer que los sujetos con mayor grado de emocionalidad negativa, tienden a reflejar más grados de estrés en los cuestionarios; por tanto, cuando se asocian síntomas con un proceso patológico o sucesos de salud, se debe evitar confundir variables independientes de salud o estados cotidianos de salud propiamente dichos, con síntomas, puesto que en realidad lo que se estaría evaluando sería el nivel de afrontamiento del estrés, que es el que define en realidad las estrategias para combatirlo<sup>400</sup>.

**2.6.2.5 Orientaciones sobre el Complejo IRA-HOSTILIDAD.** Un grave problema actual, requiere una visión profunda de la personalidad, que permita reconocer el contexto de varones y mujeres de su propia vulnerabilidad coronaria, más allá de la estigmatización del modelo de la personalidad tipo A, cuyos comportamientos, con el tiempo condujeron

---

<sup>397</sup> EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY AND OTHERS. The fifth joint task force of the european society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European guidelines on cardiovascular disease: prevention in clinical practice. Op. cit., p. 18-77.

<sup>398</sup> BELLOCH, Amparo; SANDIN, Bonifacio y RAMOS, Francisco. Op. cit., p. 18.

<sup>399</sup> *Ibíd.*, p. 18.

<sup>400</sup> *Ibíd.*, p. 19.



en forma errática a “masculinizar a la mujer” en el sector productivo. Los significados individuales de la enfermedad desde lo más concreto hasta lo abstracto de la representación, involucran una compleja red de conceptos en los que caben mencionar: las respuestas condicionadas, la actitud razonada, las reglas personales y sociales que fundan los valores individuales, la atribución del sí mismo o (AI Self), los rasgos y finalmente el tipo de personalidad<sup>401</sup>.

La “personalidad problemática” o expresar rasgos negativos en ella, pueden constituirse en una causa estructuralmente psicobiológica de la enfermedad, como sucede en el caso de la enfermedad coronaria, generadora de daños a nivel de los vasos sanguíneos coronarios. Estas personalidades o rasgos pueden ser causa del agravamiento de la enfermedad, o carencia de adhesión al tratamiento, y dificultades del enfermo para relacionarse con el personal de salud; expresando ciertos grados de aversión y hostilidad.

La razón principal de lo anterior, se encuentra en definir la personalidad en términos de patrón, estado y/o capacidad de expresión de la emocionalidad positiva o negativa, ya que los rasgos se definen en términos de elementos no emocionales. En psicología de la enfermedad, los rasgos de extroversión o introversión son los condicionantes de la personalidad para el establecimiento de la relación del paciente con el personal de salud. El rasgo tipo Hardiness, menos encontrado en la personalidad de los enfermos con coronariopatías, se caracteriza por la tendencia en los enfermos para aceptar los desaires y controlar los acontecimientos, favoreciendo el mantenimiento del control, con menor propensión a la vulnerabilidad a las enfermedades. A su vez el neurotismo reportado en personas con afecciones cardiovasculares, son casi una caja de pandora donde emergen emociones un tanto excesivas, con reacciones de ansiedad y cólera, extremas reacciones de miedo, vergüenza, culpa e incluso comportamientos hipocondríacos<sup>402</sup>.

**2.6.2.6 Orientaciones sobre la depresión.** Los estados emocionales negativos como ira, ansiedad, depresión; empeoran la salud cardiovascular, como lo evidencia la Fundación Española del Corazón, por los investigadores del Duke University Medical Center, Durham Estados Unidos, de igual forma se prevé que la ira y la hostilidad elevan hasta en un 19% el riesgo desarrollar una enfermedad coronaria.

La depresión considerada actualmente un fenómeno endémico, es responsable de aumentar hasta tres veces el riesgo de fallecer por muerte cardíaca súbita; por tanto, estas emociones ira y depresión son dos flagelos que mientras más se experimentan, conducen a un mayor riesgo de padecer un evento cardíaco y a mayor tasas de mortalidad por esta vía, dado las repercusiones fisiológicas como el aumento desmedido de la presión arterial, el umbral arrítmico<sup>403</sup>. En el caso de las mujeres, aun no se tiene evidencia contundente de la manera como la ira y depresión, pueden generar los eventos

---

<sup>401</sup> JOYCE-MONIZ Luis y BARROS Luisa. Op., cit. p. 19.

<sup>402</sup> *Ibíd.*, p. 20.

<sup>403</sup> COLBERT, Don. Emociones que matan. EUA: Editorial Betania. 2006, 252 p.

cardiovasculares de manera más grave, pero lo que sí se conoce, es que la expresión de estas emociones negativas, posibilitan mejorías en los niveles de la presión arterial<sup>404</sup>.

En este sentido la hostilidad y baja interacción social, es el rasgo más consistente, estudiado como determinante en el advenimiento y/o agravamiento de las enfermedades coronarias, reportadas desde el año 1989 por Dembroski et al., reportados por Joyce<sup>405</sup> y como rasgo componente de las personalidades TABP (Type A behavior Pattern), igualmente ligadas a la enfermedad coronaria en hombres, reportadas por Smith (1992), Friedman y Rosenman (1974), como también la taquicardia e hipertensión arterial Benetsch (1997) y a la vulnerabilidad socioafectiva Smith et al, (1990) encontradas en Joyce (2006)<sup>406</sup>.

## 2.7 Interpretación de los síntomas desde la teoría psicósomática

De acuerdo con Margetts, “psicómático” es un término que tuvo sus primeras incursiones por el psiquiatra alemán Johann C. Herinroth, en el año 1818, cuando se refirió al “insomnio como síntoma psicósomático”. La medicina psicómática, surgió como un enfoque médico de la enfermedad opuesta al tradicionalismo dualista del ser humano (mente y cuerpo separados), con ella se propone la inseparabilidad entre lo psíquico y lo somático o corporal<sup>407</sup>. La cual se consolidó de manera importante con la fundación de la American Psychosomatic Society en 1939 en Alemania y su primera publicación en la Revista “Psychosomatic Medicine”, propuso como objetivo: *“Estudiar en su interrelación los aspectos psicológicos y fisiológicos de todas las fundaciones corporales normales y anormales y, por consiguiente, integrar la terapia somática y la psicoterapia”* (Lipowski, 1.996, P. 1) Documentado por Belloch y cols<sup>408</sup>.

Los editores de esta publicación antes mencionada, enfatizaron en aspectos positivos asociados a esta nueva disciplina y destacan:

*“La Medicina psicósomática es una aproximación psicológica a la medicina general y a sus especializaciones.*

*Se interesa en las interrelaciones entre la vida emocional y todos los aspectos corporales.*

*Se basa en que no existe una distinción lógica entre la mente y el cuerpo y... esto implica investigar la correlación entre los procesos psicológicos y los fisiológicos de los seres humanos”<sup>409</sup>.*

---

<sup>404</sup> COLBERT, Don. Op. cit., p. 56.

<sup>405</sup> JOYCE-MONIZ Luis y BARROS Luisa. Op., cit. p. 21.

<sup>406</sup> *Ibíd.*, p. 21.

<sup>407</sup> BELLOCH, Amparo; SANDIN, Bonifacio y RAMOS, Francisco. Op. cit., p. 403.

<sup>408</sup> *Ibíd.*, p. 403.

<sup>409</sup> *Ibíd.*, p. 404.

En realidad no es una especialidad médica sino una nueva concepción de la medicina que no es equivalente a la psiquiatría ni a ninguna otra especialidad médica; que se basa en el diálogo del médico y la persona donde la escucha del otro es el núcleo de la relación terapéutica. Existen dos concepciones ambiguas de la medicina psicosomática:

- **La concepción holista, biopsicosocial o de totalidad**, o sea de inseparabilidad entre lo psíquico y lo somático; donde la enfermedad debe ser considerada como un producto de la interacción mente - cuerpo. Aparte de la perspectiva psicobiológica, crecen las corrientes psicoanalítica y psicofisiológica, importantes dentro de la psicología.

- **La concepción psicógena** toma el concepto de psicosomático desde la causalidad o naturaleza etiológica, que juega papel importante en el desarrollo de la enfermedad. La relación de los factores psicológicos como bien los describe Elizabeth Lenz y cols., entre ellos, los emocionales son fundamentales y pueden ser causales importantes de enfermedad, descritos en la antigüedad por Hipócrates y Galeno. De esta forma, el término psicosomático denota multicausalidad e interrelación y es lineal con la psicogénesis; por tanto Lipowski evidenciado en Belloch y cols., invita a no utilizar el concepto de psicosomático para determinar causalidad, sino para referenciar las relaciones recíprocas entre los factores psicosociales y la propia biología del ser humano<sup>410</sup>.

Para Nieto Munera y cols., los factores psicosociales generadores de vulnerabilidad coronaria como el estrés psicosocial, tiene como mecanismo biológico la activación del eje hipotálamo hipófisis-médula suprarrenal, convirtiéndose en el principal nexo entre las variables psicológicas y los trastornos cardiovasculares<sup>411</sup>. Los factores psicosociales relacionados involucran la personalidad (tipo A y D), afrontamiento y factores sociales; de manera importante, los autores documentan que los enfermos coronarios presentan frecuentemente un cambio biográfico uno o dos años antes del infarto o la angina y en ello están implicadas emociones displacenteras (disgustos, frustraciones, fracasos); además, estas personas enfermas, evalúan los acontecimientos más estresantes y consideran el entorno mucho más amenazador, frente a la pérdida situacional o de estatus. En suma, la enfermedad coronaria, está asociada a sucesos de tipo laboral en doble sentido una, donde existe una alta demanda y control, la sobrecarga de trabajo es considerada un factor precipitante de sucesos cardiovasculares y dos: el pobre apoyo social, enmarcada en situaciones cotidianas de incomunicación y conflicto familiar, también se asocian a eventos cardíacos deletéreos<sup>412</sup>.

Dos personalidades se ven involucradas en la génesis y expresión de la cardiopatía isquémica, en donde existe una elevada reactividad cardiovascular y neuroendocrina mediada por el estrés:

- **El patrón de conducta tipo A** particularmente observado por Friedman y Rosenman en 1959, dos cardiólogos que encontraron están características en personas con cardiopatía isquémica:

---

<sup>410</sup> BELLOCH, Amparo; SANDIN, Bonifacio y RAMOS, Francisco. Op. cit., p. 404 - 405.

<sup>411</sup> NIETO MUNUERA, Joaquín, et al. Op. cit., p. 200-201.

<sup>412</sup> *Ibíd.*, p. 201.

**“Manifestaciones conductuales típicas** como el movimiento rápido, la tensión del cara, gesticulación excesiva, tono del habla enérgico, aire de impaciencia. **Manifestaciones Comportamentales:** exceso de ambición, agresividad, impaciencia y competitividad desmedida. **Reacciones emocionales:** ira/hostilidad frente a los obstáculos para conseguir las metas y finalmente, **el sistema de creencias y valores de carácter sociocultural** como el miedo al fracaso, sumado a la constante necesidad de probar su valía personal.” En ellos. La impaciencia-urgencia, la sobrecarga laboral y el complejo ira-hostilidad son el núcleo esencia del patrón tipo A relacionado en estudios epidemiológicos, donde lo ubican como responsable directo de la enfermedad coronaria<sup>413</sup>.

- **La personalidad tipo D** o “Disestresora” o de componente angustioso, expresa elevados grados de inhibición social, incapacidad para la interacción social, sensación continua de bajo apoyo social, carácter de afectividad negativa, expresiones repetidas de emocionalidad negativa, ya mencionada en capítulos anteriores.

- **La personalidad tipo B**, parece contraria a la personalidad tipo A, se encuentra en personas relajadas, asertivas, tranquilas, que no se perturban cotidianamente, se sienten satisfechas; es una personalidad empática, cálida y segura. Del mismo modo la personalidad tipo C o de inhibición emocional, exhibe un carácter pasivo, indefenso, conformista, complaciente con los demás, reflejando una estima baja y pobre imagen de sí mismo.

Los trastornos emocionales se han evidenciado en múltiples estudios que soportan los argumentos de Nieto Munuera y cols., donde se ha encontrado que personas tras un evento coronario tipo infarto del miocardio, tienen mayor prevalencia de depresión mayor grave, representada en 25% y depresión mayor o menor en 6.5%; de este mismo modo la ansiedad se ha encontrado en 50% de las personas con SCA hospitalizadas en unidades coronarias<sup>414</sup>, estos aspectos empobrecen no solo el funcionamiento, el bienestar, sino también elevan las cifras de mortalidad<sup>415</sup>. De hecho las manifestaciones somáticas frecuentes encontradas en estos estados continuos de ansiedad, están ligadas a otros síntomas tales como disnea, sensación de ahogo, opresión en el tórax y taquicardia y 40% de las quejas de somatización son relacionadas con ansiedad y depresión<sup>416</sup>.

**Otras visiones psicósomáticas.** Una mirada multidimensional de los síntomas que permiten centrar el interés en la interpretación y no en la causa y puede ser de interés

---

<sup>413</sup> NIETO MUNUERA, Joaquín, et al. Op. cit., p. 202.

<sup>414</sup> *Ibíd.*, p. 208-209.

<sup>415</sup> *Ibíd.*, p. 209.

<sup>416</sup> *Ibíd.*, p. 212.

para enfermería; es la planteada por TDETHLEFSEN Thorwald y DAHLKE Rüdiger<sup>417</sup>, claramente en contravía al pensamiento positivista, en un discurso que escapa al modelo tradicional de la argumentación o crítica científica de la medicina tradicional y con una visión meramente interpretativa de los temas de las enfermedades y sus síntomas; expresa el marco filosófico de la medicina desde una perspectiva cercana a lo psicosomático no radical.

Dicho de otra forma: “Enfermedad y salud son conceptos singulares, puesto que se refieren al estado del Ser Humano y no a órganos o partes del cuerpo; el cuerpo nunca está sano ni enfermo, ya que este es el vehículo para la manifestación de la mente”. Síntomas existen muchos, pero ellos son expresiones de un único e invariable proceso llamado enfermedad (plano de conciencia) y síntoma (plano corporal)<sup>418</sup>. Basados en estos conceptos, cuando en una persona se manifiesta un síntoma, este irrumpe de manera brusca la vida cotidiana, se convierte entonces en una señal que llama y reclama atención; en este sentido la función de los profesionales en salud que atienden estas personas enfermas, tiene como objetivo central interpretar el síntoma en función de cómo lo vive la persona y finalmente de esta manera poder erradicarlo, con esto se consigue desterrar no solo el síntoma sino la enfermedad<sup>419</sup>.

El síntoma puede ser considerado “una expresión visible de un proceso invisible” y ya que se convierte en una señal, interrumpe el proceder habitual, informa de una anomalía y obliga al sistema a considerar una evaluación minuciosa, para verdaderamente eliminar la causa y no el síntoma; con lo cual se entra a un entendimiento del ser humano no dividido por dimensiones que pudieran fraccionar su entendimiento, sino desde una visión totalitaria compuesta de esferas no medibles que invitan más a la comprensión del Ser<sup>420</sup>.

Desde esta perspectiva y como aporte a Enfermería como disciplina: El síntoma es un portador de información, indica que algo está fallando, expresa un defecto y avisa la existencia de una carencia<sup>421</sup>. Esta visión apunta al entendimiento del síntoma, e invita a la persona a no considerar a este, como un enemigo a eliminar, descubriendo en él un aliado que pudiera ayudarlo a encontrar su verdadero significado y así vencer la enfermedad. Dicho de otra forma, este síntoma puede conducir a un mejor aprendizaje, a conocer su verdadero lenguaje psicosomático o sea la relación entre el cuerpo y la mente, se puede aprender a entender el significado los síntomas y sus verdades<sup>422</sup>.

TDETHLEFSEN Thorwald y su colaborador en su obra, reconocen el aporte que hace la medicina tradicional en el plano material, pero convocan a la reflexión sobre el abandono de las otras esferas que componen al Ser Humano; de ahí se interpreta la enfermedad no

---

<sup>417</sup> TDETHLEFSEN, Thorwald y DAHLKE, Rüdiger. La enfermedad como camino: Un método para el descubrimiento profundo de las enfermedades. Traducción: DE LA FUENTE Ana María. D.R Random House Mondadori S.A. México DF. Enero 2010. 320 p.

<sup>418</sup> *Ibíd.*, p. 18.

<sup>419</sup> *Ibíd.*, p. 20.

<sup>420</sup> *Ibíd.*, p. 21.

<sup>421</sup> *Ibíd.*, p. 22.

<sup>422</sup> *Ibíd.*, p. 22.

como un obstáculo en el camino, sino por el contrario el camino por donde el individuo avanza hacia la curación; llevando a la elaboración de una conciencia distinta<sup>423</sup>.

Tanto la medicina, la psicología y la sociología buscan las causas reales y auténticas de los síntomas de la enfermedad, pero esta es una de las razones por las cuales no se dimensiona el concepto de vulnerabilidad, ya que se marginaliza por tiempo o espacio, el conocimiento de la misma persona desde dos direcciones, pasado y futuro. Cada manifestación o síntoma posee forma y contenido y está determinada por el pasado y el futuro. Si se logra dividir la enfermedad en sus múltiples formas de expresión sintomática, que representen todos los pasos hasta el objetivo, idealmente se podría interrogar en profundidad cada síntoma, para saber cuál es el propósito, qué información posee y poder así saber el paso a dar en cada momento. Aquí hay una clara división del modelo psicossomático clásico, el cual se enfoca más en el pasado (es la posición del autor), y en este nuevo modelo propuesto la causalidad final se desarrolla con independencia del tiempo<sup>424</sup>.

El Ser Humano necesita de tiempo para encontrarse con la totalidad, su propia evolución Y conocimiento de sí mismo, escapando del pasado, puesto que la confrontación con el mismo, puede ser generador de proyecciones de culpa, en este sentido se debe proteger al ser humano de sentirse víctima de las circunstancias y de sí mismo, evitando la posibilidad de la transformación<sup>425</sup>.

Para la interpretación de los cuadros sintomáticos TDETHLEFSEN y DAHLKE proponen de manera importante:

**1. Regla. Referente a la interpretación de los síntomas:** Renunciar a las aparentes relaciones causales en el plano funcional, solo debe importar, cómo es y no, el porqué de su causa. El momento exacto de aparición del síntoma, puede aportar información trascendental sobre la índole de los problemas manifestados en ellos, que sucesos discurren sincrónicamente con su aparición, esto forma parte del marco de la sintomatología y deben ser considerados en conjunto, como lo plantea la visión psicológica desde el modelo psicossocial de la psicología de la enfermedad<sup>426</sup>.

No se deben considerar hechos externos, sino examinar como lo plantea la teoría cognitiva los procesos de pensamiento, temas y fantasías que ocupaban al individuo cuando se presentó el síntoma: ¿Cuál era su ánimo, había tenido noticias o cambios trascendentales en la vida? Hechos triviales en su mayoría son tomados como insignificantes en el común de las mujeres, terminando por subestimar sus síntomas que pueden ser manifestaciones importantes de tipo conflictivo, reprimidos de los hechos en cuestión, que generalmente son desechados o despreciados por ellas mismas; así se aporta al autoconocimiento y al entendimiento del síntoma<sup>427</sup>.

---

<sup>423</sup> TDETHLEFSEN, Thorwald y DAHLKE, Rüdiger. Op. cit., p. 24.

<sup>424</sup> *Ibíd.*, p. 95.

<sup>425</sup> *Ibíd.* p., 97.

<sup>426</sup> *Ibíd.*, p. 98.

<sup>427</sup> *Ibíd.*, p. 98.

**2. Regla. Analizar el momento de la aparición de los síntomas:** “Indagar la situación personal, pensamientos, fantasías, sueños, acontecimientos y noticias que sitúan el síntoma en el tiempo”<sup>428</sup>. Aquí gana vital importancia el escuchar, puesto que la palabra tiene en su fondo su propia sabiduría para entrar en el reconocimiento del significado de los síntomas; el lenguaje del Ser Humano es psicosomático, casi todas las frases, palabras con la que se expresa estados físicos, son remanentes extraídos de experiencias corporales.

**3. Regla “Ni la mente genera síntomas corporales, ni los procesos corporales determinan alteraciones psíquicas”.** En cada plano siempre se encuentra el modelo analógico, todo es por tanto síntomas, los cuales se diferencia únicamente en la valoración subjetiva que su poseedor les atribuye<sup>429</sup>. En este caso sí en la interpretación de los cuadros clínicos, se percibe en la persona un tono peyorativo esto es indicio que la valoración lo cohibe.

**4. Regla Hacer abstracción del síntoma, convirtiéndolo en un principio y trasladarlo al plano psíquico.** Es importante escuchar las expresiones idiomáticas, que serán claves, puesto que el lenguaje del Ser Humano es psicosomático. “El síntoma hace corregir los desequilibrios, ya que el hiperactivo se obliga a descansar, el hiperdinámico es inmovilizado, el demasiado comunicador es silenciado”. La enfermedad por tanto, es una crisis y obliga a evolucionar para trascenderla<sup>430</sup>. Dos preguntas entran de manera importante: ¿Qué le impide y qué le propone este síntoma?; con ellas se revela rápidamente el tema central de la enfermedad. El llamado desplazamiento del síntoma, todos ellos expresan el tema básico, su valoración conduce de manera profunda a hilar el fenómeno conductor, análogamente cada síntoma es un llamamiento a ver y comprender el problema de fondo<sup>431</sup>.

En el marco de esta teoría psicosomática, se expone el concepto sobre las personas que no escuchan a su corazón, que no se atreven a dejarse alterar por las emociones aferrándose a la razón, a la norma y no están dispuestas a dejarse gobernar por los sentimientos. En este caso la emoción pasa al terreno de lo somático y se empiezan a expresar trastornos cardíacos; angina que equivale a angostura, estrechez del corazón, por esta razón la medicina tradicional ofrece a estos enfermos en crisis, vasodilatadores arteriales que dilaten sus estrecheces, pero sumado a esto se debería también intervenir con terapias que permitan a la persona relajar su posición en la vida y permitirse sentir.

De la misma forma, un ataque cardíaco o infarto, es la suma simbólica de todos los ataques no expulsados, una forma de expresar el estrés por la sobrevaloración de fuerzas en el individuo y de su yo, cuyo dominio de la voluntad los aíslan de la corriente de la vida, por tanto “solo un corazón duro, puede quebrarse”<sup>432</sup>. Son puntos de reflexión,

---

<sup>428</sup> TDETHLEFSEN, Thorwald y DAHLKE, Rüdiger. Op. cit., p. 98-99.

<sup>429</sup> *Ibid.*, p. 101.

<sup>430</sup> *Ibid.*, p. 102.

<sup>431</sup> *Ibid.*, p. 113-114.

<sup>432</sup> *Ibid.*, p. 238.

donde tienen cabida y valor, cada una de las diversas teorías que permiten el entendimiento de la enfermedad cardiovascular.

En síntesis, la presente investigación con esta revisión pretendió divulgar las aproximaciones teóricas que pueden ayudar a dilucidar, elementos tan complejos como son “los síntomas”, cada una desde perspectivas diferentes, exaltando los elementos más importantes de cada una de ellas. Son múltiples las corrientes en cuanto a la valoración se refiere, para mostrar a la disciplina que existen otros elementos diferentes a la biología, que aportan de manera importante al entendimiento, reflexión y abordaje del complejo mundo de la mujer y su subjetividad.

Por lo anterior, el diseño del instrumento **WSCDI**, para la Valoración de los Síntomas Coronarios en la Mujer, luego de una extensa revisión de posibilidades de abordaje teórico, tuvo como constructo orientador el primer concepto de la TOUS “Síntomas”, siendo el dolor, las náuseas, la fatiga y disnea, los síntomas más estudiados; pero en una amalgama de síntomas como los que expresan el género femenino, se hizo necesario integrar al instrumento, tanto la teoría de enfermería como la Teoría de Lazarus y Folkman “Teoría psicosocial de la Cognición sobre la Emoción y la Conducta Concreta”, en su primer concepto “evaluación primaria”; permitiendo incorporar como los síntomas N, los síntomas de contenido negativo, expresiones y a la vez fenómenos derivados de la compleja enfermedad coronaria, a saber: tristeza, depresión, ira/hostilidad y distrés.

Este hallazgo en particular “Síntomas N” en la investigación, denominados “Síntomas psicosociales desagradables” se convierte en un aporte investigativo singular, que permite expandir y abrir una compuerta a la teoría de los síntomas desagradables (y otras teorías) para el análisis de otras categorías de síntomas que aún no se han estudiado y esto podría contribuir en el tiempo, a mayores desarrollos a la Teoría de Lenz y colaboradores. En suma, aportar el soporte teórico a esta categoría de síntomas psicosociales, un constructo como el de Lazarus y Folkman, naciente de la reflexión de múltiples teorías expuestas en este marco, en esta investigación permitió, hacer una propuesta de instrumento con una clara fusión de elementos biológicos, psicológicos y sociales, propios de una verdadera valoración multidimensionalidad y un marco ampliado a la valoración clínica de enfermería de la mujer con enfermedad coronaria.



## 3. Marco de diseño

### 3.1 Tipo de estudio

Este estudio metodológico de tipo psicométrico, basa su diseño del instrumento en el primer concepto mayor: Síntomas, extraído del constructo de la Teoría de los Síntomas Desagradables de Elizabeth Lenz, Frederick Suppe, Audrey Gift, Renee Milligan y Linda Pugh 1997, con adición de los síntomas de emocionalidad negativa que afectan la cognición, revisados desde el modelo de la Teoría Psicosocial de Lazarus y Folkman.

Una tarea fundamental para iniciar el diseño de un instrumento o test es la definición del constructo y es considerado el problema más difícil en la elaboración de instrumentos. Situación que no aplica para esta investigación, pues la naturaleza práctica de la Teoría de Lenz y colaboradores, clasificada en el Rango Medio de complejidad, se consideró como la estructura teórica que más aporta a la instrumentación del diseño propuesto y provee las dimensiones necesarias para la construcción de los ítems; en consecuencia, es la guía para la selección del Concepto Central: Síntoma, con sus variables dolor, disnea, náuseas, vómito; sus subdimensiones calidad, intensidad, duración y angustia, como para la selección de los indicadores más relevantes del test.

Cabe recalcar que la selección de la Teoría de Elizabeth Lenz, Audrey Gift, Frederick Suppe, Renee Milligan y Linda Pugh, obedeció no solo por su nivel de abstracción, sino también a que la gran mayoría de las indagaciones y caracterizaciones de los síntomas de la mujer realizadas por el Grupo de Cuidado para la Salud Cardiorrespiratoria de la Universidad Nacional de Colombia, tienen como asentamiento teórico principal ésta teoría; destacada en las investigaciones cualitativas “de gran utilidad” por Rincón<sup>433</sup>.

El concepto de estudio metodológico hace referencia al conjunto de procedimientos basados en principios derivados de los terrenos de la lógica, utilizados para alcanzar el objetivo propuesto. En relación con el concepto psicométrico se define como el estudio que intenta dar fundamento probabilístico al problema de la medición de constructos subjetivos e inobservables, bajo un modelo matemático que relaciona la probabilidad de respuesta a un ítem con la aptitud general de las personas.

La Teoría de los Síntomas Desagradables (TOUS) es un constructo bien especificado, disponible ampliamente en la literatura, es una teoría multidimensional que provee los conceptos necesarios para la interpretación y medición de los síntomas en la mujer con

---

<sup>433</sup> RINCÓN OSORIO, Fanny et al. La mujer con enfermedad coronaria. Op. cit., p. 138.

enfermedad coronaria con una perspectiva clínica práctica. La TOUS vista desde su estructura teórica por Amaya Rey et al., resaltan que es muy importante “el descubrir conglomerados de síntomas y no síntomas únicos o aislados”; en este aspecto ubican tan solo a la Teoría de los Síntomas Desagradables de Lenz y el Modelo Conceptual del Manejo del Síntoma de Marilyn Dodd y colaboradores, que abogan por la concurrencia de más de un síntoma<sup>434</sup>.

En este mismo sentido la Teoría de Lenz y cols., sostiene que los mismos factores pueden estar involucrados en la experiencia de varios síntomas, aportan elementos valiosos para la comprensión de la experiencia de conglomerados de síntomas y no son tan solo fragmentos de dicha experiencia<sup>435</sup>, compartiendo una visión similar a la del Modelo de Dodd.

Para Lenz, “un síntoma se conceptualiza como una experiencia multidimensional, que puede medirse separadamente o en combinación con otros síntomas. Existen similitudes entre los síntomas que permiten que se establezcan relaciones recíprocas con factores comunes que influyen es su aparición y desarrollo<sup>436</sup>; razones de contexto práctico y de conceptualización teórica, hacen que este proyecto investigativo se enmarque en los conceptos de Lenz y colaboradores, sumados al concepto psicosocial, para el diseño y construcción del instrumento permitiendo agrupar y medir un conjunto de preguntas o ítems necesarios para generar los datos y alcanzar los objetivos del diseño que es valorar los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria, desde una perspectiva de una verdadera enfermería multidimensional.

## 3.2 Universo del estudio

Compuesto por 260 artículos científicos, obtenidos de Bases de Datos reconocidos en Ciencias para la Salud, que permitieron el acceso a revistas nacionales e internacionales de alto nivel de indexación, aportantes de estas evidencias reportadas entre el 2001 y 2012, centradas en el atributo: **Síntomas** en la mujer con enfermedad coronaria. Por tal motivo, ésta investigación metodológica, esta centrada en el diseño y validación del primer instrumento de Valoración de los Síntomas en la Mujer con Enfermedad Coronaria y utilizó como eje central la Teoría Psicométrica Teoría Clásica de los Tests y como constructo orientador la Teoría de los Síntomas Desagradables, en su Primer Concepto “SINTOMAS”.

## 3.3 Muestra

Luego de un primer escrutinio y crítica de artículos científicos, se seleccionaron 66 evidencias relevantes para la investigación; las cuales se sometieron a un sistema de mayor análisis: Crítica Metodológica y Crítica Empírica, las cuales permitieron seleccionar del pool de evidencias, el nivel de ponderación necesario para sustentar su

---

<sup>434</sup> AMAYA, R. Pilar y CÉSPEDES, Viviana Marycel. Op. cit., p. 150.

<sup>435</sup> *Ibíd.*, p.150.

<sup>436</sup> *Ibíd.*, p.150.

importancia en la construcción del instrumento. Esta crítica tan necesaria en estudios rigurosos, siguió al diseño implementado en esta investigación que reúne conceptos centrales de los Modelos de las Revisiones Integrativas y Sistema Conceptual Teórico Empírico de Jackeline Fawcet.

De esta crítica se obtuvo la MUESTRA denominada “Piezas de Investigación”, asignada a las evidencias que obtuvieron UN PONDERADO DE ALTA CALIDAD (80% al 100% de la ponderación). Las evidencias con PONDERADO DE MEDIA CALIDAD (60% a 79% fueron extraídas ya que no contenían el mínimo puntaje para clasificar a esta denominación), de tal forma que el pool de pruebas científicas lo conformaron tan solo **30 estudios científicos**. Del grupo de investigación de la Universidad Nacional, Cuidado para la Salud Cardiorrespiratoria, en su línea Cuidado a la Mujer con Enfermedad Coronaria, clasificaron para la construcción del instrumento con un ponderado de ALTA CALIDAD, sólo 5 piezas investigativas, cuyo constructo referente era la TOUS, ya que infortunadamente de otras investigaciones de la línea no se habían publicado sus artículos.

### 3.4 Control del diseño

El control del diseño se fundamentó en las directrices propuestas por Hernández Sampieri et al., para controlar los males que entorpecen los procesos de validez y confiabilidad; en este proyecto de investigación, destacaremos las siguientes:

- Lo primero hace referencia el tener como respaldo un constructo reconocido que sea el pilar fundamental para articular en cada dimensión y subdimensión del atributo, el modelo psicométrico que se va a diseñar. En este constructo denominado Teoría de los Síntomas Desagradables TOUS, en forma inicial se revisa críticamente su contribución al desarrollo de la práctica e investigación disciplinar; demostrando en el tiempo, poseer capacidad para dirigir los objetivos no solo de esta investigación, sino de otras temáticas de interés en enfermería.
- Se evitó la improvisación, por medio de la aplicación de métodos estandarizados de análisis y crítica tanto metodológica y empírica de las piezas investigativas, lo mismo que su ponderación, el cual sigue de forma rigurosa los estándares de la Revisión Integrativa y del Sistema Conceptual Teórico Empírico expuesto en forma ejemplar por Jackeline Fawcet.
- Asesoría por expertos en psicometría y área temática. Se dedicó el tiempo necesario para producir la matriz de Ítems siguiendo en forma rigurosa el modelo Psicométrico, sobre la cual se edifica el instrumento de valoración. Es claro para el investigador que la mejor forma de evitar errores en el diseño se basa en tener un excelente conocimiento de los conceptos teóricos que la sustentan y establecer los criterios de evaluación de las piezas de investigación en las que soporta el proyecto.
- Ajustar el instrumento y refinarlo previamente antes de ser sometido a las pruebas de validez; para que la muestra incluyente lo encuentre apropiado a sus condiciones de lenguaje y contexto.
- Claridad de las condiciones en las que se realizaría la medición de las validaciones; tanto en la extensión como en el tiempo dispuesto para la misma.
- Análisis de la validez de contenido por medio del Lawshe Modificado y normalizado por Tristán y el uso de software SPSS 20 para establecer el Coeficiente de Correlación de Kendall de los ítems y del instrumento.

### 3.5 Riesgos del diseño

Uno de los principales riesgos en el diseño del instrumento y que condiciona en forma grave su validez y fiabilidad, tiene su punto de partida en el buen uso de las piezas investigativas que soportan el estudio y modelan el diseño de la matriz de ítems, la cual no solo compete al uso original de los conceptos que guía el modelo teórico sobre el que se modela el test (Teoría de los Síntomas Desagradables de Lenz y cols.), sino del correcto uso de la evidencia empírica. Razón por la cual, para el desarrollo de la investigación y siendo coherentes con la complejidad del proceso, se requirió no solo de la verificación del director de la investigación, al método de las Revisiones Integrativas, para la ponderación de las evidencias, sino también el sometimiento del instrumento a prueba de expertos temáticos y psicométricos, que garantizaron la calidad del mismo.

Por tal motivo, una garantía de mayor calidad la ofrece el Sistema Conceptual Teórico Empírico S-CTE de Jacqueline Fawcett, el cual permite hacer tanto la crítica empírica como metodológica a cada pieza seleccionada, previa verificación de la categoría de indexación y ponderación del peso de la evidencia, establecida también por el método de las Revisiones integrativas.

### 3.6 Procedimiento

1. Determinación del vacío teórico y del constructo orientador. El primer requerimiento para dar inicio a la investigación, fue encontrar el vacío en el conocimiento sobre la valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria; posteriormente se procedió a fundamentar el área problema, la justificación del trabajo investigativo y demás elementos del proyecto. Esta investigación definió de forma temprana el constructo guía, para el diseño del instrumento, la Teoría de Lenz y colaboradores; por su posibilidad de ser aplicada a la práctica de enfermería y porque es la Teoría referente, de la mayoría de las indagaciones del grupo investigativo Cuidado para la Salud Cardiorrespiratoria, en su línea Cuidado a la Mujer con Enfermedad Coronaria, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Por lo demás, se documentó el valor y significado que ha tenido la Teoría de Lenz y cols., para el avance de la investigación en el mundo de la enfermería.
2. En forma siguiente, se procedió a obtener el Aval para el desarrollo de la investigación, por parte del Comité de Ética de la Universidad Nacional de Colombia y continuar con las fases del proyecto.
3. Proceso de obtención, consulta y selección de la literatura. Se procedió a establecer los términos de la búsqueda, luego a la consulta en las bases de datos, revistas indexadas y revistas internacionales tanto de enfermería como de medicina, sobre los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria.
4. Extracción y recopilación de la información de interés en la literatura. Se realizó la selección de evidencias necesarias para dar peso al Marco Teórico y se seleccionaron las piezas de investigación necesarias para el instrumento. La revisión de literatura y obtención de fuentes primarias, se obtuvo por medio de la realización de una extensa y objetiva búsqueda de estudios investigativos, artículos nacionales e internacionales publicados en revistas indexadas en el área temática

de estudio y en especial los trabajos de investigación desarrollados y publicados por el grupo de Cuidado para la Salud Cardiorrespiratoria de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia entre los años 2001 y 2012.

5. Profundización en el Marco Teórico y Crítica Teórica. Se realizó la crítica teórica aplicada a la Teoría de los Síntomas Desagradables de Lenz y cols., desde la perspectiva de grandes críticos del mundo de enfermería; de forma especial, se siguieron los planteamientos de Jackeline Fawcett y Garity y se soportó el avance de la teoría con las evidencias seleccionadas. Igualmente se profundizó en los aportes al marco teórico de la Teoría Psicosocial de Lazarus y Folkman.
6. Nuevos hallazgos en la Teoría de Lenz. Frente a la reflexión de la necesidad de construir un instrumento multidimensional, se determinó que los síntomas relacionados de la TOUS, se enmarcan tan solo en dos dimensiones, fisiológicas y psicológicas; por lo tanto se hizo necesario articular como **SINTOMA N**, los síntomas psicosociales y los síntomas fisiológicos menores, dando al instrumento en este sentido mayor capacidad de valoración multidimensional.
7. Desarrollo del Estado del Arte. Se determinaron los criterios de inclusión para las evidencias y se demuestra el rigor en la obtención de las mismas; de otro orden, se articularon dos sistemas para la crítica metodológica y empírica, aporte original de la presente investigación, el Sistema conceptual Teórico Empírico de Fawcett, con el método de Revisiones Integrativas, finalizando con la elaboración del sistema de ponderación de las evidencias, regido por los conceptos integrales de las revisiones integrativas y del SC-E expuesto de manera importante por Fawcett, como manera de garantizar la fidelidad en el manejo de las evidencias (Anexos 8,9,10) necesarios para obtener las proposiciones empíricas del instrumento.
8. Diseño y desarrollo del sistema psicométrico. Se identificaron las evidencias relevantes o fuertes que constituyen los sistemas lógico, empírico y numérico del banco de ítems. Construida la matriz de ítems, se procedió a diseñar las preguntas con los diferentes niveles de estimación.
9. Desarrollo de las validaciones. Siguiendo el Modelo de Lawshe y basados en la nueva propuesta del Doctor Agustín Tristán, donde se permite modificar este modelo para la validación cuantitativa del contenido no dependiente del número de expertos, se definieron los criterios para éste juicio y se diseñó la plantilla que utilizaron los jueces para las validaciones. Consecutivamente se determinaron los criterios de selección y el número del Pool de expertos, terminando esta fase con el informe de validación, que fue sometido a pruebas estadísticas para encontrar las coincidencias en el proceso, Coeficiente de Concordancia de Kendall  $W$  y posteriormente, el análisis del CVR' y CVI de Lawshe normalizado por Tristán, para interpretar el porcentaje de acuerdos entre los jueces.
10. Referente a la validación del instrumento por parte de la población objeto. Se determinaron criterios de inclusión y exclusión de la población necesaria para desarrollar esta primera prueba y además, se diseñaron las Guías de Información para las Participantes (Anexo 18), Procedimientos Institucionales para la Recolección de la Información (Anexo 19), el Plan Psicoterapéutico de Preparación para la Validación (Anexo 20), y el consentimiento informado escrito para participar en el estudio (Anexo 21), que garantizaron el cumplimiento ético en el desarrollo de

la prueba. Es importante tener en cuenta que dentro de éste procedimiento, se contemplaron una serie de garantías institucionales que se orientan a respetar el descanso y la recuperación de las mujeres con eventos coronarios. Por lo demás, contemplando la posibilidad de manipular aspectos psicológicos que pudieran desencadenar momentos de crisis emocionales, como sucedió con uno de los casos, se diseñó la Guía de Primeros Auxilios Psicológicos para la Intervención en Crisis Emocional (Anexo 22).

11. Instrumento final. Esta última etapa tuvo como punto final, el análisis de resultados, ajustes al instrumento y presentación formal del mismo en formato final (Ver Anexo 28) de presentación y formato para la población objeto (Ver Anexo 29).

### **3.7 Consideraciones éticas**

Es necesario iniciar esta discusión con aclaraciones respecto al Aval Ético Institucional, financiamiento del proyecto investigativo y el cumplimiento del marco ético durante el desarrollo de cada una de las fases de la investigación, relativos al respeto por la producción intelectual, derechos de autor, respeto por el patrimonio moral e intelectual de la institución y respeto por los principios éticos para la investigación en la mujer con enfermedad coronaria; los cuales se discutirán en forma siguiente.

El proyecto se presentó a la convocatoria de la Dirección de Investigaciones de Bogotá DIB, para apoyo en investigación de posgrado Modalidad 1 el 21 de junio de 2011 y allí obtuvo la asignación de presupuesto; motivo por el cual la presente investigación adquirió el concepto de cofinanciada, con aportes de esta división y recursos propios de la investigadora. Respecto al Aval Ético por parte de la Universidad Nacional, necesario para continuar con las fases de la investigación, se obtuvo el 15 de octubre de 2011.

#### **3.7.1 Respeto por la producción intelectual y derechos de autor.**

En referencia al concepto de protección a los derechos de propiedad intelectual; Gilson citado en Suárez, argumenta que el concepto hace referencia al “Respeto escrupuloso por la verdad”<sup>437</sup>. Esta investigación tuvo como intención reflejan una clara validez y consistencia teórica interna y externa, sus hallazgos se fundamentan en la veracidad y en la calidad del diseño construido; se dan los créditos necesarios a cada uno de los referentes teóricos e investigativos en cada caso. Para hacerlo evidente, la citación o reseña bibliográfica estuvo presente en cada argumentación, cuando existió el apoyo en conceptos no propios del autor.

Igualmente es válido para la investigación, el respeto por los conceptos de otros, limitando en extremo, comentarios descalificativos a los autores referenciados; en tal caso se conservó el juicio lógico y objetivo frente al análisis contributivo de investigaciones que presentaron limitaciones desde la óptica de la rigurosidad científica y por tal motivo se diseñó el sistema de ponderación de las evidencias.

---

<sup>437</sup> GILSON, Etienn. Conferencia dirigida a los postgraduados en artes y ciencias sobre ética en los estudios superiores y honradez intelectual. Citado por: SUAREZ, V., Federico. La honradez intelectual [en línea]. En: catholic.net. [consultado nov. 6, 2010]. Disponible en Internet: <http://es.catholic.net/jovenes/148/2534/articulo.php?id=21270>

### 3.7.2 Respeto por el patrimonio moral e intelectual de la institución.

La presente investigación partió de la base que la Universidad Nacional de Colombia tiene como responsabilidad social la innovación en el conocimiento, la aplicación rigurosa de políticas que rigen la investigación al interior de la universidad; permitiéndose cualificar las creaciones que serán presentadas a la comunidad nacional como internacional. Para tal efecto, los productos que se gestan al interior de los grupos investigativos, deben cumplir a cabalidad la normatividad establecida en el acuerdo 014 de 2006 (Acta 09 del 4 de abril de 2006), por el cual se crea y se organiza el sistema de investigación de la Universidad Nacional<sup>438</sup>.

Otro mecanismo de control que fortalece al Sistema de Investigaciones de la Universidad, es el Comité de Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de Colombia, “dedicado a promover la cultura de la propiedad intelectual al interior de la Universidad”<sup>439</sup>. En la sesión de éste Comité, realizada el día 29 de enero de 2007 se plantearon las políticas integrales en materia de propiedad intelectual, que se resumen en cinco grandes componentes:

- **Determinación de los intangibles con los que cuenta la universidad:** *Este aspecto parte de elaborar el inventario de intangibles, el cual incluye: productos y colecciones de la universidad que son susceptibles de protección conforme lo manda la Ley.*
- **Valoración de los intangibles, colecciones y productos desarrollados en la Universidad:** *Referido a la estima económica, técnica e incluso jurídica de cada uno de los mismos. Esto es importante puesto que harán parte del patrimonio intangible de la universidad.*
- **Protección a la propiedad intelectual de la universidad:** *Centrado en proteger y defender la institucionalización de la propiedad intelectual y de su valoración moral y económica de la labor desarrollada por investigadores, funcionarios y estudiantes de la universidad.*
- **Promoción de la Propiedad Intelectual:** *Dirigida a fomentar el respeto por la propiedad intelectual en cada uno de los diferentes niveles de formación y producción investigativa de la universidad.*
- **Establecimiento de funciones de un órgano gestor y asesor:** *Todos los aspectos señalados anteriormente se articulan alrededor de dependencias y organismos institucionales, encargados de planear y*

---

<sup>438</sup> UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Consejo Superior Universitario. Acuerdo Número 014 de 2006. Por el cual se crea y organiza el Sistema de Investigación de la Universidad Nacional de Colombia. 2006, p. 1-6.

<sup>439</sup> UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Comité de propiedad intelectual. Políticas sobre propiedad intelectual. Bogotá 29 de enero. 2007, p. 1-6. [Consultado agosto 4, 2010]. Disponible en Internet: <http://www.unal.edu.co/estatutos/egeneral/anexo2.html>

*ejecutar las acciones establecidas por las políticas, en concordancia con la realidad universitaria de la nación*<sup>440</sup>.

Por lo anterior, esta investigación entiende que es fundamental exponer en cada una de las fases de su desarrollo, la valoración y el respeto por la propiedad moral institucional de cada una de las piezas intangibles de la Universidad Nacional de Colombia; ya que el sustento teórico de la investigación se basó en la utilización de las colecciones investigativas del grupo de Cuidado para la Salud Cardiorrespiratoria de la Universidad.

### **3.7.3 Rigurosidad en la validación del instrumento.**

El proyecto se contextualiza en el marco legal vigente para las investigaciones en personas en Colombia, Resolución número 8430 de octubre 4 de 1993, según la cual se considera de baja complejidad por no presentar riesgo para la salud física humana<sup>441</sup>. Pese a lo anterior desde la reflexión del componente ético de la investigación, la investigadora consciente de su responsabilidad social, es clara en precisar que el uso inadecuado del instrumento puede causar perjuicios psicológicos a los sujetos que respondan el test y otros pueden ser susceptibles de afectación por las decisiones derivadas de los mismos. Por esta razón se tuvo la conciencia de realizar un meticuloso y riguroso estudio de las evidencias reportadas en las piezas investigativas que dieron el suficiente soporte al diseño y se brindaron garantías desde lo psicológico durante la validación facial. En la esfera institucional se solicitó el Aval Ético correspondiente, explicando los objetivos y justificando la utilidad de la información obtenida para el fortalecimiento del cuidado de enfermería, asegurando la aplicación del instrumento a la muestra en las mejores condiciones para su estabilidad emocional.

El marco general ético de la presente investigación, se focalizó en la recuperación del protagonismo del género femenino a través de validar sus síntomas, frente a una ponderación mayor de la patología sobre sus manifestaciones y tal vez significados; permitiendo así a la enfermería contribuir a mejorar la calidad ética y moral de las decisiones de cuidado que el profesional de enfermería debe tomar con este grupo de personas y así orientar objetivamente el cumplimiento de la finalidad del cuidado de enfermería: el cuidado de la experiencia humana.

Basados en los enunciados de Polit y Hungler<sup>442</sup>, ésta investigación se enmarcó en los aspectos normativos correspondientes a la Universidad Nacional de Colombia, en cada una de las etapas del proceso investigativo; desde sus inicios contó con el apoyo y supervisión de los docentes de las áreas temáticas y metodológicas de la institución. En suma, se obtuvo el Aval ético de la investigación por parte del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, el 25 de mayo de 2011 para posteriormente continuar con las fases establecidas.

---

<sup>440</sup> UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Comité de propiedad intelectual. Políticas sobre propiedad intelectual. Op. cit., p. 3-4.

<sup>441</sup> BLANK, Abraham y RODRIGUEZ, Erik. Derechos humanos y consentimiento informado en las investigaciones biomédicas en Colombia [en línea]. En: Colombia Médica Universidad del Valle. Cali, Colombia. 2004, vol. 35 no. 4. [Consultado 07/06/2010] Disponible en Internet: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol35No4/BODY/CM35N4A9.HTM>

<sup>442</sup> *Ibíd.*, p. 145.



### 3.7.4 Principios Éticos en la investigación.

**3.7.4.1 Principio de Beneficencia/ No Maleficencia:** *“Por sobre todas las cosas, no dañar”*<sup>443</sup>.

**No maleficencia:** *“No hacer daño”* implicó para este proyecto, tener extrema prudencia en el diseño del instrumento, conducente a tener la suficiente cualificación y validación del mismo, para que no generara ambigüedades, ni mucho menos perturbaciones en el componente psicológico de la persona.

De manera honesta y anticipada, el autor reconoce que todas las decisiones e intervenciones en la investigación humana enfrentan algún tipo de riesgo y cierto grado de INCERTIDUMBRE que se intentó limitar con el asesoramiento de expertos y en la claridad conceptual de los síntomas coronarios en la mujer por parte de la autora de la obra<sup>444</sup>. Este proyecto advirtiendo que el contenido del instrumento toca el área psicológica de la persona para hacer las indagaciones sobre los síntomas psicosociales, encuentra coherente el objetivo de trabajo y tuvo en cuenta que los planteamientos pudieran detonar sentimientos o emociones negativas que llevaran a predisponer el desarrollo o expresión de susceptibilidad en la mujer abordada.

En tal sentido, la responsabilidad de la investigación va más allá de la consecución de objetivos y el bienestar de la mujer se pondera como pilar fundamental de la protección de derechos en salud; por tanto, previo al análisis del Asesor Experto en psicología, se realizó de forma anticipada la elaboración y aplicación de la Guía de información para el participante en la validación del instrumento: “Valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria”(Anexo 18) y en caso de necesidad el Plan psicoterapéutico de preparación para la validación del instrumento: “Valoración de los Síntomas en la Mujer con Enfermedad Coronaria” (Anexo 20), como una guía introductoria a los facilitadores de la validación facial. Como parte de las garantías correspondientes a ponderar la salud, sobre el desarrollo de logros investigativos y también como garantías de la investigación se elaboró la Guía de Primeros Auxilios Psicológicos en Situación de Crisis Emocional (Anexo 22).

**3.7.4.2 Principio de Respeto a la Dignidad Humana.** En este ámbito se reconsidera lo que es respetuoso y correcto con la humanidad. Un punto importante lo discute Arguedas cuando enuncia el problema de la investigación pensada sin evaluación bioética: “no solo es ilógico y desproporcionado sino también una pérdida de tiempo y de recursos”<sup>445</sup>. Por lo tanto el proyecto propendió en esencia en dar valor a los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria y contribuir a la conceptualización de una nueva semiología de género, a partir de un proceso sistemático de alto rigor científico.

---

<sup>443</sup> POLIT, Denise y HUNGLER, Bernadette. Op. cit., p. 112.

<sup>444</sup> ESPAÑA. Ley 41/2002, 14 de noviembre. Básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En: Boletín Oficial del Estado. 15 noviembre, 2002, no. 274, p. 40126 – 40132. [Consultado agosto 25, 2010]. Disponible en Internet: <http://www.medvnet.com/elmedico/derecho/lev41.2002.htm>

<sup>445</sup> ARGUEDAS, Olga. El Ángulo del Investigador: Elementos básicos de la Bioética en investigación. En: Acta Médica Costarricense. Colegio de Cirujanos. abril-junio 2010, vol. 52 no.2, p. 76-79.

**3.7.4.3 Principio de Autonomía.** Este principio validado por medio del derecho a la autodeterminación, derecho al conocimiento irrestricto de la información y la aplicación del derecho informado; fué necesario para la investigación demostrar las medidas de seguridad que evitaran exponer a riesgos de vulneración los derechos de las mujeres. Por tal motivo se contó primero con el Aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia (Anexo 1), posteriormente se solicitó el Aval en la institución donde se llevó a cabo la Prueba Piloto (Anexo 2) y se obtuvo el Aval ético institucional de la Clínica San Marcel IPS Confamiliares de la ciudad de Manizales el 25 de junio de 2012 (Anexo 3), donde se llevó a cabo la aplicación empírica del instrumento diseñado a población objeto, posterior a la Validación Facial y de contenido por expertos; y los criterios de inclusión ya mencionados, (Anexo 21).

La tercera medida fué el acercamiento educativo de la población objeto, con el ánimo de reforzar y validar sus experiencias, por medio de su valiosa participación para cualificar el instrumento. Para lo cual se diseñó la Guía del Procedimiento Institucional para la Recolección de la Información (Anexo 19) que orientó la forma de aplicar el instrumento en la institución de salud autorizada y además la Guía de Información para el Participante en la Validación del Instrumento (Anexo 18). Finalmente conscientes del riesgo de desencadenar durante la validación facial por parte del grupo de mujeres que cumplen los criterios de inclusión, crisis de tipo emocional, se diseñó la Guía de Primeros Auxilios Psicológicos en Situaciones de Crisis Emocional, el cual podía ser aplicado por cualquier persona participante en la investigación (Anexo 22).

**3.7.4.4 Principio de Justicia.** Este principio que se valida por medio del derecho a un trato justo, derecho a la privacidad, al igual que el Principio de Autonomía que se defiende en la investigación, se respetaron los criterios y observaciones de la población objeto; el proceso de recolección de los datos se rigió por el secreto profesional, conservación de la intimidad y limitación en la publicación de datos personales y se mantuvo en reserva tanto los hallazgos como la identidad de todos las personas participantes.

### **3.7.5 Ley 911 de octubre 5 de 2004.**

Responsabilidad Deontológica para el ejercicio de la Profesión de Enfermería en Colombia. De acuerdo con estas disposiciones y en referencia al Capítulo II, Artículo 3º: que versa sobre *“El acto de cuidado de Enfermería, Ser y Esencia del ejercicio de la profesión. Se fundamenta en sus propias Teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas”*<sup>446</sup>.

Esta Resolución, es clara en resaltar el carácter autónomo de la profesión para dar respuestas desde su misma perspectiva sobre el Cuidado y faculta el actuar disciplinar en la implementación de teoría propia o de otras disciplinas. En este sentido, la presente investigación tuvo asentamiento legal, puesto que su diseño se enmarcó bajo un constructo propio como lo es la Teoría de Lenz, y la Teoría Psicológica: Teoría

---

<sup>446</sup> COLOMBIA. Congreso de la República. Ley 911 octubre 5 de 2004. Por el cual se establecen la responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia. En: Diario Oficial no. 45.693 de 6 de octubre de 2004. Bogotá: Congreso de la República. [Consultado octubre 10, 2011]. Disponible en Internet: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2004/ley\\_0911\\_2004.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2004/ley_0911_2004.html)

Psicosocial de Lazarus y Folkman; lo que permitió el enriquecimiento y uso de evidencias transdisciplinarias, en un marco de conceptos actuales y de alta evidencia, que proveen al Cuidado fundamentos que dan respuestas a las necesidades detectadas en la sociedad. Otro elemento importante que cabe destacar en este Artículo, tiene que ver con la disposición siguiente: “*Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo, para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidados de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento...*”<sup>447</sup>.

De esta circunstancia nace el hecho que justifica la presente investigación, dado que sus indagaciones tuvieron como cimiento el vacío de instrumentos disciplinares en la temática de valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria, dicho juicio permitió establecer como prioritario aportar a la valoración de este fenómeno, para contribuir a la visibilización de las diferencias de género de la problemática isquémica cardíaca para intervenir desde una perspectiva multidimensional, elementos clínicos y humanos que no se han considerado relevantes para la indagación e intervención de las mujeres con enfermedad coronaria.

En el Capítulo IV de la misma Ley 911, referente a la Responsabilidad del Profesional en la investigación y docencia, en su Artículo 29, obliga a salvaguardar la dignidad, integridad y los derechos de los seres humanos<sup>448</sup>. En este sentido, esta investigación evidencia por su rigor metodológico la búsqueda del bienestar y salud de las mujeres, lo cual es también una forma de contribuir al respeto por el derecho a estos bienes deseables de la población.

### **3.7.6 Ley 266 de enero 25 de 1996.**

Por la cual se reglamenta la profesión de Enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. En el Artículo 21 de esta Ley, se resaltan como derechos del profesional de enfermería: Disposición No 5. “*Proponer innovaciones al sistema de atención en salud y de enfermería*”<sup>449</sup>. Lo anterior facultó a esta investigación a proponer creaciones en el tema de la valoración clínica que pudieran repercutir en un cambio de fondo, frente al actuar e intervención a las mujeres con enfermedad coronaria y así aportar a un mayor cuidado de la salud en esta población.

En conclusión, esta investigación está categorizada como de riesgo mínimo; esto basado en la Resolución No. 0008430 del 4 de octubre de 1993, que dicta las normas científicas, teóricas y administrativas de la investigación en salud, Título II, Artículo II, referido a los estudios de tipo prospectivo donde se emplean registros de datos de tipo psicológico donde no se manipula la conducta humana del sujeto.

---

<sup>447</sup> COLOMBIA. Congreso de la República. Ley 911. Op. cit., p. 1.

<sup>448</sup> *Ibíd.*, p. 2.

<sup>449</sup> COLOMBIA. Congreso de la República. Ley 266 de enero 25 de 1996. Por el cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia. *En:* Diario Oficial no. 42.710 de 1996. Bogotá: Congreso de la República. [Consultado octubre 10, 2011]. Disponible en Internet: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1996/ley\\_0266\\_1996.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1996/ley_0266_1996.html)



## 4. Marco de análisis

Para facilitar el análisis se siguieron en forma específica las etapas descritas en la Tabla 1.

**Tabla 1. Etapas de la investigación**

<b>ETAPA</b>	<b>ACTORES</b>	<b>DESCRIPCION</b>
<b>Fundamentación Teórica</b>	<b>Investigador</b>	1. Revisión de la estructura sistema Conceptual Teórico-Empírico
<b>Análisis y crítica Teórica de la TOUS</b> <b>Aanálisis de la Teoría Psicosocial: perspectiva de género</b>	<b>Investigador Tutor</b>	1. Selección del Constructo de Enfermería para el diseño del instrumento. 2. Revisión y aplicación de los conceptos de Crítica Teórica Interna y Externa Revisión y articulación de la Teoría Psicosocial. 3. Crítica a los aportes del constructo para el diseño del instrumento de valoración
<b>Estado del Arte.</b> <b>Análisis del cuadro sintomatológico, específico del género</b>	<b>Investigador</b>	1. Determinar el vacío en el conocimiento y área temática.
<b>Diseño del formato psicométrico: Crítica Conceptual Teórico Empírica y Revisión Integrativa.</b> <b>Diseño y ejecución del sistema de ponderación de las críticas: metodológica y empíricas, específicas para cada tipo de investigación).</b>	<b>Investigador Tutor</b>	1. Aval ético del Proyecto. 2. Búsqueda sistemática de información: bases de datos. 3. Determinación de los criterios de inclusión y exclusión de los artículos. 4. Determinación de la ponderación de las evidencias y diseño psicométrico.
<b>Crítica Metodológica y Empírica de los estudios seleccionados.</b>	<b>Investigador Tutor</b>	1. Aplicación de los formatos de crítica metodológica y empírica, a los artículos seleccionadas (cualitativos, cuantitativos y sumativos). 2. Determinación cuantitativa y cualitativa de la ponderación de los artículos. 3. Selección de las Piezas de Investigación (grado de ponderación: alta o clase I)
<b>Proposiciones empíricas</b> <b>Diseño y elaboración del modelo inicial del instrumento</b>	<b>Investigador</b>	1. Articulación de las evidencias empíricas como ítems al modelo psicométrico. 2. Diseño psicométrico inicial: atributo, dimensiones, subdimensiones e indicadores (basado en la teoría de Lenz y cols.) 3. Determinación del Sistema Métrico de los ítems: formato de respuesta (Escala lickert, modelo de respuesta: dicotómico y politómico).

<b>Validación Facial por población objeto: Prueba piloto.</b>	<b>Investigador Tutor</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Solicitar aval ético institucional.</li> <li>2. Determinación de los criterios de Inclusión y exclusión de las mujeres participantes (21 mujeres).</li> <li>3. Información y entrenamiento a Auxiliares de investigación.</li> <li>4. Elaboración de los Registros para garantía ética:</li> <li>5. Consentimiento informado, información para las mujeres, información para la institución sobre la prueba, formato de primeros auxilios psicológicos en caso de crisis, elaboración del formato de instrumento para la población participante).</li> <li>6. Aplicación de la Prueba</li> <li>7. Análisis Semiótico posterior (análisis semántico, sintáctico y pragmático).</li> <li>8. Análisis y limpieza de los ítems.</li> </ol>
<b>Validación Facial y de Contenido por Jueces: Método de Lawshe Modificado (Tristán) y Método de Cuervo y Martínez Kendall</b>  <b>Fase Cuantitativa</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Criterios de Inclusión y exclusión de los Jueces participantes (5).</li> <li>2. Diseño de la información para los Jueces.</li> <li>3. Diseño de la plantilla de evaluación de los ítems del instrumento para Jueces.</li> <li>4. Recolección de la Información.</li> <li>5. Realización de la base de datos de la malla de ítems y análisis estadístico y proporcional de los resultados: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Cálculo de Coeficiente de Correlación de Kendall en SPSS 20.</li> <li>b. Cálculos de Lawshe Normalizado: cálculo del CVI CVR´.</li> </ol> </li> </ol>
<b>Análisis de Datos. Método de Lawshe Modificado (Tristán) y Método de Cuervo y Martínez Kendall.</b>  <b>Fase Cualitativa</b>	<b>Investigador</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Análisis semiótico posterior de los ítems del instrumento (análisis semántico, sintáctico y pragmático).</li> <li>2. Análisis, ajuste y limpieza de los ítems.</li> <li>3. Contraste de los hallazgos con los obtenidos en la prueba piloto.</li> <li>4. Toma de decisiones: crear, modificar y retirar ítems (encabezado y formato de respuesta de los ítems)</li> </ol>
<b>Ajustes y limpieza de ítems aplicados al formato inicial. Elaboración de informe final</b>	<b>Investigador Tutor</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modificación de los ítems en el formato original.</li> <li>2. Creación del Nuevo Formato: Instrumento de valoración.</li> <li>3. Elaboración de las conclusiones.</li> <li>4. Elaboración del informe final.</li> </ol>
<b>Presentación de Resultados Divulgación del Conocimiento</b>	<b>Investigador Tutor</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sustentación de la investigación.</li> <li>2. Realización de artículo científico para publicación en revista categoría A1-A2.</li> <li>3. Divulgación del conocimiento a nivel nacional (2 eventos importantes), 2 a nivel regional y 1 de carácter internacional.</li> <li>4. Colocar la Tesis en el Repositorio Universidad Nacional de Colombia.</li> </ol>

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

#### **4.1 Estructura del sistema conceptual teórico empírico para la investigación (SCT-E) o conceptual-theoretical-empirical structure C-T-E**

Para dar inicio a esta etapa crucial de la investigación, es necesario realizar una reflexión guiada por el mundo teórico de Enfermería, que permita tutelar los argumentos sobre el uso de teoría y la búsqueda minuciosa de las pruebas científicas que serán sometidas a un riguroso escrutinio, para documentarlas como Piezas Investigativas, necesarias para

el diseño del instrumento. Un punto central que promueve Fawcett en relación con el análisis de una teoría de enfermería que se piensa seleccionar, para orientar la práctica basada en la evidencia es: "Ninguna teoría debe mirarse como superior o inferior a otra, puesto que cada teoría es útil para entender aspectos particulares de la práctica de enfermería"<sup>450</sup>. Es imperioso y necesario para esta investigación reconocer el gran aporte que hacen las distintas teorías de enfermería, tanto para la práctica como para la investigación y desarrollo de nuevos desarrollos teóricos.

Referente a la evidencia que se requiere para cada teoría y para el proceso de investigación empírica de enfermería, el tipo de investigación metodológica, exige un alto nivel de evidencias que permitan sustentar un instrumento que será usado para guiar la práctica de enfermería con base en pruebas científicas, objetivo de la presente investigación. Por tanto, el Sistema Conceptual Teórico Empírico (SCT-E), es la estructura adecuada para este desarrollo investigativo; el cual orienta a entender importantes aspectos como: qué es información, cómo aprender a identificar información relevante, dónde encontrarla, cómo evaluar la calidad de la información y si ella cumple con los criterios necesarios para ser tomada como evidencia<sup>451</sup>.

El SCT-E es definido como un proceso formal, sistemático y riguroso de la investigación, usada para generar y probar teorías. Son las teorías el mejor recurso para evidenciar la práctica<sup>452</sup>. Por tanto, se hace necesario valorar el contenido de los reportes de investigaciones empíricas completas, que fueron diseñados ya sea para generar o probar teoría.

¿Por qué es importante este SCT-E? Porque expone los criterios de evaluación de los reportes de investigación en enfermería, el cual se enfoca en las TMR que son el producto de diseños de investigación tanto cualitativos como cuantitativos. En este punto, se hace referencia a los criterios para la evaluación de los cinco elementos de los métodos de investigación empírica, diseño de la investigación, ejemplos, instrumentos y condiciones experimentales para la investigación, procedimientos para la recolección de los datos, protección para los participantes en la investigación, y finalmente la técnica de análisis de datos<sup>453</sup>.

La aplicación de este método expuesto por Jackeline Fawcett, permite conocer más a profundidad sobre la TMR, cuál es la forma de evaluarla y poder así determinar por qué y qué tan valiosa es la información acerca del componente teórico para la investigación, como medio generador de teoría y como prueba de teoría<sup>454</sup>.

La presente investigación de tipo empírico, que se soporta en el uso de reportes o avances de investigación, denominadas evidencias, debe por el método de Fawcett y Garity exponer estos tres componentes:

---

<sup>450</sup> FAWCETT, Jacqueline and GARITY, Joan. Op. cit., p. 255.

<sup>451</sup> *Ibíd.*, p.20.

<sup>452</sup> FAWCETT, Jacqueline and GARITY, Joan. Op. cit., p. 21.

<sup>453</sup> *Ibíd.*, p.2.

<sup>454</sup> FAWCETT, Jackeline. Op., cit., p. 74.

- La estructura del SCT-E para la investigación.
- El Modelo Conceptual o la Teoría.
- Seguir el método de investigación empírica.

El modelo conceptual es para este sistema, el marco de referencia, el punto de partida para el investigador, es el horizonte de expectativas y la lente por donde mira el investigador<sup>455</sup>; allí se establecen los conceptos centrales de la teoría y las proposiciones o asociaciones entre conceptos que pueden ser de asociación o correlación entre conceptos o el efecto de un concepto sobre nuestro concepto.

El concepto de Teoría para el SCT-E es definido como uno o más conceptos específicos y concretos, que son derivados de un Modelo Conceptual, expone además, las proposiciones que estrechamente describen estos conceptos y las proposiciones que están relativamente generando asociaciones concretas y específicas entre uno o más conceptos.

Las Teorías de Mediano Rango como la de Lenz y colaboradores, es considerada como “una básica y útil estructura de ideas, que se focalizan en una dimensión limitada de la realidad; pueden ser probadas empíricamente y pueden ser aplicadas a la práctica de en forma fácil por su bajo nivel de abstracción”<sup>456</sup>. Mientras un Modelo Conceptual provee un marco de referencia y guía la investigación, una Teoría de Mediano Rango, es la base para orientar los objetivos específicos de la investigación.

### **4.1.1 Instrumentos y condiciones experimentales para la investigación.**

Son algunas veces llamados indicadores empíricos, los cuales especifican cómo fueron recogidos los datos.

**4.1.1.1 Análisis de instrumentos de uso frecuente para la medición de los síntomas coronarios.** Problemática de Aproximación Unidimensional. Gran cantidad de indagación de componente biomédico.

**Escalas de Valoración centradas en el dolor.** Partiendo de la afirmación que el síntoma cardinal de la enfermedad coronaria, era la presencia de dolor precordial (síntoma típico en el hombre); situación que ya se ha demostrado que no es tan relevante como síntoma anginoso en la mujer y a pesar de haberse realizado una búsqueda minuciosa de escalas elaboradas por y para enfermería, que permitan su uso en la valoración de la persona con síntomas anginosos, fue poco lo que se pudo encontrar.

Es importante resaltar que dichos instrumentos son en su gran mayoría, modelos médicos que enfermería implementa de rutina, los cuales escapan a valorar los síntomas, desde las dimensiones propias del cuidado de enfermería; entre ellos se exceptúan: The Score Pain CQ del 2010, el cual fue elaborado por enfermeras; pero se aplicó a

---

<sup>455</sup> FAWCETT, Jacqueline and GARITY, Joan. Op. cit., p. 24.

<sup>456</sup> Ibid., p. 25.



pacientes con diversos tipo de cáncer y no es específica para éste grupo de pacientes cardiovasculares.

Cabe anotar que al realizar la revisión del área temática “síntomas en la mujer con enfermedad coronaria” se encontraron múltiples escalas de valoración, que están incluidos dentro de los protocolos o estudios de enfermedad coronaria, como parte importante de la valoración médica del paciente con cardiopatía isquémica, tales como:

1. EVA (Escala de Valoración Análoga del Dolor, siendo la escala más utilizada para la valoración del dolor, incluso en las unidades de cuidado intensivo).
2. La Escala Verbal Numérica (EVN): Escala de valoración unidimensional.
3. La escala Verbal Descriptiva (EVD) similar a la anterior.
4. Escala de calificación Verbal Gráfica. Escala de Saavedra, Tesler y Holzmer et al., diseñada en el año 1989.
5. Escala de Distrés del Dolor o Pain Distrés Scale.
6. Escala Numérica de la Intensidad del Distrés del Dolor.
4. The Unstable Angina Symptoms questionnaire (UASQ).
5. The Cannadian Cardiovascular Society Classification of Angina.
6. The BPS and Campbell of American College of Cardiology: que analiza las conductas relacionadas con el dolor.
7. The McGill Pain Questionnaire (MPQ): frecuentemente utilizada en pacientes con dolor crónico, la cual describe el síntoma doloroso, su componente sensitivo, evaluativo, afectivo y conductual.
8. The Australiasian Triage Scale.
9. La Escala Verbal Descriptiva.
10. The Geleijnse Score to Pain Chest.
11. Seattle Angina Questionnaire (SAQ).
12. Cuestionario de Angina de Rose<sup>457</sup>. El cual permite evaluar la ubicación, presencia y e intensidad de la actividad relacionada con el dolor.
13. La Escala de Cambell. Diseñada no solo para valorar el dolor (no específico para dolor de tipo isquémico), cualifica su intensidad desde la visión del terapeuta, evaluando las expresiones faciales, tranquilidad, tono muscular, respuesta verbal y confortabilidad

---

<sup>457</sup> DOVAL, Hernán C. En búsqueda del síntoma de enfermedad coronaria olvidado. Buscando la parte sumergida del iceberg clínico. En: Revista Argentina de Cardiología. Buenos Aires. marzo-abril 2007, vol. 75 no. 2, p. 1-4.

en la persona en estado crítico, que tienen limitaciones para comunicarse pero no específicamente con alteraciones coronarias<sup>458</sup>.

14. El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis<sup>459</sup>. Inventario desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos, útil para tareas comunitarias como de diagnóstico clínico. Contiene 90 ítems que evalúan e interpretan en función de nueve dimensiones primarias (Somatizaciones, Obsesiones-compulsiones, Sensibilidad Personal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo) y tres índices globales de malestar psicológico (Índice Global de Severidad, Total de Síntomas Positivos y el Índice de Malestar Sintomático Positivo).

15. Chest Pain Quality Scale: usada para clasificar el dolor torácico o con discomort día a día. Escala que contiene 19 ítems para valoración del dolor torácico.

16. The symptoms of Acute Coronary Syndromes Inventory (SACSI): incluye 20 síntomas diversos asociados al SCA.

Como se puede apreciar, la gran mayoría de los instrumentos, no ingresan al Pool de herramientas centradas para valorar el dolor torácico, de manera compleja, se documenta que existe un reiterativo modelo de los signos típicos de angina en el hombre, cuyo eje central, es el dolor precordial y que desde la perspectiva de género, exige al cuidado cardiovascular, reevaluar y entender la sintomatología propia de la mujer.

Son varios los instrumentos nacientes de las ciencias biomédicas de uso en cardiología para medir el dolor torácico en la práctica clínica de enfermería, no se usan de manera rutinaria en la indagación de los síntomas sugestivos de angina en el espectro del SCA. A pesar de realizarse una búsqueda exhaustiva sobre instrumentos diseñados por enfermería, para la valoración del dolor torácico, se encuentran pocos instrumentos, entre los cuales se pueden mencionar, dos:

1. The Propensity Score Analysis de Quin and others: el cual permite el análisis del efecto de dolor en la estancia hospitalaria.
2. The Cardiac Threat Questionnaire (CTQ): un instrumento específico que consta de 31 ítems, específico para valorar eventos cardiacos recientes.

Más allá existen otros protocolos de intervención en el síndrome coronario agudo (SCA), donde enfermería se incorpora en el abordaje del paciente coronario, como los que proponen: The Heart Association Council on Clinical Cardiology College of Cardiology (AHA), American College of Cardiology (ACC), quienes de forma conjunta e interdisciplinaria con la Council on Cardiovascular Nursing, presentan el protocolo The ACC/AHA Guidelines for the Care of Patients with Non-ST-Segment Acute Coronary Syndromes (2007) and SCA: STEMI, 2002, que tiene diseñado la forma de valoración de dolor torácico, con la categoría de riesgo o Score de Geleijnse y el EVA.

---

<sup>458</sup> PARDO C. MUÑOZ T. CHAMORRO C. y el grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Monitorización del dolor. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la SEMICUYC. En: Medicina Intensiva. Barcelona España, 2006, vol. 30 no. 8, p. 1-7.

<sup>459</sup> CASULLO, María Martina y PEREZ, Marcelo. El Inventario de Síntomas SCL-90-R de LR. En: Derogatis. Adaptación UBA. CONICET. 1999-2008, p. 12.

Frente a estas realidades, el tratamiento experimental se enfoca en la necesidad de construir un instrumento multidimensional para la valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria, que tenga inmersa en su indagación; elementos de corte disciplinar, capaces de mejorar el diagnóstico de necesidades de cuidado y supere en forma significativa la forma tradicional de valoración actual unidimensional de estos síntomas.

#### 4.1.2 El lenguaje de los métodos de la investigación empírica.

- **Concepto:** Es una palabra o frase que resume una cosa o idea y pueden hacer referencia a temas o categorías. Pueden ser considerados constantes o variables.
- **Proposiciones:** Es una declaración acerca de un concepto o la asociación entre dos o más conceptos.
- **Tema o Categoría:** Es el nivel de denominación de las palabras o ideas que es convertido en datos o números.
- **Las constantes:** Son conceptos que no tienen ninguna variación y son considerados no variables
- **Variables:** Son conceptos que tienen alguna variación y por lo tanto tienen más de una forma.
- **Definición operacional:** Es una proposición muy precisa que determina el estado exacto de medición de un concepto, identificado por el nombre del instrumento de investigación o las condiciones experimentales usadas para medir el concepto.
- **Hipótesis:** Es un especial tipo de proposición que es una conjetura, un postulado o un estado tentativo de un concepto o la asociación entre dos o más conceptos<sup>460</sup>.

#### 4.1.3 Crítica de la Investigación.

Para cualquiera de las actividades que enfermería desee realizar, bien sea análisis para poner una teoría en la práctica o para el desarrollo de la investigación, es necesario realizar un análisis crítico y un juzgamiento de la teoría. Según Meleis, estas evaluaciones pueden ser deliberadas, sistemáticas, basadas en criterio, objetivas, conscientes y elaboradas o también pueden ser subjetivas, experimentales, rápidas o delimitadas según criterios. Ambos criterios de evaluación teórica son esenciales y ninguno es suficiente en sí mismo<sup>461</sup>.

Podría entonces decirse que la selección de una teoría debería involucrar tanto criterios subjetivos como objetivos; lo que sí debería ser necesario es balancear cada uno de estos criterios. Existen diversos escritores que han propuesto algunos sistemas de evaluación de teoría, entre ellos están Chinn y Kramer, quienes usan una serie de criterios que guían la descripción de la teoría, sus ideas centrales están en responder sobre ¿por qué? e incluyen entre sus ideas mayores el análisis de la claridad, simplicidad, generalidad y accesibilidad<sup>462</sup>.

---

<sup>460</sup> CASULLO, María Martina y PEREZ, Marcelo. Op. cit., p. 30.

<sup>461</sup> MELEIS, Afaf Ibrahim. Op. cit., p. 807.

<sup>462</sup> *Ibíd.*, p. 242.

Para Fawcett es muy importante la evolución histórica que ha tenido la Teoría o Modelos de enfermería, dentro de los criterios que ella plantea evaluar, “la evolución histórica del modelo, el origen del modelo, los grados de comprensión del contenido, la congruencia lógica de la estructura teórica, la habilidad del modelo para generar prueba de teoría, el grado de credibilidad, como una forma de demostración de utilidad social (implementación, uso), congruencia social y significancia para la sociedad”<sup>463</sup>. Otro complemento de análisis para Fawcett, son la congruencia de su significancia, consistencia interna, parsimonia (claridad y consistencia), la posibilidad de prueba de sus proposiciones, la evidencia empírica y su pragmatismo (utilidad práctica)<sup>464</sup>.

Este Sistema Conceptual Teórico – Empírico S-CTE, expone los criterios de evaluación de los reportes de investigación en enfermería el cual se enfoca en las TRM que son el producto de diseños de investigación tanto cualitativa como cuantitativa. La aplicación de este método expuesto por Jackeline Fawcett, permite conocer más a profundidad sobre la TRM, cuál es su forma de evaluarla y poder así determinar por qué y qué tan valiosa es la información acerca del componente teórico para la investigación como medio generador de teoría y como prueba de teoría<sup>465</sup>.

#### **4.1.4 Evaluación y crítica de la Teoría de los Síntomas Desagradables TOUS de Elizabeth Lenz y colaboradores. Evaluación de la investigación para una práctica de enfermería basada en la evidencia.**

La crítica teórica para esta investigación, tuvo por objeto demostrar qué tan valiosa es la contribución de la Teoría de los síntomas Desagradables TOUS. Muchas teorías de mediano rango utilizadas para la investigación de enfermería, se encuentran en los reportes investigativos en forma implícita y otros en forma explícita; algunas de ellas aclaran si fueron derivadas de modelos conceptuales o en caso contrario si son derivadas de otras disciplinas, pero aun así, definen en forma clara sus componentes meta paradigmáticos<sup>466</sup>. La TOUS fue encontrada en forma explícita en reportes de investigación<sup>467 468 469 470 471 472 473</sup>.

<sup>463</sup> MELEIS, Afaf Ibrahim. Op. cit., p. 242.

<sup>464</sup> *Ibíd.*, p. 243.

<sup>465</sup> MELEIS, Afaf Ibrahim. Op. cit., p. 74.

<sup>466</sup> FAWCETT, Jacqueline and GARITY, Joan. Op. cit., p. 3.

<sup>467</sup> CORTES CASTRO, Luis Alberto. Op. cit., p. 76-78.

<sup>468</sup> MILLAN, Eillen Maryibe y DIAZ H., Luz Patricia. Experiencia del dolor torácico en la mujer con infarto agudo de miocardio. *En: Avances en Enfermería*. 2009, vol. 27 no. 2, p. 33-42.

<sup>469</sup> SOTO MORALES, Alejandra María. Factores que intervienen en la demora de la solicitud de atención médica o de enfermería, en mujeres que presentan dolor torácico de origen coronario. *En: Avances en Enfermería*. 2007, vol. 25 no. 2, p. 58-64.

## 4.2 Análisis y crítica teórica. Teoría de los síntomas desagradables “theory of unpleasant symptoms (TOUS). Elizabeth Lenz, Audrey Gift, Renee Milligan, Suppe Frederick y Linda Pugh (1997)”

Para introducirse en este tema en particular es importante destacar que las Teorías de Enfermería de Mediano Rango, llamadas también de nivel medio, son consideradas el grado menos abstracto de todo el conocimiento teórico, las cuales permiten detallar específicamente la práctica; estos constructos permiten dar respuestas concretas y aportan reflexiones sobre los fenómenos de interés práctico en enfermería, para así comprender la información sobre la situación de grupos poblacionales, ubicación en el área práctica y proponer las intervenciones de enfermería para los casos particulares<sup>474</sup>. Para Fawcett y Garity la Teoría de Mediano Nivel guía la investigación, dándole un enfoque para las metas específicas de la misma y es tan importante su existencia que se considera: “la generación o comprobación de la MRT es la razón para investigar”<sup>475</sup>.

En el área de Cuidado para la Salud Cardiorrespiratoria, el fenómeno de interés seleccionado es Síntomas en la Mujer con Enfermedad Coronaria. Se reconoce como prioritaria la necesidad de explorar a través de la investigación, elementos desconocidos de la forma como sienten o perciben las mujeres diversos síntomas ligados a la cardiopatía isquémica; con una mirada que va más allá del órgano afectado y se centra en la persona como Ser multidimensional.

Para tal fin, la “Theory of Unpleasant Symptoms Tous”<sup>476</sup> se selecciona como el constructo que permite valorar, las dimensiones de los síntomas más representativos del cuadro anginoso en la mujer con cardiopatía isquémica, como lo son el dolor, la disnea, la fatiga y las náuseas; sino que involucra una visión de “conglomerados de síntomas” sin fragmentarlos, ni aislarlos unos de otros, consintiendo una forma precisa y profunda de explorar la significancia y las consecuencias que de ellos se derivan, facultando a la investigación, el dotar de herramientas teóricas al cuidado, para interpretar y evaluar las necesidades propias de esta población desde una mirada disciplinar.

Finalmente, teniendo en cuenta el fenómeno de interés y bajo la luz de Theory of Unpleasant Symptoms de Lenz y Colaboradores, se realizó posteriormente la crítica de la teoría, aplicando el modelo propuesto por Fawcett 2005 del Sistema Conceptual Teórico

---

<sup>470</sup> YURGENS, Corrine et al. Symptom Cluster of Heart Failure. *In: Research Nurse Health*. October 2009, vol. 32 no. 5, p. 551- 560.

<sup>471</sup> AMSTRONG, Terri S. Op cit., p. 604.

<sup>472</sup> MIASKOWSKI Christine and AOUIZERAT Bradley E. Op cit., p. 100.

<sup>473</sup> De VITO DABBS, Annette, et al. Psychosocial vulnerability, Physical symptoms and physical impairment after lung and heart-lung transplantation. *In: Journal Heart Lung Transplantation*. USA, 2003, no. 22, p. 1268-1275.

<sup>474</sup> MARRINER TOMEY, Ann y ALLIGOOD RAYLE, Martha. Op. cit., p. 200.

<sup>475</sup> FAWCETT, Jacqueline and GARITY, Joan. Op. cit., p. 73-88.

<sup>476</sup> SMITH, Mary Jane and LIEHR, Patricia. Second Edition. 2008. Op. cit., 317 p.

Empírico S-CTE, el cual permite analizar la significancia social y teórica del constructo para la sociedad y el avance en el conocimiento de enfermería<sup>477</sup>. En suma, desde el concepto de “evaluar la investigación para una práctica de enfermería basada en la evidencia”, se tuvieron en cuenta los nuevos fundamentos de Fawcett y Garity para el año 2009, como también la postura de algunos autores de referencia.

#### 4.2.1 Análisis de la TOUS bajo el modelo de Afaf Ibrahim Meleis.

A manera de introducción y para dar una idea más profunda del valor que contiene la Teoría de los Síntomas Desagradables TOUS, para el desarrollo de la práctica e investigación disciplinar; este proyecto sometió al escrutinio teórico la TOUS, bajo la perspectiva de autores de referencia para el mundo de enfermería, permitiendo así desde diversas ópticas tener una mayor capacidad de demostración del valor de la teoría seleccionada, para modelar la construcción de este y otros instrumentos bajo su orientación conceptual.

Partiendo de las reflexiones de Meleis<sup>478</sup>, es importante al momento de profundizar en las verdades ocultas de las teorías de enfermería, tener presente algunos cuestionamientos que la teorista propone:

- ¿Qué conceptos o verdades se deberían usar en el futuro?
- ¿En qué momento las experiencias generan conocimiento y cuando este conocimiento se vuelve verdad?
- ¿Existe la realidad o es esta una apariencia?<sup>479</sup>

Ciertamente Meleis centrada en las preguntas epistemológicas que se sostienen a lo largo de los siglos acerca de la teoría, nos acerca a los conceptos dominantes de correspondencia, coherencia y pragmatismo e interacción teóricos. Desde su perspectiva, el terreno de la correspondencia (ver y demostrar la verdad; gobernada por la objetividad; a través de las normas y reglas que analizan y condicionan el desarrollo teórico investigativo, donde existe congruencia entre las proposiciones y la realidad); Meleis se apoya en los criterios de Forbes et al<sup>480</sup>, que hacen referencia a “la evidencia garantizable” en el cual, las evaluaciones en la ciencia de enfermería deben ser utilizadas para evaluar las formulaciones teóricas y éstas garantías son las que se desarrollan en forma siguiente.

**4.2.1.1 El examen crítico de alto rigor por la comunidad de científicos.** La TOUS, ha sido analizada desde la perspectiva de autores como Sandra Paterson y Timothy Bredow, de manera especial en su IV capítulo de su libro *Teorías de Mediano Rango, Aplicación para la investigación de Enfermería*, 2009<sup>481</sup>. Allí se demuestra como la TOUS,

<sup>477</sup> FAWCETT, Jacqueline and GARITY, Joan. Op. cit., p. 82.

<sup>478</sup> MELEIS, Afaf Ibrahim. Op. cit., p. 420.

<sup>479</sup> *Ibíd.*, p. 506.

<sup>480</sup> *Ibíd.*, p. 506.

<sup>481</sup> PATERSON Sandra J. and BREDOW Timothy S. Op. Cit., p. 87-93.

evolució a partir de 1995 de un modelo lineal sintomático, hacia los dos años posteriores en 1997, dada la participación de científicos como Lenz que se sumó al trabajo colaborativo de Pugh y Gift, por lo cual se refinó la teoría y se comunicó a la comunidad de enfermería, dando participación de investigadores que entendían profundamente a las poblaciones clínicas, que experimentaban múltiples síntomas; por tanto se logró en este esfuerzo colaborativo el avance hacia una teoría multisintomática, que favoreciera el entendimiento del síntoma, en el cual el manejo de un síntoma, podría contribuir al manejo de otros síntomas, puesto que sus desencadenantes y repercusiones, podrían compartir puntos comunes<sup>482</sup>.

Esto ha llevado a que esta teoría TOUS y como otros teóricos, hayan sido utilizados como puntos de referencia de varios investigadores para expandir o modificar la teoría. Uno de los casos a colación es el Modelo de Armstrong de la Experiencia del Síntoma, diseñado para valoración de los síntomas en pacientes afectados por cáncer, avance que aportó a partir de los conceptos de Lenz y Dodd, a la construcción de un modelo focalizado más en el significado o percepción del síntoma y en su expresión; donde el análisis actualizado del término “la experiencia de múltiples síntomas”, es expuesto como la “experiencia del síntoma”, término que en sus propias palabras, no ha sido plenamente explorado<sup>483</sup>.

Aunque la TOUS no tiene una base fenomenológica que indague sobre la experiencia de los síntomas, la teoría es clara en aproximarse a favorecer la interpretación y medición de variables ligadas a la experiencia del síntoma como lo son la interpretación del nivel de angustia, la intensidad, la calidad y el tiempo de duración, los cuales tienen una repercusión o consecuencia simétrica, que debe ser contextualizada, sobre el aspecto de la cognición y el autocuidado que se derivan como consecuencias de la severidad de la experiencia del síntoma; lo cual, y de acuerdo con Armstrong es necesario ir más allá de la TOUS y avanzar en el entendimiento del significado e importancia del síntoma para los pacientes<sup>484</sup>.

**4.2.1.2 El uso de la intersubjetividad.** Entendida como el acuerdo en la definición de una situación en particular, el sentido común o las convergencias parciales aceptadas y divergencias que se comparten de la teoría. No hay verdades totales, allí lo que hay son elementos comunes que se integran y permiten el análisis de un complejo elemento que son LOS SINTOMAS; los cuales por definición son una experiencia o elemento subjetivo y que realmente solo puede ser descrito por el individuo que lo experimenta. Pero es posible desglosar no solo elementos necesarios para su interpretación como los factores que influyen en su presencia. Por consiguiente en la TOUS se deben considerar no solo las verdades de la persona afectada por los síntomas, como también implícitamente entender las complejidades clínicas, de la interacción enfermero-paciente, en la valoración y el acto de cuidado a la persona con dicho fenómeno de salud.

**4.2.1.3 El amplio alcance de la evidencia.** La TOUS ha sido utilizada en forma amplia en diversas investigaciones al interior de la línea de Cuidado a la Mujer con Enfermedad

---

<sup>482</sup> PATERSON Sandra J. and BREDOW Timothy S. Op. Cit., p. 86.

<sup>483</sup> ARMSTRONG, Terry S. Op. cit., p. 601.

<sup>484</sup> PATERSON Sandra J. and BREDOW Timothy S. Op cit., p. 86-87.

Coronaria y ha sido el constructo que orienta muchas de sus indagaciones en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Es indiscutible que existe un repositorio de numerosas evidencias donde se utiliza la TOUS, demostrable en investigaciones como la de Reishtein<sup>485</sup>, en pacientes con EPOC, Armstrong<sup>486</sup>, valoración de los síntomas de pacientes con cáncer, Gift y cols<sup>487</sup>; en su estudio de síntomas clúster en pacientes con cáncer de pulmón, Dabbs y cols<sup>488</sup>; estudio sobre síntomas clúster en personas después de trasplante de pulmón y corazón-pulmón, enunciando que de acuerdo a la TOUS, los factores de vulnerabilidad psicosocial incluyen características tales como estado emocional y estrategias de afrontamiento; por tanto resalta que síntomas psicosociales como la angustia repercuten de manera importante sobre la estabilidad del cuerpo físico y viceversa.

De la misma manera se evidencia la utilización del TOUS en otros estudios tales como: Eun-Hyun Lee y cols<sup>489</sup>; realizado en mujeres koreanas con cáncer de seno, en el estudio de Espinosa Venegas<sup>490</sup>, como pilar del cuidado paliativo a personas con cáncer, como marco de reflexiones sobre el dolor<sup>491</sup>, en la exploración de episodios agudos de disnea en pacientes en postquirúrgico que requieren ventilación mecánica en UCI<sup>492</sup>, y entre muchos otros que abordan diversas temáticas de los síntomas en personas con falla cardiaca y su espectro sintomático<sup>493</sup>. En otros como el estudio de la disnea como síntoma universal de las personas con falla cardiaca<sup>494</sup>, en el cuidado de personas con enfermedad de Alzheimer<sup>495</sup>, en el estudio de las autoras de la TOUS: estudios de la

---

<sup>485</sup> REISSTEIN, Judith. Relationship between symptoms and functional performance in COPD. In: Research Nursing Health. Philadelphia, USA, 2005. February 28, Issue 1, p. 39-47.

<sup>486</sup> ARMSTRONG, Terry S. Op. cit., p. 1.

<sup>487</sup> GIFT, Audrey, et al. A cluster of symptoms over time in patients with lung cancer. In: Nursing Research. USA, 2003 November-december, Issue 52 no. 6, p. 393-400.

<sup>488</sup> DE VITO DABBS, Annette, et al. Op. cit., p. 1270.

<sup>489</sup> EUN HYUN, Lee; CHUNG, Bok Yae and CHUN Ki, Hong. Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in korean women with breast cancer. In: Journal of pain and symptom management. South Korea, May 2004, vol. 27 Issue 5, p. 425-433.

<sup>490</sup> ESPINOZA VENEGAS, Maritza y VALENZUELA SUAZO, Sandra. Análisis de la teoría de los síntomas desagradables en el cuidado de la enfermería paliativa oncológica. En: Revista Cubana de Enfermería. Concepción Chile, Abril junio de 2011, vol. 27 no. 2, p. 1-8.

<sup>491</sup> ACHURY SALDAÑA, Diana Marcela. Aplicación de la Teoría de los Síntomas Desagradables en el manejo del dolor. En: Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Junio-diciembre, 2007, vol. 9 no. 2, p. 8-19.

<sup>492</sup> SHIH, Fu Jin and CHU, Shu-Hsun. Perceptions of dyspnea and helpful nursing actions. In: Heart & Lung. Taiwan, Republic of China. Vol. 28 No. 1 P. 41-54.

<sup>493</sup> JURGENS, Corrine. Somatic awareness, uncertainty, and delay in care-seeking in acute heart failure. In: Research in Nursing and Health. EUA, April, 2006, vol. 29 Issue 2, p. 74-86.

<sup>494</sup> PARSHALL, Mark, et al. Dyspnea duration, distress, and intensity in emergency department visits for heart failure. In: Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care. Albuquerque, New México and Lexington, Kentucky, January, 2001, vol.30 Issue 1, p. 47-56.

<sup>495</sup> HUTCHINSON, Sally and WILSON, Holly. The theory of unpleasant symptoms and the alzheimer's disease. In: Scholarly Inquiry for Nursing Practice. EUA, 1998, p. 143-158.



fatiga inducida por la lactancia materna<sup>496</sup> y durante el periodo pos parto<sup>497</sup>, entre muchos otros se puede evidenciar su utilidad.

**4.2.1.4 La coherencia teórica.** Se manifiesta por la asociación lógica entre las relaciones y los juicios, cuyas normas son la lógica, la simplicidad y la presentación estética usadas para el contexto y el descubrimiento de la justificación del contexto. En este sentido la TOUS, por ser una teoría de mediano rango, que evolucionó desde un concepto lineal a uno multisintomático y holístico, contempla múltiples variables necesarias para entender no solo al síntoma aislado sino también agrupaciones o co-ocurrencia de síntomas, que pueden ser no solo los que se destacan claramente en el esquema de la teoría, sino también los síntomas representados por (N) o número desconocido de síntomas que pueden acompañar un proceso patológico. En realidad el entendimiento de sus tres conceptos no es difícil, tiene un carácter práctico justificado en que se centra no solo en términos demasiados subjetivos como lo son las experiencias de los síntomas, sino en el estudio de elementos que son parte de esa experiencia, pero que pueden ser categorizados de manera más sencilla, favoreciendo la valoración de dichos síntomas.

**4.2.1.5 El pragmatismo teórico de la verdad.** En este sentido la experiencia y la habilidad para la solución de los problemas son dos de las normas consideradas para la visión del mundo de la verdad. El pragmatismo teórico depende menos de la evidencia que de las observaciones, siendo básicamente una “declaración de efectividad”, criterios de humanidad, tentativa, subjetividad, colectividad y utilidad son cualidades que atacan el criterio de pragmatismo de la verdad, por lo cual se entiende y se acepta el valor que tiene la construcción colectiva del conocimiento, que es evidente en la utilización de la teoría, como su acercamiento al desarrollo del nivel empírico (diseño de cuestionarios, observaciones, narrativas, entrevistas)<sup>498</sup>. La TOUS, conduce indefectiblemente a reconocer el interés de la disciplina por dar respuesta a temas subjetivos como lo son los Síntomas que acompañan a diversos procesos nosológicos, por tanto aporta de manera práctica y concreta al conocimiento de verdades ocultas detrás de los síntomas, que escapa a la interpretación por los mismos sujetos, sus influencias y consecuencias para la persona que los sufre, en una relación donde se hace evidente la presencia del profesional de enfermería en ayudar a las personas a interpretar sus síntomas y consecuencias.

De esta manera, la TOUS al igual que muchos otros constructos, han aportado a la discusión e investigación, como al robustecimiento de la conceptualización del síntoma, aunque no sea un tema cerrado, y aun susceptible de seguirse indagando. Pero a diferencia de muchas otras teorías sus conceptos son concretos y fácilmente se pueden llevar a la práctica e investigación, por su intermedio nivel de abstracción, demostrable por el uso en temáticas de interés disciplinar como los son los síntomas en personas con

---

<sup>496</sup> PUGH, Linda, et al. Clinical approaches in the assessment of childbearing fatigue. *In: Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. EUA January, 1998, vol. 28 no.1, p. 74-80.

<sup>497</sup> PUGH Linda, et al. Measuring women's fatigue during the postpartum period. *In: Journal of nursing measurement*. EUA, 1997, vol. 5 no. 1, p. 3-16.

<sup>498</sup> LIEHR, Patricia. Op. cit., p. 154.

cáncer, durante el cuidado paliativo, en el posparto, la lactancia materna, en las personas con enfermedad pulmonar crónica, enfermedad de Alzheimer, el síndrome de falla cardíaca, entre otros ya descritos anteriormente.

**4.2.1.6 La integración de la teoría.** Al respecto algunos problemas conceptuales de la verdad sobre los síntomas, tal vez no han sido orientados en forma precisa por algunas teorías, lo cual ha contribuido al estancamiento del mismo. Entre ellos, el primero es el problema intracientífico, en los cuales dos teorías representan dos dominios que son inconscientes, un ejemplo es la teoría de Rogers (centrada en la persona, en donde el complejo campo energético del ser humano, deja ver al ser humano en todo su conjunto, donde su ambiente es una manifestación del patrón y organización de su campo energético) y la Teoría de Johnson (centrada en que la persona es un sistema biológico, donde orienta a plantear que la visión del ambiente social con sus siete subsistemas giran en torno a los objetivos del mismo y son manifestados por comportamientos observables); presentándose al parecer polaridades por decir incompatibles entre dos visiones del mundo de la realidad de enfermería.

De otra forma, la integración teórica pone de manifiesto la controversia entre las múltiples metodologías, los pensamientos, las visiones y los teóricos. Por tanto uno de los terceros problemas de las teorías es la prevalente dificultad en la visión del mundo de enfermería, lo que orienta el conflicto entre investigadores y teóricos. La búsqueda de la verdad integrativa de la teoría de enfermería, utiliza una diversidad de visiones o posturas acerca de la verdad, para ello se vale de la validación, verificación, simplicidad, secuencia lógica, consecuencias, personas, teóricos y la actual o potencial experiencia como norma, permite comparar la verdad de las teorías; por tanto, es importante aceptar las múltiples realidades o realidades compuestas, ya que para entender la Teoría, hay que primero entender el complejo mundo del teórico<sup>499</sup>.

La percepción es una visión que ha guiado el desarrollo de la práctica, la teoría de enfermería, la educación e históricamente ha sido más abierta, variable, relativista e interpreta la experiencia personal del sujeto; es una aproximación holística que se basa en la percepción de ambos, la persona y el teórico. Esta visión es más apropiada para el descubrimiento del contexto, tal vez es uno entre los muchos de los aportes del Modelo Conceptual del Manejo del Síntoma de Dodd.

Una valoración final de la teoría de Lenz deja ver que la teoría se centra más en la interpretación que en la percepción y este es un punto muy importante en la diferenciación teórica, lo cual debe racionalizarse muy profundamente a la hora de optar por el uso de la teoría y se debe entender además, que el enfoque interpretativo permite conocer la diversidad de las variaciones socioeconómicas contextuales que influyen en los sistemas de salud.

**4.2.1.7 La sintaxis de enfermería.** Incluye de forma importante el conocimiento de enfermería y sus enfoques, por los cuales la verdad es definida. Es por ello que la recepción, la percepción, la interpretación y la crítica de los patrones de conocimiento son más congruentes con la naturaleza de enfermería como ciencia humana. En este sentido, la TOUS, requiere desde lo interpretativo, un dominio muy claro de los profesionales de enfermería de los patrones de conocimiento, el empírico, personal,

---

<sup>499</sup> MELEIS, Afaf Ibrahim. Op. cit., p. 528.

emancipatorio y ético. Por lo tanto estos elementos son necesarios para descubrir el contexto teórico, son la visión aproximada más aceptable para analizar la evolución del conocimiento dentro del contexto que lo justifica.

Para concluir el análisis de la TOUS desde la perspectiva de Meléis<sup>500</sup>, quedan algunos temas actuales que invitan a reflexionar:

1. ¿Cómo se enfrenta la perspectiva de enfermería frente a las actuales realidades del sistema de salud? ¿Cómo enfrentar la hegemonía de la tecnología en la atención de salud, las cuales están redefiniendo el tipo y estabilidad de la relación enfermera-paciente? Reflexiones que permiten entender el impacto de los cambios en la visión de las personas con alteraciones cardiovasculares y sus necesidades de cuidado; que pasan a ser clientes y la relación hospitalaria de “empresa”.
2. ¿Cuál es la actual naturaleza de la práctica de enfermería? teniendo en cuenta que frente a la crisis mundial de la salud, la misma Organización Mundial de la Salud, propone volver a repensar el cuidado primario de la salud, como opción para universalizar la salud, garantizar el acceso y calidad de los servicios de salud; es por ello, que enfermería necesita un mayor desarrollo de los modelos teóricos que guían el cuidado, en el cual exista mayor contextualización de la salud.
3. El cambio en la naturaleza de la práctica de enfermería, que se ve influenciada por los cambios en los roles, mayor avance en la práctica de enfermería, fundamentados en la demanda creciente de especializaciones para el cuidado clínico, unido a una mayor proliferación de unidades críticas cardiovasculares que ofrecen atención con mayor nivel de complejidad tecnológica, pero un gran distanciamiento de los profesionales de la salud de las personas que cuidan.
4. El riesgo actual de ignorar y tal vez perder la tradición de enfermería, en el enfoque psicosocial ha permitido un avance importante para el conocimiento de enfermería; pero esta nueva orientación centrada en el desarrollo informático; campo donde se aprecia una mayor concentración biomédica y menores cuestionamientos esenciales del cuidado de enfermería, son problemáticas para reflexionar en la construcción del concepto de cuidado.
5. Referente al proceso de atención de enfermería (PAE), sus diagnósticos e intervenciones no emergen de las construcciones filosóficas ni un contexto teórico específico de enfermería que definan los dominios existentes. Ellos son según Meleis “representan la realidad de tan solo algunos enfermeros que participaron del desarrollo de estas taxonomías y clasificaciones, pero no representan la mayoría de los enfermeros que cuidan sus pacientes y comunidad, desde hace mucho y con diversos niveles o rangos de experticia; por tanto no se debe presumir que los enfermeros comparten los supuestos de los dominios establecidos”<sup>501</sup>.

---

<sup>500</sup> MELEIS, Afaf Ibrahim. Op. cit., p. 528-529.

<sup>501</sup> Ibid., p. 531.

6. Este modelo del PAE, resulta ser una limitación para los actuales marcos de diagnóstico e intervenciones de enfermería, en especial en el abordaje de la mujer con enfermedad coronaria; por lo tanto una aproximación al desarrollo teórico, podría ser más útil y podría dirigir con mayor posibilidad las nuevas formas de diagnóstico e intervención de enfermería. Puesto que, esta taxonomía no representa a la teoría es más bien un sistema de clasificación, que no necesariamente se basa en conceptos bien definidos por la teoría, por tanto “no asumen el contexto, sus valores, su visión, necesarios y representativos del dominio de la ciencia de enfermería”, como sí en realidad lo hace la propia teoría<sup>502</sup>.
7. Estas son una de las tantas razones que nos conducen a fundamentar que el diseño de instrumentos basados en modelos teóricos de enfermería y para el caso, implementando el constructo de Lenz como guía empírica para el diseño y creación de un instrumento para la valoración de los síntomas de la mujer con enfermedad coronaria; es una forma más asertiva y práctica, en facilitar a los profesionales de enfermería, el diagnóstico de necesidades de cuidado desde lo disciplinar y autónomo, que guíen la planificación de tareas de cuidado tan importantes en población con altos índices de mortalidad, que continuar usando tan solo la taxonomía del PAE como es la NANDA, para orientar la práctica compleja del cuidado a este tipo de población vulnerable.

## 4.2.2 Análisis y crítica desde la aproximación de Katherine J. Bredow.

Para poder entender y reflexionar sobre el acervo teórico del mundo de enfermería, es necesario referirse de manera categórica al patrón del conocimiento empírico; el cual pertenece a la ciencia positivista, el cual está determinado de forma lógica con base en el escrutinio de los fenómenos observables. “Lo empírico esta sistemáticamente organizado dentro de las leyes naturales y teorías que permiten: describir, explicar, y/o predecir los fenómenos de interés para enfermería”<sup>503</sup>, con lo anterior se enfatiza en la necesidad de realizar un juicio objetivo y medible de los referentes teóricos a utilizar en la investigación y que enfocados en la TOUS, permitirán brindar elementos necesarios para documentar la importancia de su uso en el presente estudio.

### 4.2.2.1 Crítica interna.

**4.2.2.1.1 Claridad.** Los cinco componentes centrales de la TOUS son claros, están descritos en el texto y como términos claves. El foco de los síntomas desagradables para la teorista, permite en parte entender la experiencia de los síntomas, los cuales ocurren clínicamente en forma dinámica, compartiendo dimensiones comunes factores

---

<sup>502</sup> MELEIS, Afaf Ibrahim. Op. cit., p. 532.

<sup>503</sup> PETERSON, Sandra J. and BREDOW, Tymoithi S. Op. cit., p. 83.

desencadenantes relacionados, que son susceptibles de ser intervenidos de manera aislada y también conjunta, dada la conexión que existe entre ellos<sup>504</sup>.

**4.2.2.1.2 Consistencia.** Los componentes son coherente y consistentemente usados a lo largo de la teoría, lo cual permite respaldar la explicación teórica y los términos son usados de manera congruente, aunque es importante precisar de forma clara, los síntomas y en especial a que se refiere como síntoma N<sup>505</sup>.

**4.2.2.1.3 Adecuación.** La explicación de la teoría es sencilla y clara. El desarrollo histórico de la teoría ha sido interesante, lo que conduce a entender que los autores han intentado hacer demostrable su reflexión del mundo real, sobre la experiencia de los síntomas desagradables, desde una proyección dinámica y cada vez más reflexiva. El diagrama es útil y sencillo para el entendimiento de las relaciones entre los factores<sup>506</sup>.

**4.2.2.1.4 Desarrollo lógico.** Las teoristas sistemáticamente determinaron construir una teoría que ayudara a los enfermeros a entender los síntomas desagradables asociados a procesos patológicos, como también el cómo manejarlos; por lo tanto esto ha favorecido la comprensión de sus interrelaciones y el establecimiento de sistemas seguros de medición, siendo esto útil y aplicable a la práctica e investigación de enfermería<sup>507</sup>.

**4.2.2.1.5 Nivel de desarrollo teórico.** La TOUS se enmarca claramente en una Teoría de Mediano Rango, puesto que tiene límites en su alcance y no intenta hacer frente a todos los factores del metaparadigma de enfermería<sup>508</sup>. En suma, los investigadores de enfermería pueden generar hipótesis y preguntas investigativas, que conduzcan al entendimiento de la experiencia de los síntomas desagradables<sup>509</sup>.

#### **4.2.2.2 Critica externa.**

**4.2.2.2.1 Realidad convergente.** “La TOUS presenta una comprensible, holística y dinámica visión de la experiencia de los síntomas desagradables”<sup>510</sup>. Por lo tanto, entendiendo que los síntomas desagradables son parte real del mundo de enfermería, esta realidad permite direccionar el manejo de las personas que los experimentan.

**4.2.2.2.2 Utilidad.** La TOUS es una teoría que apoya la investigación en preguntas relacionadas con los cinco componentes de los síntomas desagradables, ha sido utilizada ampliamente en diversas poblaciones (madres lactantes, personas con enfermedad de Alzheimer, falla cardiaca, enfermedad pulmonar crónica, procesos oncológicos, entre otros) que experimentan estos síntomas y que requieren un cuidado

---

<sup>504</sup> PETERSON, Sandra J. and BREDOW, Tymothi S. Op. cit., p. 365a.

<sup>505</sup> *Ibíd.*, p. 365a.

<sup>506</sup> *Ibíd.*, p. 365b.

<sup>507</sup> PETERSON, Sandra J. and BREDOW, Tymothi S. Op. cit., p. 366.

<sup>508</sup> *Ibíd.*, p. 366a.

<sup>509</sup> *Ibíd.*, p. 366a.

<sup>510</sup> *Ibíd.*, p. 366b.

especial; de igual forma es un constructo utilizado tanto para síntomas desagradables crónicos como agudos, por ello cuando se avanzó en la versión 1997, se incorporaron otros componentes que favorecieron entender las interrelaciones entre sus componentes y así hacer de la TOUS una teoría más fuerte y útil para la investigación y práctica de enfermería<sup>511</sup>.

**4.2.2.2.3 Significancia.** Las hipótesis que se han generado en la investigación que utiliza la TOUS, han tenido un significativo impacto en el cuidado que enfermería provee a las personas con síntomas desagradables, con especial utilidad en el área clínica; lo cual ha permitido diseñar estrategias para abordarlos<sup>512</sup>.

**4.2.2.2.4. Discriminación.** Este punto se apoya en el desarrollo histórico de la teoría. Los teoristas construyeron una única teoría combinando los elementos esenciales que identifican el modelo de los síntomas; para luego construir un modelo más interactivo y dinámico que permite entender las complejidades de los síntomas desagradables. No hay otra teoría de mediano rango que permita conducir el entendimiento de las múltiples complejidades de dichos síntomas, pero uno de los problemas con la TOUS es que no aclara los límites de factores situacionales, entre ellos, los parámetros del lenguaje y la cultura, convirtiéndola en una teoría menos exigente en este aspecto<sup>513</sup>.

**4.2.2.2.5 Alcance de la teoría.** La teoría es útil en la indagación de uno o varios síntomas desagradables, por lo tanto puede tener un alcance simple o complejo, dependiendo del número de síntomas y las variables escogidos para el estudio. El entendimiento de los factores influyentes es amplio y complejo, por tanto la valoración completa de los mismos puede ser muy difícil de lograrse<sup>514</sup>.

**4.2.2.2.6 Complejidad.** La TOUS es lógica y práctica, sin embargo, si esto se aplica a una persona con una enfermedad altamente compleja y con múltiples problemas, la tarea de considerar todos los posibles factores influyentes, sus interrelaciones y su congruente relación con los síntomas desagradables, puede resultar en extremo muy compleja. Por lo tanto, no se debe minimizar la importancia de una valoración amplia y completa de estos factores, pero los síntomas desagradables que están contenidos en el modelo de hecho son bastante complejos<sup>515</sup>.

### **4.2.3 Crítica Teórica Interna según el método de Jackeline Fawcett, 2005.**

Para el año 2005, Jackeline Fawcett, había propuesto su obra *Contemporary Nursing Knowledge* en el cual muestra el análisis y evaluación de los Modelos y Teorías de

---

<sup>511</sup> PETERSON, Sandra J. and BREDOW, Tymoithi S. Op. cit., p. 366b.

<sup>512</sup> *Ibíd.*, p. 366b.

<sup>513</sup> PETERSON, Sandra J. and BREDOW, Tymoithi S. Op. cit., p. 366b.

<sup>514</sup> *Ibíd.*, p. 366b.

<sup>515</sup> *Ibíd.*, p. 367a.

Enfermería; en ella expone de manera clara el SCT-E, el cual permitió entender el pensamiento contemporáneo de enfermería, la implementación de las teorías y modelos a la práctica de enfermería, el cual se convierte en un pilar fundamental que guía los nuevos avances en investigación, educación, administración y práctica de enfermería en el tiempo futuro<sup>516</sup>.

Posteriormente, realiza una nueva publicación asociada con Joan Garity en el año 2009 denominada "Evaluating Research for Evidence-Based Nursing Practice"<sup>517</sup>. Allí de manera detallada proporcionan los elementos necesarios para aplicar el SCT-E, brindando, elementos de evaluación de las Teorías de Mediano Rango TMR y de los Modelos Conceptuales. Esta publicación contribuye de manera vital al soporte empírico que se requiere para esta y muchas investigaciones de tipo metodológicas, en el cual se debe dar sustento al verdadero escrutinio de las evidencias o piezas investigativas seleccionadas para la investigación. Adicionalmente, permite a través de un minucioso proceso académico, demostrar la relevancia, pertinencia y vigencia que tiene la Teoría de Mediano Rango Seleccionada TOUS, como marco de referencia para el diseño del instrumento que se realizó y que se convierte en un indicador empírico, que intenta aportar a la transformación del modo de evaluar los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria, en el desarrollo de la práctica del cuidado clínico. Las siguientes son las fases promulgadas por Fawcett 2005, referentes al análisis de la Teoría de Mediano Rango aplicadas a la TOUS.

#### **4.2.3.1 Coherencia Teórica.**

##### **4.2.3.1.1 Relación entre estructura y función: claridad, consistencia y simplicidad.**

Es importante destacar que la TOUS permite en forma práctica, develar las dimensiones y consideraciones que son comunes a muchos síntomas; por lo tanto, alienta a investigadores y a clínicos a pensar en aspectos que no son aparentes en la realidad y considerar tanto los síntomas aislados o verlos en combinación. De igual forma, la TOUS es un marco de referencia en el cual múltiples investigadores pueden trabajar simultáneamente y combinar los resultados de muchos programas de investigación, ya que la TOUS provee comunes definiciones y dimensiones para examinar los síntomas, como también mejorar la posibilidad que los resultados de estos estudios puedan ser combinados, para así producir una evidencia convincente que sirva de soporte para la práctica<sup>518</sup>.

La experiencia de los síntomas por definición ocurre a nivel de la percepción individual y esta teoría es aplicable a nivel individual, pero sin embargo la TOUS no considera al individuo de forma aislada, ya que este es visto desde su propio contexto familiar o social, red organizacional y comunitario; para esta Teoría, la cantidad de factores en el ambiente pueden influir en la experiencia del síntoma y esta experiencia del síntoma se

---

<sup>516</sup> FAWCETT, Jackeline. Op., cit., p. 625.

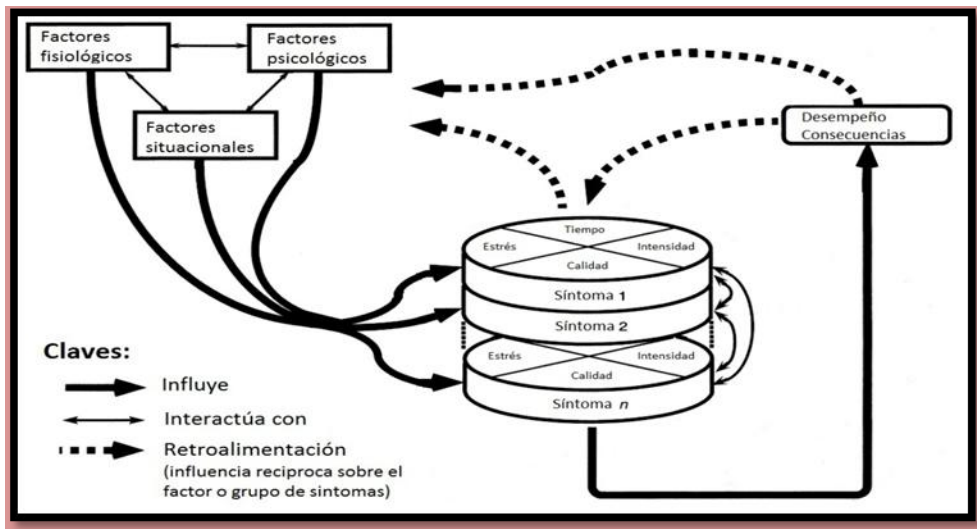
<sup>517</sup> FAWCETT, Jacqueline and GARITY, Joan. Op. cit., p. 73.

<sup>518</sup> Ibid., p. 60.

expresa en términos de consecuencias o noción del impacto del síntoma experimentado en las interacciones individuales con otros a corto o a largo plazo<sup>519</sup>.

**4.2.3.1.2 Tautología o representación lógica.** Existe no solo un diagrama de la teoría que inicialmente cobró la forma unidimensional, pero dado el trabajo sumativo y derivado de las evidencias prácticas de los investigadores de la TOUS, se logró presentar a la comunidad académica de enfermería, la nueva representación gráfica de la TOUS, que representa un enfoque multidireccional de los síntomas. Esta representación se hizo más lógica y adecuada para interpretar la multidimensionalidad del fenómeno sintomático incluyendo las dimensiones, los factores influyentes, el feedback entre los síntomas y sus consecuencias (Figura 6).

**Figura 6. Teoría de los síntomas desagradables versión en español**



**Fuente:** Traducción tomada de Gómez Paula Andrea. La Teoría de los Síntomas Desagradables y su aporte a la valoración clínica del Síndrome Coronario Agudo en la mujer. Trabajo final. Para optar el título de Especialista en Cuidado Crítico del Adulto. Universidad de Caldas. 2012. 62 p.

**4.2.3.1.3 El pragmatismo teórico.** La TOUS es un soporte adecuado para orientar el cuidado de enfermería tanto para procesos de salud agudos como crónicos. Exceptuando el Modelo Conceptual del Manejo del Síntoma de Dodd y cols, 2001 y los trabajos sobre los síntomas clústers de Barsevick y cols, 2006, que aparecieron posteriores a la TOUS. Muchos de los trabajos teóricos desarrollados para dilucidar la experiencia de los síntomas y guiar su manejo, han sido los enmarcados por investigaciones sobre los síntomas para enfermedades específicas<sup>520</sup>. Por tanto, la TOUS claramente aparece como un constructo designado para integrar el conocimiento acerca de una variedad de síntomas y permite entenderlos a cada uno de ellos y en forma colectiva como un fenómeno multidimensional, ya que estos síntomas tienen ambos

<sup>519</sup> FAWCETT, Jacqueline and GARITY, Joan. Op. cit., p. 60.

<sup>520</sup> LENZ, Elizabeth and PUGH, Linda C. Theory of unpleasant symptoms. Chapter 9, p. 159-182. En: SMITH, Mary Jane and LIEHR, Patricia R. Middle Range Theories for Nursing. 2dn. ed. United States of America: Springer Publishing Company. 2008, 328 p.



manifestaciones agudas y crónicas que afectan la capacidad o habilidad funcional<sup>521</sup>. Su postulado está basado en la existencia de factores comunes en las diversas experiencias de los síntomas en una variedad de poblaciones y situaciones clínicas.

**4.2.3.1.4 La integración de la teoría y utilidad teórica.** La TOUS tanto para las indagaciones de fenómenos agudos y crónicos, permite establecer cuáles son los elementos y dimensiones comunes en los síntomas de situaciones clínicas específicas, por lo tanto se convierte en un constructo útil tanto para la práctica como para la investigación clínica de salud pública de enfermería<sup>522</sup>. Permite el entendimiento de los síntomas en varios contextos y provee información útil para el diseño efectivo de estudios de prevención e intervención de los efectos negativos de los síntomas desagradables en poblaciones específicas<sup>523</sup>.

## 4.2.4 Crítica Teórica según el método de Fawcett-Garity 2009.

### 4.2.4.1 Crítica Teórica Externa.

**4.2.4.1.1 Valores personales y congruencia con los valores sociales.** Antes de cualquier reflexión, es importante destacar el ejemplar trabajo colectivo del grupo de doctores que consolidaron la teoría. Esto se convierte en un gesto inspirador para las futuras generaciones de profesionales, investigadores y teóricos de enfermería, para fortalecer el sentido de la colectividad y como ésta representa un valor agregado frente a las realidades del colegaje en la disciplina.

De otro lado, la representación de la fragilidad humana, vista a través de las entidades que afectan negativamente al individuo, son un valor trascendental para el cuidado. Es un acto de responsabilidad ciudadana, humanitario y ético, reflexionar e intentar cada vez develar las relaciones y consecuencias de los síntomas en las personas sometidas a estas entidades nosológicas, que no solo afectan al ser físico, sino al mental y espiritual.

Esto empodera a la disciplina para demostrar sus contribuciones a la salud, bienestar y felicidad de las personas, dentro del ejercicio reflexivo y científico del “cuidado”, entendido como lo que es “una impronta multidimensional que contribuye al desarrollo de potencialidades en el Ser Humano”.

**4.2.4.1.2 Aplicación del concepto de Parsimonia en la teoría.** Término referido al balanceo de los conceptos que facilitan su comprensión. Para Lenz y cols., la parsimonia se logra cuando se propone que algunos de los muchos factores que pueden influenciar la experiencia de un número diverso de síntomas y sus consabidas consecuencias, permite entender que las intervenciones orientadas al alivio de un síntoma, pueden ser efectivas para aliviar más de un conglomerado de síntomas.

---

<sup>521</sup> FAWCETT, Jacqueline and GARITY, Joan. Op. cit., p. 71.

<sup>522</sup> *Ibíd.*, p. 160.

<sup>523</sup> FAWCETT, Jacqueline and GARITY, Joan. Op. cit., p. 160.

**4.2.4.1.3 Identificación de la Teoría.** En los estudios de investigación, es importante resaltar que la TOUS, se encuentra de forma implícita y explícita en los informes de investigación. Una de las formas explícita reportada es la investigación de Cortés<sup>524</sup>: Tipificación del síntoma del dolor torácico tipo isquémico en la mujer a la luz de la Teoría de los Síntomas Desagradables.

**4.2.4.1.4 Criterios de significancia de la Teoría.** Término relativo a la significancia o relevancia social y Teórica.

**4.2.4.1.4.1 Significancia social.** Importancia de la Teoría para la sociedad. Los síntomas de Lenz y cols., son verdaderamente centrales para identificar la enfermedad cardiovascular; una patología representativa en el mundo<sup>525</sup> y en ese caso, son las mujeres las mayormente amenazadas. Esta teoría aporta en sus conceptos contextuales la forma de dilucidar las repercusiones fisiológicas, psicológicas y situacionales, disparadores de los síntomas de angina en la mujer; como también las consecuencias para la salud de la persona enferma.

Teniendo en cuenta que la mujer ha sido un sujeto expuesto a errores en la interpretación de sus síntomas, esta vía conduce a mayor mortalidad por cardiopatía isquémica; patología considerada una epidemia nacional como mundial<sup>526</sup>. Este constructo entonces permite salir de la visión hegemónica médica, así como de un cuidado de enfermería centrado en la enfermedad; proponiendo centrar sus indagaciones en la persona y la forma como vive sus experiencias<sup>527</sup>.

**4.2.4.1.4.2 Significancia Teórica.** Referida como importancia de la Teoría para el avance en el conocimiento de Enfermería. Al respecto cabe destacar que ha sido la TOUS una de las pocas teorías en relación con el fenómeno de “dolor en la mujer con enfermedad coronaria”, que ha permitido avanzar en el conocimiento de la forma como la mujer experimenta el síntoma, desde una perspectiva multidimensional y entendiendo este síntoma como un Clúster de síntomas relacionados y no como entidades aisladas, ni mucho menos etiquetar patologías como síntomas y viceversa. De acuerdo con Smith y Liehr<sup>528</sup>, en este punto es importante aclarar que el manejo del síntoma es uno de los más importantes problemas que dirigen la práctica clínica de la actualidad, por lo tanto su indagación representa un gran valor teórico que permite avanzar en la práctica y ayudar a las personas a sobreponerse a las experiencias negativas de salud.

---

<sup>524</sup> CORTÉS CASTRO, Luis Alberto. Op. cit., p. 25.

<sup>525</sup> RADLEY, Alan, et al. Op. cit., p. 202-209.

<sup>526</sup> SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGIA Y CIRUGIA CARDIOVASCULAR. Guía colombiana de SCA\_SEST. Op. cit., p. 145-149.

<sup>527</sup> RINCÓN OSORIO, Fanny et al. La mujer con enfermedad coronaria: Reflexiones para volver a pensar en su cuidado. Op. cit., p. 132.

<sup>528</sup> SMITH, Mary Jean and LIEHR, Patricia. Op cit., p. 159.

#### 4.2.4.1.5 En relación con lo que se conoce y no se conoce de la Teoría.

**4.2.4.1.5.1 En relación con lo que se conoce.** Su utilidad para las indagaciones en fenómenos de enfermería de carácter fisiopatológico, que repercuten en la salud de las personas de alta incidencia tales como<sup>529</sup>:

*El cáncer, sobrevivientes de cáncer, infarto agudo de miocardio, falla cardíaca, síndrome de prolapso de la válvula mitral, cirrosis hepática, falla renal en tratamiento dialítico, hemodiálisis, stroke, enfermedad pulmonar crónica, embarazo, parto, postparto y lactancia materna. Es útil para indagaciones en personas con déficit perceptual y en niños, considerados con limitación para relatar la experiencia del síntoma,<sup>530</sup> como también en personas con enfermedad inflamatoria del colon, enfermedad renal crónica<sup>531</sup>.*

En suma, es importante resaltar que el concepto de experiencia del síntoma tiene una gran implicación para la práctica clínica, de allí se provee de importantes elementos de intervención en áreas desprotegidas del cuidado a estas personas<sup>532</sup>.

El concepto de síntomas en forma adicional, también está conceptualizado como manifestación de múltiples variables y dimensiones medibles, que permiten de una u otra forma la objetivación de los mismos, por medio de escalas numéricas o no numéricas sino faciales como en el caso de los neonatos, en relación con la intensidad del dolor percibido. Al punto, este constructo puede ser potencialmente aplicable a personas que tienen deficiencias perceptuales o que tienen incapacidad para describir la experiencia de sus síntomas en niños, personas inconscientes; aunque aún falta ser plenamente explorado esto<sup>533</sup>.

En forma adicional, se conoce que sus conceptos han sido probados, un caso es el Modelo de Ecuación Estructural del Ejercicio en la mujer con riesgo cardíaco, usando la TOUS es sus variables cognitivas, realizado por la doctora Sara Elizabeth Cobb<sup>534</sup>.

**4.2.4.1.5.2 En relación con lo que no se conoce.** No se conocen instrumentos para la medición de los síntomas de las personas con enfermedad coronaria, pero si otros instrumentos derivados de la teoría, útiles en personas con cáncer, falla cardíaca etc., por

---

<sup>529</sup> SMITH, Mary Jean and LIEHR, Patricia. Op cit., p. 173.

<sup>530</sup> *Ibíd.*, p. 171.

<sup>531</sup> DUDLEY, Sharon. Op. cit., p. 164.

<sup>532</sup> *Ibíd.*, p. 178.

<sup>533</sup> FAWCETT, Jacqueline and GARITY, Joan. Op. cit., p. 177.

<sup>534</sup> COBB, Sarah Elizabeth. Structural equation model of exercise in women utilizing the theory of unpleasant symptoms and social cognitive variables. Dissertation. Doctor of Philosophy College of Nursing University of South Florida. USA, 2007, 222 p.

lo anterior falta explorar plenamente el fenómeno de la experiencia del síntoma en el grupo poblacional de mujeres<sup>535</sup>.

#### 4.2.4.2 Crítica Teórica Interna.

**4.2.4.2.1 Consistencia Interna de la Teoría.** Relativa a sí se da suficiente información sobre los tres conceptos, sí están claramente definidos y sus proposiciones relacionales. Para el efecto, se deben contestar los siguientes cuestionamientos:

**¿Cada concepto está definido y explicado explícitamente?** La respuesta es afirmativa. La TOUS está compuesta por tres conceptos mayores, los síntomas, los factores influyentes y las consecuencias de los síntomas; afirma categóricamente que estos tres conceptos están interrelacionados con categorías de factores predisponentes, físicos, fisiológicos y situacionales. La influencia de esta predisposición y la manifestación ejerce gran influencia sobre la experiencia de un síntoma o sobre múltiples síntomas. De la misma forma, este síntoma experimentado en forma individualmente se acompaña de transformaciones sobre la función cognitiva y social del individuo. Estas consecuencias pueden ser un feedback para también influenciar la experiencia de los síntomas por sí mismo como también pueden modificar la influencia de los factores<sup>536</sup>.

Los síntomas, son el eje central de la conceptualización de la teoría, hasta ahora la TOUS se ha focalizado en la percepción subjetiva de los síntomas más que en la observación de signos clínicos<sup>537</sup>. “Son los indicadores de cambio percibidos en la función normal experimentados por los pacientes”<sup>538</sup>. Aunque los síntomas pueden ocurrir de forma aislada o en combinación con otros síntomas, la conceptualización de múltiples síntomas es similar a la noción del término actual de síntomas clústers<sup>539</sup>. Esta teoría juega un papel importante en las indagaciones a personas con enfermedades crónicas, desordenes psiquiátricos y en el cáncer. Unos síntomas pueden precipitar otros, por ejemplo, la fatiga puede inducir estados de náuseas y vómito.

Un problema detectado en la TOUS es que la noción de síntoma primario o secundario, no está incluido explícitamente<sup>540</sup>. Se sugiere entonces que tanto como el concepto de temporalmente cercano y resultados distales necesiten ser incorporados en la teoría<sup>541</sup>. Dada la compleja relación entre las tres categorías de factores influyentes y los síntomas, se requiere de mayor elaboración de categorías, que por sí mismo se necesita se siga clarificando; como también aunque algunas relaciones entre los tres tipos de factores

---

<sup>535</sup> COBB, Sarah Elizabeth. Op. cit., p. 177

<sup>536</sup> SMITH, Mary Jean and LIEHR, Patricia. Op. cit., p.160.

<sup>537</sup> *Ibíd.*, p. 163.

<sup>538</sup> *Ibíd.*, p. 164.

<sup>539</sup> *Ibíd.*, p. 164.

<sup>540</sup> *Ibíd.*, p. 167.

<sup>541</sup> *Ibíd.*, p. 168.

desencadenantes han sido bien sustentadas, existen allí algunas inconsistencias que necesitan ser examinadas<sup>542</sup>.

**¿Son los mismos términos y definiciones usados consistentemente en cada concepto?** La respuesta es sí, hay claridad semántica. En realidad, la TOUS, define de manera clara el alcance y términos de cada concepto.

**¿Son las proposiciones de la TOUS razonables?** Aunque la relación entre los tres conceptos es compleja y se considera que existe estructuralmente coherencia y su representación gráfica lo demuestra con un diagrama sencillo; de acuerdo con criterios de Smith and Liehr, cada vez se requiere mayor clarificación y elaboración de sus proposiciones.

Se debe considerar en los factores relacionales hacer la diferencia entre permanente y transitorio, para valorar el verdadero efecto sobre la experiencia. Se encuentran algunas inconsistencias que tal vez precisen ser revisadas en relación a los factores influyentes, es el caso del factor psicológico que juega un papel tanto en las exacerbaciones como en la mitigación de los síntomas. Además hay un problema conceptual entre estado psicológico (ansiedad y depresión) y el afecto o componente estresor en la experiencia del síntoma: la relación entre estos dos conceptos debe ser revisada<sup>543</sup>.

La relación entre conceptos de la teoría según la Figura de la misma, se realiza por medio de líneas, que fueron modificadas a partir del modelo original, puesto que en este solo se establecía una relación unidireccional. Para el modelo actualizado, presentado en el año 1997, se estableció que la complejidad de los síntomas experimentados, representa una relación recíproca entre los tres conceptos mayores y que los factores que influyen a los síntomas, afectaban la experiencia y repercutían sobre el impacto o consecuencia de los mismos<sup>544</sup>.

La versión reciente de la TOUS, claramente acierta en forma razonable en sus proposiciones, puesto que se puede ver en la Figura, que las consecuencias de los síntomas generan una especie de feedback en los factores físicos psicológicos y situacionales; aunque se requieren más estudios para determinar la manera en la cual los factores determinantes interactúan para producir una variación en la experiencia de los síntomas<sup>545</sup>. Por tanto el efecto acumulativo de múltiples síntomas es mayor que la suma de todos los síntomas valorados en forma individual<sup>546</sup>.

**¿El Razonamiento Teórico es inductivo o deductivo?** Se dice que la TOUS se desarrolló por medio de un proceso inductivo, o sea de lo específico a lo general y de las observaciones concretas a las ideas teóricas<sup>547</sup>, el cual contribuye a dar relevancia a la

---

<sup>542</sup> SMITH, Mary Jean and LIEHR, Patricia. Op. cit., p. 168.

<sup>543</sup> Ibid..

<sup>544</sup> Ibid., p.169.

<sup>545</sup> Ibid., p.170.

<sup>546</sup> Ibid., p.171

<sup>547</sup> Ibid., p.170.

práctica de enfermería. En esta teoría cada concepto fue clarificado y engrandecido sobre la práctica de enfermería, su fuente de origen es el mundo real y concreto de observaciones e intensos deseos de resolver los problemas encontrados en la práctica<sup>548</sup>.

**Aplicación del criterio de Parsimonia. ¿Está escrita de manera concisa la TOUS?:** En este caso la utilización de conceptos y proposiciones está balanceada y permiten hacer una interpretación concisa de la Teoría, facilitando en el investigador encontrar sentido rápidamente al constructo con solo valorar su diagramación. Para Lenz y colaboradores la parsimonia se logra, cuando se propone que algunos de los muchos factores que pueden influenciar la experiencia de un número diverso de síntomas, son generadoras de unas consabidas consecuencias; lo cual permite entender que las intervenciones orientadas al alivio de un síntoma, pueden ser efectivas para aliviar más de un conglomerado de síntomas.

La teoría esta graficada y visualmente presentada, lo cual permite un buen entendimiento, la representación es lógica, existe correspondencia entre el diagrama, los conceptos y proporciones del texto. Una limitante parece encontrarse en los Síntomas: aparecen como categorías ordinales o numéricas (síntoma 1, 2, 3) y sin la rotulación reconocida de los síntomas o propuestas de la teoría (dolor, disnea, fatiga, náuseas, síntoma N).

**Aplicación del criterio Capacidad de Comprobación: ¿Ha sido medido cada concepto?** La respuesta es afirmativa y en parte se comprueba con los hallazgos investigativos reportados y sustentados en los análisis de las tesis de la Línea de Investigación Cuidado a la Mujer con Enfermedad Coronaria de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Un punto claro es que la mayoría de los estudios son de corte cualitativo, donde predominan los estudios de caracterización y exploración de la sintomatología en la mujer con enfermedad coronaria; razón por la cual no establecen hipótesis, mucho menos comprobación de la misma, pero no queriendo decir que no se haya usado un riguroso método de análisis estadístico y son sus aportes verdaderos pilares de nuevos hallazgos en lo referente a la enfermedad coronaria de género<sup>549 550 551 552</sup>. Existen otros estudios en diversos campos de enfermería: oncología, materno perinatal, cardiología y neurología, entre otras que han utilizado varios de los conceptos de Lenz, aunque se reportan muchos mas estudios en el Primer concepto de la Teoría en relación con los Síntomas.

Muchas teorías de mediano rango utilizadas para la investigación de enfermería, se encuentran en los reportes investigativos en forma implícita y otros en forma explícita; algunas de ellas aclaran si fueron derivadas de modelos conceptuales o en caso

---

<sup>548</sup> SMITH, Mary Jean and LIEHR, Patricia. Op. cit., p.163.

<sup>549</sup> CORTES CASTRO, Luis Alberto. Op. cit., p. 66.

<sup>550</sup> CAMPO TORREGROZA, Etilvia. Op. cit., p. 125.

<sup>551</sup> MARTINEZ CAMACHO, Isabel y MARTINEZ GIL, Sandra Yamile. Op. cit., p. 50.

<sup>552</sup> ROMERO MASSA, Elizabeth. Op. cit., p. 95.

contrario si son derivadas de otras disciplinas, pero aun así, definen en forma clara sus componentes metaparadigmáticos<sup>553</sup>. Por tanto la TOUS fue encontrada en forma explícita en reportes de investigación, en donde sus indagaciones se centran en los tres conceptos centrales de la teoría<sup>554 555 556 557 558 559 560</sup>.

Son muchas las publicaciones que evidencian la aplicación de la TOUS en la práctica clínica, muchos de ellos han probado diversas intervenciones clínicas, en especial lo que respecta con pruebas intervención en el posicionamiento de la madre, para minimizar la fatiga a lactar a su bebé; logrando intervenir las barreras para el ejercicio de una lactancia materna exitosa. Las intervenciones multifactoriales incluyen discusiones sobre dieta y ejercicio, las necesidades de dormir, descansar y ante todo la ayuda para construir en la madre una adecuada autoestima, el uso del soporte social y medidas de confort<sup>561</sup>.

Otros estudios se han enfocado en la valoración utilizada para identificar en pacientes ambulatorios, quienes tienen riesgo de ser admitidos al hospital, por presentar diversos estadios de disnea, esto ha permitido diseñar intervenciones para disminuir la frecuencia de hospitalizaciones<sup>562</sup>.

Fawcett y Garity 2009<sup>563</sup>, se refieren a Cooley, ya que el autor evalúa a la TOUS como una teoría valiosa, porque propone una vía para integrar información acerca de la complejidad y naturaleza interactiva de la experiencia del síntoma. De la misma forma en la misma publicación destacan en Hutchinson and Wilson, la importancia de la teoría

---

<sup>553</sup> FAWCETT, Jacqueline and GARITY, Joan. Op. cit., p. 3.

<sup>554</sup> CORTES CASTRO, Luis Alberto. Op. cit., p. 76-78.

<sup>555</sup> MILLAN, Eillen Maryibe y DIAZ H., Luz Patricia. Op. cit., p. 33-42.

<sup>556</sup> SOTO MORALES, Alejandra María. Op. cit., p. 58-64.

<sup>557</sup> YURGENS, Corrine et al. Op. cit., p. 551- 560.

<sup>558</sup> AMSTRONG, Terri S. Op cit., p. 603.

<sup>559</sup> MIASKOWKI Christine and AOUIZERAT Bradley E. Op cit., p.101.

<sup>560</sup> DE VITO DABBS, Annette, et al. Op. cit., p. 1267.

<sup>561</sup> SMITH, Mary Jean and LIEHR, Patricia. Op. cit., p.167.

<sup>562</sup> *Ibíd.*, p. 175.

<sup>562</sup> SOTO MORALES, Alejandra María. Op. cit., p. 58-64.

<sup>562</sup> YURGENS, Corrine et al. Op. cit., p. 551- 560.

<sup>562</sup> AMSTRONG, Terri S. Op. cit., p. 601.

<sup>562</sup> MIASKOWKI Christine and AOUIZERAT Bradley E. Op. cit., p. 102.

<sup>562</sup> DE VITO DABBS, Annette, et al. Op. cit., p. 1269.

<sup>562</sup> SMITH, Mary Jean and LIEHR, Patricia. Op. cit., p.167.

<sup>562</sup> *Ibíd.*, p. 175.

<sup>563</sup> FAWCETT, Jacqueline and GARITY, Joan. Op. cit., p. 178.

para fomentar el diseño de intervenciones en la naturaleza interactiva de los síntomas, factores influyentes y consecuencias, dirigiendo el pensamiento en la búsqueda de las mejores y creativas formas de manejo de los síntomas<sup>564</sup>.

La TOUS es una de las pocas teorías de mediano rango que ha sufrido revisiones, basadas en los hallazgos empíricos. Las modificaciones han sido validadas de diversas enfermedades anteriormente mencionadas, los síntomas que allí se han descrito en estos estudios incluyen dolor, disnea, náuseas y vómito, insomnio y otros problemas del sueño, fatiga y bochornos<sup>565</sup>.

**¿Las afirmaciones teóricas fueron probadas a través de alguna técnica de análisis de datos? Hubo prueba de hipótesis?** Las investigaciones que ha utilizado como marco de referencia a la TOUS, han sido probadas y validadas empíricamente<sup>566</sup>. Las dimensiones más comúnmente medidas son calidad, intensidad, angustia, frecuencia y duración. Todas estas dimensiones han sido medidas satisfactoriamente y han cobrado vital importancia como predictores de resultado<sup>567</sup>. En la versión actualizada de la TOUS, la relación entre los componentes del modelo fue formulada como hipótesis por ser recíproca y potencialmente involucra complejas interacciones; una evidencia clara es la que desarrolló Cobb, con el desarrollo de un Modelo de Ecuaciones estructurales del ejercicio en mujeres mayores de 18 años hasta los 30 años con riesgo coronario, usando la TOUS en sus variables cognitivas, que fue sometido a un riguroso escrutinio de Análisis Factorial<sup>568</sup>. Recientes investigaciones sugieren que en la TOUS, las dimensiones de los síntomas identificados son ambos relevantes y medibles. Aunque existe limitación para valorarlas.

#### **4.2.5 Conclusiones del análisis y evaluación teórica de la TOUS.**

Teniendo como marco para la selección del modelo teórico que permita dar claridad al fenómeno de interés al grupo de investigación: Cuidado para la Salud Cardiorrespiratoria de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, en su línea de investigación: “Cuidado a la Mujer con Enfermedad Coronaria”, el fenómeno central son: “Síntomas en la Mujer con Enfermedad Coronaria”; para el cual se eligió el constructo, que permita dar solución y claridad al fenómeno de interés y cumplir con los objetivos de la investigación, el cual responde a la denominación de: “Theory of Unpleasant Symptoms: TOUS” de Lenz, Gift, Milligan, Suppe y Pugh (1997)”.

Estas son las conclusiones más relevantes del análisis teórico en el cual se respalda la toma de decisiones para su articulación como el constructo orientador del test psicométrico:

---

<sup>564</sup> FAWCETT, Jacqueline and GARITY, Joan. Op. cit., p. 178.

<sup>565</sup> SMITH, Mary Jean and LIEHR, Patricia. Op. cit., p. 177.

<sup>566</sup> *Ibíd.*, p.172.

<sup>567</sup> SMITH, Mary Jean and LIEHR, Patricia. Op. cit., p. 177.

<sup>568</sup> COBB, Sara Elizabeth. Op. cit., p. 158.



1. La crítica de la investigación aplicando el Sistema Conceptual Teórico Empírico (S-CTE) propuesto por Fawcett, permite analizar la significancia social y teórica del constructo para la sociedad y el avance en el conocimiento de enfermería. Esta crítica se basa en verificar en la MRT, para el efecto la TOUS, en el cual se contemplan la significancia, la consistencia interna, la parsimonia y la capacidad de comprobación.
2. La TOUS, demuestra tanto significancia, consistencia interna, parsimonia y capacidad de comprobación en la mujer con enfermedad cardiovascular, y debe iniciar la etapa de medición e instrumentalización.
3. La TOUS, es un constructo con un nivel de complejidad adecuado que permite cumplir con los estándares establecidos por Fawcett, aunque en la actualidad merezca replantear y profundizar en algunos conceptos como los factores situacionales y las consecuencias primarias o secundarias en el manejo del síntoma.
4. La aplicación del SCT-E expuesto por Jackeline Fawcett, permite conocer más a profundidad la TRM, su forma de evaluarla y poder así determinar por qué y que tan valiosa es la información acerca del componente teórico para la investigación como medio generador de teoría y como prueba de teoría.
5. La teoría TOUS, es útil tanto para la investigación y la práctica; aporta claridad estructural y teórica, permite de forma importante al profesional frente a la mujer con síntomas de cardiopatía isquémica, poder interpretar sus síntomas, transformar las experiencias de sus vivencias y aportar elementos de intervención al cuidado, medidas no farmacológicas que puedan mejorar la sobrevivencia y la calidad de las experiencias de las mujeres.
6. En el área de cuidado para la Salud Cardiovascular, el fenómeno de interés seleccionado es Síntomas en la Mujer con Enfermedad Coronaria. La presente investigación reconoce como prioritario la necesidad de explorar elementos desconocidos de la forma como sienten o perciben las mujeres diversos síntomas ligados a la cardiopatía isquémica; con una mirada que va más allá del órgano afectado y se centre en la persona afectada. Para tal fin, la "Theory of Unpleasant Symptoms TOUS"<sup>569</sup> se selecciona como el constructo que valora no solo un síntoma como el dolor, sino que se involucra conglomerados de síntomas, sin fragmentarlos, consintiendo una forma precisa y profunda de explorar la significancia y las consecuencias que de ellos se derivan; posibilitando por medio de la investigación, dotar de herramientas teóricas al cuidado, para interpretar y evaluar las necesidades propias de esta población.
7. Finalmente, teniendo en cuenta el fenómeno de interés bajo la luz de la Theory of Unpleasant Symptoms de Lenz y Colaboradores, la crítica aplicando el modelo propuesto por Fawcett 2005 Sistema Conceptual Teórico Empírico S-CTE, y más actualmente el de Fawcett and Garity 2009; se garantiza que podrán evidenciar y

---

<sup>569</sup> SMITH, Mary Jane and LIEHR, Patricia. Op. cit., p. 160.

analizar la significancia social- teórica del constructo, para beneficio de la sociedad y el avance en el conocimiento de enfermería<sup>570</sup>.

#### 4.2.5.1 Selección de un concepto de la TOUS, para la elaboración del instrumento.

Fundamentados en el extenso análisis de la TOUS, que intentan demostrar la utilidad y significancia teórica de la TOUS tanto para la práctica como para la investigación de enfermería; este proyecto define como marco teórico para el diseño psicométrico, el primer concepto mayor de la TOUS “Los síntomas”; y para dar mayor dimensionalidad a la valoración, se articula como síntoma N, los síntomas psicosociales; dada la coherencia e importancia clínica que representa esta nueva semiología en la mujer con enfermedad coronaria.

Una mirada profunda desde la óptica teórica de la TOUS frente a la indagación de “los síntomas”, pone de manifiesto en esta investigación que para la teorista y sus colaboradores, la visión de enfermería está ubicada desde la perspectiva interactiva-integrativa, y no desde la unitaria- transformativa, ya que esta última considera al ser humano no como la sumatoria de dimensiones sino como un ser único y totalitario. Esto pone en evidencia la inclinación hacia una visión por dimensiones, encontrándose fuertemente un gran peso de la dimensión fisiológica y psicológica, que continúa muy ligado el modelo biomédico, como se demuestra en los síntomas relacionados por la TOUS (Ver Figura 2).

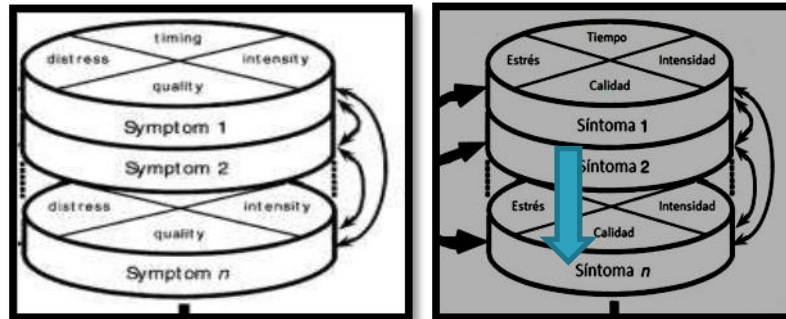
#### Figura 7. Adaptación de la dos Teorías (enfermería y psicología) para el diseño del instrumento de valoración

SÍNTOMA	DIMENSION CORRESPONDIENTE
Síntoma 1: DOLOR	Fisiológica y psicológica
Síntoma 2: NAUSEAS	Fisiológica
Síntoma 3: FATIGA	Fisiológica y psicológica
Síntoma 4: DISNEA	Fisiológica
Síntoma 5: “N” PSICOSOCIALES: Distres, tristeza, depresión, ira/hostilidad	Podría contener otras dimensiones hasta el momento no reportadas o investigadas: psicosociales, familiares, trascendentales y/o espirituales.

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

<sup>570</sup> FAWCETT, Jacqueline and GARITY, Joan. Op. cit., p. 82.

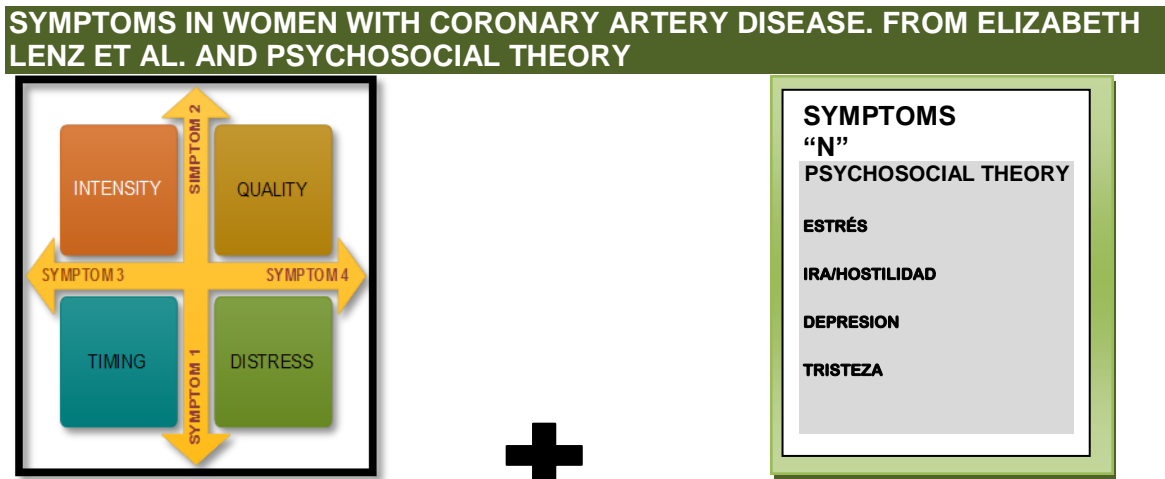
**Figura 8. “Los síntomas”, primer Concepto de la Teoría de los Síntomas Desagradables, 1997**



**Fuente:** Elaboración propia del autor, traducción al español del concepto central de la TOUS.

Por lo anterior, para esta investigación y dado que Lenz en su diagrama teórico formula la existencia de un síntoma N, se considera que este punto permitirá hacer diversas aproximaciones e inmersiones en síntomas de tipo psicosocial, familiar, trascendental y/o espiritual, con lo cual se aportará a una real visión multidimensional del Cuidado de Enfermería.

**Figura 9. Adaptación de la dos Teorías (enfermería y psicología) para el diseño del instrumento de valoración**



**Fuente:** Elaboración propia de la investigación. Reúne elementos centrales del Primer concepto de Elizabeth Lenz (síntomas) y el primer concepto de la Lazarus y folkman (evaluación primaria).

### 4.3 Análisis crítico de la teoría psicosocial y el fenómeno social desde una perspectiva de género

En este momento la visión de los síntomas, da un giro fundamental enfocado en la reflexión de la problemática social; el análisis de los factores generadores de vulnerabilidad cardiovascular, son los temas centrales de discusión y además el aporte de la Teoría Psicosocial al entendimiento de este fenómeno de salud.

Para Carlos Tajer, Presidente de la Sociedad Argentina de Cardiología, el corazón y sus circuitos sanguíneos más allá de la visión fisiopatológica, enmarcada en una diáspora humanitaria, obligan a entender la enfermedad coronaria más allá del órgano, e integrando lo que el mismo evoca como *“La indisoluble unidad de cuerpo-alma, res cogitans-res extensa”*, que el mecanicismo separa de manera vehemente. En este sentido, invoca el concepto de que *“el hombre no tiene naturaleza sino historia”*, allí el autor ofrece la visión de la crisis por la que trasiega el arte médico, cuando se prescinde de la comprensión de lo emocional sobre el cuerpo, puesto que esta disociación es problemática<sup>571</sup>.

Dada la significancia epidemiológica de la enfermedad coronaria en la mujer a partir de los 45 años en todo el mundo, la disciplina de enfermería considera necesario replantear las clásicas formas de afrontar, confrontar y entender las problemáticas que son detonantes de su vulnerabilidad coronaria. Los síntomas por definición comparten un carácter netamente subjetivo, en este sentido y luego de evidenciar la condición frecuente de baja aceptación en la mujer de su vulnerabilidad coronaria, puesto que en su mundo interno, esta patología está ligada al género masculino, se genere un delicado proceso que permita a los profesionales de la salud y a las mismas mujeres, una sana reflexión sobre los síntomas categorizados de atípicos, pero que son solo el resultado de una comparación inadecuada de perfiles clínicos que no guarda respeto por la condición de género y la especificidad para cada uno de ellos.

Sí los síntomas de angina en el escenario de la cardiopatía isquémica, son explorados de manera inadecuada, posiblemente, esta búsqueda por entender esta problemática, conduzca a la carencia de éxito en las soluciones escogidas para las mismas y en realidad es lo que contribuye a un aumento de la morbilidad y mortalidad en la mujer, además a conducir las medidas terapéuticas que apoyan los cambios en los estilos de vida, pero más aún como lo propone TAJER, *“cambios en las condiciones de vida y opciones de vida”*, radicados en la generación de conciencia y reconocimiento de las expresiones sintomatológicas de la enfermedad coronaria en la mujer y su impacto sobre los años de vida perdidos e incapacidad en la mujer<sup>572</sup>.

Poder desarmar los constituyentes de la compleja trama que genera vulnerabilidad cardiovascular, se debe iniciar con una nueva conciencia sobre lo que clínicamente es expresión femenina y tal vez de esta forma aportar a los cambios sociales que aporten a una mejor experiencia de salud y aun cambio en las opciones de vida y a evitar la

---

<sup>571</sup> TAJER, Carlos. El corazón enfermo. Puentes entre las emociones y el infarto. Buenos Aires, Argentina: Editorial Libros del Zorzal. 1a. ed. 2008, 192 p.

<sup>572</sup> TAJER, Débora. Op., cit. p. 276.

nostalgia que se desencadena por el cumplimiento de tipos de regímenes sin la consabida educación a las mujeres.

La nueva organización social (tipo de trabajo, organización de la familia, pertenencias sociales etc.) en la que el mundo de la mujer gira, enfrenta al igual que a los varones ejecutivos a un alto grado de vulnerabilidad inducida por el componente psicosocial, por tanto abrir las posibilidades en el mundo de la salud para comprender mayormente a la mujer, entender su expresión, dolor social y familiar. Si se construye este nuevo modelo de abordaje multidimensional, se contribuye a que la sociedad pueda mejorar sus posibilidades de salud, por tanto:

*“Una sociedad que no da segundos chances u oportunidades, ni la posibilidad de rearmarse después de una caída, es una sociedad altamente infartógena”<sup>573</sup>.*

Débora Tajer logró evidenciar que la construcción de modos de subjetivación relativos a “Mandatos de género ligados a la consecución de logros”, en sus modalidades más extremas son las condiciones que producen sujetos más vulnerables a la patología coronaria. El modo como operan estas formas de vulnerabilidad, está ampliamente ligado a las formas de socialización, de internalización de los mandatos, de los códigos, de exigencias que recaen sobre estos sujetos (hombres y mujeres de poder) y que propician la constitución de estilos de vida de manera particular, de gastar la vida, que condiciona su forma de enfermarse y en el peor de los casos, de morir dada la letalidad de la patología cardíaca<sup>574</sup>.

### **4.3.1 Problemáticas de género para la génesis y expresión de la cardiopatía isquémica.**

**4.3.1.1 Del concepto de riesgo a la vulnerabilidad cardiovascular.** Desde una perspectiva social, Cuartas y colaboradores<sup>575</sup>, encuentran parte del eslabón perdido y reportan en su estudio de investigación “*los clustering o agrupaciones de factores de riesgo psicosociales*”<sup>576</sup>. El bajo nivel socioeconómico, bajo apoyo social, el estrés, la personalidad tipo D. La cual en contraste con la depresión aislada y síntomas de ansiedad, es una personalidad angustiosa o “disestresora”, tiene la tendencia a experimentar un amplio espectro de emociones negativas o de afecto negativo y a exhibir autoexpresiones en relación a otros de inhibición social. Este tipo de personalidad tipo D, es un predictor de pobre pronóstico, incluso después de hacer el ajuste de los síntomas depresivos, el estrés y la ira; esto contribuye al desarrollo de la enfermedad coronaria y empobrece el curso clínico y el pronóstico de dichas personas.

---

<sup>573</sup> TAJER, Débora. Op., cit. p. 279.

<sup>574</sup> *Ibíd.*, p. 8.

<sup>575</sup> CUARTAS MURILLO, Verónica et al. Op. cit., p. 28.

<sup>576</sup> EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY AND OTHERS. The fifth joint task force of the European society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European guidelines on cardiovascular disease: prevention in clinical practice. Op. cit., p. 17.

Los cuales no habían sido tenidos en cuenta para explicar y predecir el comportamiento de las enfermedades cardiovasculares. En este sentido, cobran validez y poseen gran significancia, la presencia de factores tales como el estrés, el complejo: ira/hostilidad, la tristeza, la depresión y el bajo apoyo social. Este es un punto fundamental de la indagación, puesto que si retrocedemos y profundizamos en las estadísticas de morbilidad y mortalidad de Colombia, encontramos que, el segundo factor que contribuye a la mortalidad, es “la violencia social” que vive el país y es un fenómeno creciente desde el último decenio.

**4.3.1.2 Desde el contexto de la violencia de género.** Esta violencia dirigida hacia las mujeres, desde hace varios años en Colombia ha movilizó las acciones y las campañas de promoción de los derechos humanos; lo evidente es la desigualdad y la discriminación que sufren las mujeres y las niñas a lo largo y ancho del mundo. La mirada sobre el nivel de goce de derechos puso en evidencia las brechas que en relación a los hombres, han alejado con mayor profundidad a las mujeres de acceder entre otros, a la salud, la vivienda, el trabajo remunerado y la participación en los ámbitos públicos y privados. Estos hechos son los que han permitido definir que “la pobreza se ha feminizado”, devolviendo un remanente social negativo hacia la mujer, que incide de forma arbitraria sobre la salud y peor sobre su autocuidado. Estos son principios de la inequidad de género, injusticia social y vulnerabilidad para la mujer<sup>577</sup>.

Según el informe de Forensis Colombia 2010, el país registra cifras elevadas de homicidios, relacionados con hechos tales como ajuste de cuentas en comerciantes de estupefacientes, venganza como primera causa y en segundo lugar las muertes derivadas del conflicto armado. Son muchas las viudas, las abandonadas, las víctimas son mujeres que padecen estas pérdidas, pero además existe otro mecanismo tal vez más patológico en Colombia, un protagonismo femenino derivado del uso de la mujer como instrumento de guerra. En los años 2004 a 2007 la primera causa de violencia fue sociopolítica por encima de la violencia interpersonal. Aunque los registros de víctimas mujeres han estado en los últimos años por debajo, son los homicidios en hombres, la violencia intrafamiliar y la violencia infringida por la pareja dejan como principales víctimas a las mujeres, principalmente en los departamentos del Valle del Cauca y la región antioqueña<sup>578</sup>.

En suma Vives y cols., encontraron suficientes pruebas sobre las consecuencias para la salud de la mujer, relacionada con los patrones de intimidación generados por los hombres, aunque precisan son pocas las investigaciones que indagan sobre las consecuencias de otras formas de violencia dirigida contra las mujeres semejantes a violencia perpetrada por hombres familiares, amigos y extraños, en diversos escenarios como el sitio de trabajo, el hogar y en otros ambientes sociales. Por lo tanto la violencia

---

<sup>577</sup> YAÑEZ MORENO, Silvia Marcela. Estándares internacionales y el deber de actuar con la debida diligencia en casos de violencia contra las mujeres. Forensis 2011. Datos para la vida. Artículos complementarios. [Consultado nov. 14, 2012]. Disponible en Internet: [http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/CRNV/bol\\_epidemiologicos/2011/HOMICIDIOS2004a20095PRIMERO SDEPARTAMENTOS.pdf](http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/CRNV/bol_epidemiologicos/2011/HOMICIDIOS2004a20095PRIMERO SDEPARTAMENTOS.pdf)

<sup>578</sup> CARREÑO SAMANIEGO, Pedro. Instituto de medicina legal y ciencias forenses. Centro nacional de referencia de la violencia. 2004-2009. Homicidios. Colombia, 2004-2009. Departamentos con las cifras más altas. Informe 2010, 5 p.

dirigida contra la mujer, provoca diversas lesiones generadores de problemas en su salud física, estrés psicosocial; aportando al abuso de sustancias analgésicas, tranquilizantes, antidepresivos y consumo de drogas ilícitas<sup>579</sup>. Un bumerang sin fin de consecuencias sociales y familiares, puesto que la mujer devuelve en lo cotidiano, lo que la misma sociedad le provee, donde la salud cardiovascular es un concepto cada vez más vulnerado.

**4.3.1.3 El Factor estrés mental.** Acorde con éstas afirmaciones, el Congreso Mundial de Cardiología del año 2008, realizado en la ciudad de Buenos Aires, arrojó como recomendación para todos los países, el no olvidar como factor primordial al estrés, por su repercusión sobre la enfermedad cardiovascular, factor que hasta el momento no ha tenido una importancia muy grande en el estudio de la enfermedad cardiovascular; una posible y arriesgada explicación es la hegemonía de las ciencias biomédicas, en la interpretación del fenómeno cardiovascular, que se centra en los componentes biológicos y no precisamente en las aéreas sociales, ni psicológicas.

El estrés en el trabajo y la vida familiar, en revisiones actuales ponen en evidencia que las altas demandas psicológicas, la falta de apoyo social y la tensión laboral, son factores de riesgo que inciden en el desarrollo de la enfermedad coronaria. El grupo de mujeres estudiadas por este aspecto fue escaso, por tanto la evidencia en este sentido es poco concluyente, pero lo que sí es cierto es que las crisis, los conflictos y el estrés a largo plazo en la familia puede incrementar el riesgo de enfermedad cardiovascular<sup>580</sup>. Los procesos psicoemocionales influyen de manera importante en el proceso natural de la salud- enfermedad y en términos de “satisfacción conyugal” entre los que padecen del corazón, existen evidencias de cómo una relación de pareja deteriorada, es una fuente de estrés continua, que influye en el desarrollo y desenlaces catastróficos en el sistema cardiovascular; en forma adicional, los enfermos con patología cardíaca y una relación de pareja difícil de larga duración, arrastran gran insatisfacción conyugal que influye de manera directa en la aparición de la enfermedad; razón por la cual, se aplica el concepto de: “Sentirse bien con la pareja, protege verdaderamente al corazón”<sup>581</sup>.

Un completo estudio desarrollado por León Galindo et al<sup>582</sup>, sobre la prevalencia de “estrés mental” como un factor de riesgo de primer orden para la salud cardiovascular, relaciona la depresión, ansiedad, ataques de pánico, aislamiento social y falta de soporte afectivo de calidad.

---

<sup>579</sup> VIVES CASES, Carmen, et al. The effect of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. *In*: Journal of public health. December, 2010, vol. 33 no. 1, p. 15-21.

<sup>580</sup> EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY AND OTHERS. The fifth joint task force of the European society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European guidelines on cardiovascular disease: prevention in clinical practice. Op. cit., p. 19.

<sup>581</sup> LUQUE, MC y RUBIO, I. ¿Qué esconde un corazón roto?: Satisfacción conyugal en enfermos con problemas cardiovasculares [en línea]. Hospital de la Santa CREU I SANT PAU. Escuela de Terapia Familiar. Curso virtual 2007-2009. Barcelona España. [Consultado noviembre 28, 2011]. Disponible en Internet: <http://www.etsantpau.com/investigacion.html>

<sup>582</sup> LEÓN GALINDO, Jorge; SÁNCHEZ-MEDINA, Alfonso y MATIZ, Hernando. Estrés mental, medio ambiente y enfermedad cardiovascular. Guías de prevención primaria en riesgo cardiovascular. Tópicos Selectos. *En*: Revista Sociedad Colombiana de Cardiología. Bogotá, julio 2009, vol. 16 Suplemento no. 3, p. 130-136.

Entender que el mundo emocional, genera altos grados de estrés asociados a la enfermedad cardiovascular, donde estar “estresados” es un término que ha sido inadecuadamente usado, puesto que no discrimina lo negativo de lo positivo; lo cual puede encubrir procesos con efectos negativos sobre el cuerpo. El estrés tiene un rol vital crucial en la defensa, pero cuando la emoción tiene un componente negativo como enojo, ira, depresión, es generadora de grandes conflictos como el Infarto agudo y la muerte súbita. Por lo tanto se recomienda abrir el camino para el entendimiento de la emoción<sup>583</sup>.

El estrés negativo tanto crónico como agudo, está claramente asociado con factores de riesgo cardiovascular y con la aparición de angina, falla de bomba cardiaca y arritmias cardíacas; sin olvidar que es un factor modificable. Esto da lugar a considerar pertinentes y prioritarias las medidas con abordajes psicológicos y sociales<sup>584</sup>. Tal vez, este estudio le permita a la Medicina reconocer su fracaso frente a la forma como ha venido abordando la temática del proceso salud enfermedad cardiovascular, desconociendo el valioso aporte del cuidado multidisciplinar; de otro lado, la reflexión debería conducir a las sociedades de Cardiología del país, proponer eventos académicos “Simposios de Cardiología” que brinden en el tema de la enfermedad cardiovascular, participación a otras disciplinas de la salud y no solo el espacio para que escuchen pasivamente, posibilitando de forma activa su debate, aporte y así diseñar estrategias de abordaje conjunto de mayor impacto para la salud.

**4.3.1.4 “Feminización del cuidado y sobrecarga laboral”.** El cuidado es herencia de las mujeres para el mundo, ha sido parte de una tarea tácita, que deriva una connotación de feminización e inequidad, sin posibilidades de emplearse, ni educarse debido a las continuas tareas domésticas; en este sentido no sólo la mujer cuida, sino que apoya y ayuda a otras mujeres en el cuidado<sup>585</sup>.

Cerca de 30% de los hogares en el mundo, tiene como cabeza principal a una mujer, en Colombia esta cifra SEGÚN PROFAMILIA está en un promedio de 28%, pero cifras de la ENDS de PROFAMILIA del 2005, reportó que en hogares en situación de desplazamiento, tienen como jefa a una mujer en un porcentaje mayor a 35%; dicha jefatura femenina tiene una distribución general para todos los niveles socioeconómicos y todas las zonas del territorio colombiano<sup>586</sup>.

La denominación de los hogares con la conducción y conformación de hogares con “mujeres jefas” con sus hijos, permite rodear la problemática de la mujer como cabeza de su familia monoparental; desde esta perspectiva, se pretende develar las dificultades que enfrentan estas mujeres, ya que estén preparadas o no, la mujer asume la responsabilidad del hogar sin importar en qué condiciones físicas o morales lo logra hacer y aunque en muchas ocasiones no cuente con un núcleo familiar que la rodee y le permita el apoyo suficiente para superar tan difícil tarea. Estas mujeres son las encargadas del sostenimiento, no solo económico sino social de sus hogares, y esta es

---

<sup>583</sup> TAJER, Carlos. Op. cit., p. 6.

<sup>584</sup> *Ibíd.*, p. 135.

<sup>585</sup> GARCIA CALVENTE, María, et al. El impacto de cuidar en la salud y en la calidad de vida de las mujeres. *En:* Gaceta Sanitaria. 2004, vol. 18 Suplemento 2, p. 83-92.

<sup>586</sup> VELASQUEZ, Sandra Patricia. Ser mujer jefa de hogar en Colombia. *En:* revista virtual, vol. 4 no. 2, 4 p. [Consultada 14 de agosto 2011]. Disponible en Internet: [http://www.dane.gov.co/revista\\_ib/html\\_r8/articulo4.html](http://www.dane.gov.co/revista_ib/html_r8/articulo4.html)



una condición que genera mayores niveles de vulnerabilidad demográfica en los hogares donde los hombres son cabeza de hogar<sup>587</sup>.

Las cifra de embarazos en adolescentes que cada vez más se eleva, permite entender que estos hogares tienen “Jefas en edades más extremas (menores de 20 años y mayores de 50)”<sup>588</sup>; cuyos hogares tienen tasas de dependencia económica más alta, favoreciendo en ellas la pérdida de su autonomía y exponiéndolas a mayores índices de violencia doméstica y menos oportunidades educativas, como lo precisa Angulo y Velásquez, en el mismo escrito<sup>588</sup>.

**4.3.1.5 Salud en la mujer y cuidado del Cuidador.** La familia es reconocida como la primera institución, que genera cuidados a los seres humanos en condición de dependencia y es la mujer quien tradicionalmente proporciona este cuidado de forma invisible, poco reconocida y de manera permanente sin importar la condición física y capacidad económica. En un contexto de vulnerabilidad social, la mujer asume el cuidado familiar en la marginalidad del apoyo familiar, cultural y social, situaciones ampliamente diferenciadoras de género, que imponen severas restricciones para el propio cuidado de la salud en la mujer<sup>589 590</sup>.

Pero la experiencia del cuidado a los adultos con enfermedades crónicas genera un impacto en la vida cotidiana en las personas y las familias que cuidan, teniendo en cuenta el agobio humano de tener que enfrentar la muerte, innumerables situaciones de difícil manejo, toma de decisiones, competencia entre el cuidar y las metas de vida personal, ocasionando cambios en los roles que afectan la calidad de vida, el sueño, descanso, actividad social, emocional, económica y laboral, siendo de mayor complejidad en casos de dependencia económica y postración<sup>591</sup>.

La vida de “cuidadora” se acondiciona por su papel; el 68% de las cuidadoras percibe que cuidar centrado solo en el otro, afecta de manera importante la salud, su vida social y personal. Sobre su propia salud, se encuentran a menudo cansadas del cuidado en 51,2% de los casos, en 32,1% se sienten deprimidas. Sobre su vida afectiva, un 64,1% declara que se han visto obligadas a disminuir su tiempo de ocio. Sobre aspectos laborales 26% confiesa no poder plantearse trabajo por fuera del hogar; 11,5 % ha tenido que abandonar el trabajo, 12,4% se han visto obligadas a reducir su jornada de trabajo<sup>592</sup>.

---

<sup>587</sup> VELASQUEZ, Sandra Patricia. Op. cit-, p. 6.

<sup>588</sup> *Ibíd.*, p. 6.

<sup>589</sup> STIEPOVICH BERTONI, Jasna y VAQUIRO RODRIGUEZ, Sandra. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *En: Ciencia y Enfermería*. Concepción Chile, Agosto 2010, vol. 16 no. 2, p. 9-16.

<sup>590</sup> REYES LUNA, Juan, et al. Adherencia de las enfermeras (os) a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. *En: Ciencia de Enfermería*. 2007, vol. 13 no. 1, p. 45-57.

<sup>591</sup> PINTO AFANADOR, Natividad. La cronicidad y el cuidado familiar, un problema de todas las edades: Los cuidadores adultos. *En: avances en Enfermería*. Bogotá 2004, vol. 22 no. 1, p. 54-60.

<sup>592</sup> TORRES EGEEA, Pilar, et al. Programas, intervenciones y redes de apoyo a los cuidadores informales en salud. *En: Nursing*. España 2008, vol. 26 no. 6, p. 56-61.

Otros puntos importantes son los posibles efectos que derivan del cuidado al cuidador, en general son adversos pudiendo estos afectar su calidad de vida, salud física, vulnerar su aspecto psicológico y alterar la dinámica social<sup>593</sup>.

**4.3.1.6 Desmitificando el modelo de la mujer con cardiopatía isquémica, desde un enfoque psicosocial. DEBORA TAJER.** Desde esta indagación se aportan elementos importantes en la identificación del modelo femenino de construcción de los factores psicosociales que contribuyen a elevar el riesgo de las mujeres para el desarrollo de cardiopatía isquémica<sup>594</sup>. Se contrasta en la población de mujeres del sector bajo y medio cuyas principales labores son la conyugalidad y la maternidad; este grupo de mujeres con cardiopatía isquémica, se salen del imaginario masculino de “éxito, trabajo fuera del hogar”. Son mujeres sobre-exigidas, ya que en la mayoría eran migrantes del interior de Argentina, con precariedad en el recurso económico. Estas mujeres en las que se consideran han escalado socialmente ser madres y amas de casa de una familia nuclear, cuya tendencia es el carácter operativo más que el reflexivo e introspectivo<sup>595</sup>.

Claramente la enfermedad coronaria se expresa con cuadros inespecíficos, por lo cual se demuestra que ha existido inequidad de género en la calidad de la atención<sup>596</sup>. Por lo anterior, la conducta de los profesionales de la salud, muestra como el subregistro de mujeres con niveles de pobreza es alto, puesto que se continua asociando el modelo masculino, enviando el mensaje que los varones son más susceptibles de padecer enfermedad coronaria y las pocas mujeres que se enferman por esta causa, son de clase media a la más alta, dado por el ingreso de la mujer en el mundo laboral de gran escala<sup>597</sup>.

Esto aporta a la invisibilización del modo particular de riesgo y la construcción de su morbilidad en la mujer de sectores populares, y desnaturaliza la construcción del riesgo en la mujer de los sectores sociales más altos, “homologadas cual varones”, cuando en realidad presentan una modalidad específica de género que les confiere vulnerabilidad coronaria<sup>598</sup>.

Las mujeres de sectores sociales más bajos están tipificadas como SUPERMUJERES imprescindibles y multifuncionales, involucradas en una economía de supervivencia, donde ellas sienten que deben resolverlo todo; lo cual induce a situaciones de altos niveles de angustia, inundándose a sí mismas<sup>599</sup>. Las mujeres del sector social más alto,

---

<sup>593</sup> GIRALDO MOLINA, Clara y FRANCO AGUDELO, Gloria. Calidad de vida de los cuidadores familiares. *En*: Aquichan. Chía Colombia, 2006, vol. 1 no 6, p. 38-53.

<sup>594</sup> TAJER, Débora. Mujeres y enfermedad cardiovascular. Género y subjetividad en la construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en mujeres jóvenes. CEDES/FLACSO Argentina, Tesis. Magister en Ciencias Sociales en Salud. *En*: Anuario de investigaciones. Facultad de psicología UBA. Argentina, 2005, vol. 12, p. 239-248 [Consultado agosto 18, 2012]. Disponible en Internet: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuin/v13/v13a24.pdf>

<sup>595</sup> *Ibíd.*, p. 241.

<sup>596</sup> *Ibíd.*, p. 272.

<sup>597</sup> TAJER, Débora. Mujeres y enfermedad cardiovascular. Género y subjetividad en la construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en mujeres jóvenes. *Op. cit.*, p. 272.

<sup>598</sup> *Ibíd.*, p. 273.

<sup>599</sup> *Ibíd.*, p. 242.

SON LAS QUE NO PUEDEN PARAR, saben lo que acontece pero no pueden parar, su cuerpo actúa como un freno de problemas situacionales subjetivos e intersubjetivos que no pueden ser resueltos en estos niveles. Las mujeres del sector medio alto ubican como detonante de su episodio coronario, el estar INMERSAS EN UN RITMO DE VIDA MUY APURADO, son las que tienen agenda completa, personalidad perfeccionista y omnipotente<sup>600</sup>.

Por lo anterior no solo la vulnerabilidad de la mujer se da por su ingreso al mundo moderno y mercado salarial en condiciones de masculinas, sino que su enfermedad es una sumatoria de roles predominantes, trabajo, familia, desarrollo personal, requerimientos estéticos, donde debe ser UNA MUJER 10, o SUPERMUJER, aunque se muera en el intento<sup>601</sup>. Todo esto contrasta con el modelo socio-político hegemónico, donde los valores más importantes son la hiper-productividad, la exigencia, la polifuncionalidad son características de gran valor social, inicialmente muy propias del mundo masculino, pero que ha adoptado la mujer, actuando como hombres en el mundo laboral, donde hay una clara separación del psiquismo o una negación del mismo o el narcisismo por el cuerpo<sup>602</sup>.

Las mujeres de mayor nivel social, manifiestan tener altos índices de sentimientos de injusticia, hipervaloración y hostilidad. En ambos grupos sociales medianos y altos se presenta hostilidad y rabia<sup>603</sup>. Los niveles elevados de ansiedad pueden elevar las complicaciones de personas con SCA-CEST post infartadas, ya que se ha documentado disminución de la función sistólica del ventrículo izquierdo<sup>604</sup>.

Referente al complejo ira/hostilidad, se puede decir que la hostilidad es un rasgo de personalidad caracterizado por una desconfianza extrema, rabia e ira, y la tendencia a la agresividad, relaciones sociales mal-adaptativas. La ira/hostilidad se ha confirmado en metaanálisis, está asociada con incrementos en el riesgo cardiovascular en personas de alto riesgo coronario como en poblaciones saludables; en suma, la falla para expresar ira, podría tener particular importancia en el incremento del riesgo de eventos cardiovasculares<sup>605</sup>.

La personalidad tipo D, que expresan de forma permanente emociones negativas y en términos generales es disestresora, presentan inhibición social; de la misma manera la depresión predice eventos de falla cardiaca, que empeoran el pronóstico cardiovascular, elevan el riesgo de mortalidad en infarto del miocardio y disminuyen el nivel de interacción social necesario para fortalecer el apoyo social e integración familiar<sup>606</sup>.

---

<sup>600</sup> TAJER, Débora. Op. cit., p. 242.

<sup>601</sup> *Ibíd.*, p. 242.

<sup>602</sup> *Ibíd.*, p. 243.

<sup>603</sup> *Ibíd.*, p. 244.

<sup>604</sup> EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY AND OTHERS. The fifth joint task force of the european society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European guidelines on cardiovascular disease: prevention in clinical practice. Op. cit., p. 20.

<sup>605</sup> *Ibíd.*, p. 20.

<sup>606</sup> *Ibíd.*, p. 20-21.

Con lo anterior se logra desmitificar la prevalencia del modelo de cardiopatía isquémica: “varón ejecutivo y exitoso”, lo mismo que un estilo de pareja o familia son por sí mismos indicadores de riesgo cardiovascular. El modelo de riesgo se origina es en el hacer, además en el significado del hacer y la manera como lo procesan las personas que lo hacen<sup>607</sup>; son estos en realidad los puntos que marcan la vulnerabilidad cardiovascular.

En este sentido y a manera de conclusión, las pruebas conducen a dejar un precedente, “LOS SINTOMAS PSICOSOCIALES SON CARDINALES” en la génesis y expresión de la cardiopatía isquémica en la mujer. En Colombia, aún no se logra demostrar la equidad de género y son muchas las poblaciones de mujeres expuestas a altos niveles de agresión, violencia, discriminación, que las someten de manera crónica y en diversas edades a altos niveles de estrés, por emociones negativas como depresión, ansiedad, culpa, ira/hostilidad, como lo reportan la mayoría de las evidencias presentadas anteriormente.

Por consiguiente, un instrumento para la valoración de los síntomas anginosos en la mujer, no puede desde esta perspectiva, desligarse de la realidad contextual y debe contener elementos de exploración de síntomas, tanto físicos, como fisiológicos y sociales.

La Teoría de Lenz en este caso, permite la articulación como síntoma N, a los síntomas psicosociales y se puede asegurar que este nuevo y singular componente, le aporta a la Teoría de Lenz, mayor multidimensionalidad. De esta manera, verdaderamente se le dará un vuelco a la forma como se intenta incidir sobre los aspectos más prevalentes de morbilidad y mortalidad en la mujer colombiana, buscando reconocer y controlar estos fenómenos, que garanticen mayor productividad y supervivencia de las generaciones de mujeres, puesto que LA ENFERMEDAD MAYOR EN ESTA SOCIEDAD ES LA INTOLERANCIA, LA VIOLENCIA SOCIAL Y FAMILIAR. Mujer es por tanto sinónimo de Familia, las mejorías que se propongan a su salud biológica y psicosocial, conducen indefectiblemente a elevar el nivel de bienestar de la familia, unidad esencial constitutiva de la sociedad colombiana.

#### **4.3.1.7 Análisis crítico de los aportes de la Teoría de RICHARD LAZARUZ Y FOLKMAN (1966,1986). Teoría de la Cognición sobre la emoción y la conducta concreta.**

En adelante se proveerá el sustento necesario que permita el entendimiento del por qué se decide la articulación de los síntomas psicofisiológicos con síntomas psicosociales; de manera singular la psicometría puede reunir a dos orientaciones disciplinares estrechamente relacionadas como lo son la Teoría de enfermería, centro de las indagaciones psicométricas con la Teoría de los Síntomas Desagradables y bajo la óptica de la llamada “Psicología de la Enfermedad”, de la Teoría Transaccional de la Cognición sobre la emoción y la conducta Concreta de la Teoría de Richard Lazarus y Folkman.

Bajo el concepto de psicología de la enfermedad, la subjetividad del enfermo en su concepción de la enfermedad, es determinante para las intervenciones, que la racionalidad y objetividad del profesional médico o de enfermería, no favorecen su adaptación. Por tanto frente al enfermo real, el profesional debe abrirse al conocimiento

---

<sup>607</sup> TAJER Débora. Op cit., p. 247.

que el individuo tiene de la enfermedad, sobre sus síntomas, su recuperación y recaídas; pero que no buscan reemplazar las intervenciones biomédicas sino más bien complementarlas<sup>608</sup>.

La Teoría de Lazarus, es un modelo lineal, que comienza con la percepción del síntoma y acaba en la evolución del enfrentamiento de la enfermedad. El concepto I, enfocado a la Evaluación primaria, se centra en la determinación del factor estresante percibido por la persona; allí se incluyen emociones de componente negativo, estrés crónico, tristeza, cólera y sentimientos subyacentes de vulnerabilidad, pesimismo e ira/hostilidad.

Este modelo es el constructo seleccionado para orientar la articular la dimensión psicosocial al diseño de la escala de evaluación de síntomas en la mujer con angina y se fundamenta en que este modelo, no solo se usa para contextos de evaluación negativa o de emocionalidad excesiva, sino también en la evaluación de conductas adecuadas o reevaluaciones deliberadas que favorecen la naturaleza adaptativa frente a la enfermedad<sup>609</sup>.

Las enfermedades cardíacas son el terreno fértil para estudiar las relaciones de interdependencia sobre la enfermedad y emoción. De igual forma se acepta que los niveles elevados de tristeza, depresión y hostilidad, estén asociados a una mayor probabilidad de desarrollar una enfermedad coronaria o infarto del miocardio, como también se logra documentar que luego de estos eventos la mitad de estos pacientes revelan niveles inadecuados de ansiedad, depresión, agravando el proceso reparativo<sup>610</sup><sup>611</sup>; lo que significa que estas emociones excesivas son malas en cualquier circunstancia y aún peores en las situaciones de enfermedad o de su prevención, según lo expresa Joyce<sup>612</sup> sustentado en Friedman y Dimatteo 1984, Frasure-Smith, Lesperance y Talajic, 1995 y Mendes de León, 1992.

Luego de visualizar el aporte de la visión psicológica en la cardiopatía isquémica, se reconoce que las emociones alteran la atención, hacen subir de rango ciertas conductas en la jerarquía de respuestas del individuo y activan redes asociativas en la memoria; el reconocimiento de síntomas psicosociales durante la valoración de la mujer con enfermedad coronaria, busca impedir que estas emociones negativas o inadecuadas, contribuyan como factor causal al surgimiento de la enfermedad, semejante a como lo pueden provocar otros desencadenantes como el consumo de tabaco, los problemas en la dieta o la inactividad física<sup>613</sup>.

---

<sup>608</sup> JOYCE-MONIZ Luis y BARROS Luisa. Op., cit. p. 6.

<sup>609</sup> *Ibíd.*, p. 55.

<sup>610</sup> JOYCE-MONIZ Luis y BARROS Luisa. Op. cit., p. 10.

<sup>611</sup> SMITH, Patrick J. and BLUMENTHAL, James A. Psychiatric and behavioral aspects of cardiovascular disease: epidemiology, mechanisms, and treatment: update: systemic diseases and the cardiovascular system (IX). *En*: Revista Española de Cardiología. España, 2011 vol. 64 no. 10, p. 924-933.

<sup>612</sup> JOYCE-MONIZ Luis y BARROS Luisa. Op., cit. p. 10.

<sup>613</sup> *Ibíd.*, p.11.

Joyce<sup>614</sup> apoyado en los conceptos de Leventhal y Cameron (2001) respecto al imaginario psicológico de la enfermedad, sobre todo cuando se atribuyen a actitudes frente a la vida que asume uno mismo, se denominan EMOCIONES CALIENTES y contienen un “significado emocional”, que orientan a las personas que piensan en su enfermedad a emocionarse en términos de estrés, ansiedad, disforia o cólera; los cuales son el marco para el desencadenamiento de miedo, tristeza, desesperación y hostilidad. Pero cabe también reconocer que existen EMOCIONES FRIAS, o menos intensas, entre ellas se destaca la depresión<sup>615</sup>.

Como anteriormente se mencionó, la Teoría de Lazarus es el enfoque del estrés más aceptado por el colectivo científico actual, al igual que su teoría cognitiva<sup>616</sup>. Razón por la cual, se utilizó como marco referente para evaluar los síntomas psicosociales que expresan las mujeres con cardiopatía isquémica a la luz de las evidencias más relevantes para su ponderación (Ver Figura).

### Conclusiones del Análisis Psicosocial.

1. **“Tras los síntomas subyace una emoción que ha sido ignorada”<sup>617</sup>**. Este concepto apoya la Teoría Psicoanalítica de Freud que en 1890, habló en su texto “tratamiento psíquico” (tratamiento para el alma) y se refirió a la emoción en los siguientes términos: *“El más cotidiano y corriente ejemplo de influencia anímica sobre el cuerpo, que cualquiera puede observar es la llamada expresión de las emociones”*. Además sostiene que el verdadero objetivo de la represión es suprimir el desarrollo de la emoción y en consecuencia mantenerla en la esfera del inconsciente. Esto significa que las ideas asociadas a la emoción también pueden ser reprimidas y estas emociones tienden a interrumpir en la conciencia en forma de síntomas, actos fallidos, sueños, trastornos del carácter o peor aún como fragmentos del yo.

2. El Modelo de LAZARUS Y FOLKMAN es una Teoría Cognitiva que demuestra el efecto de la emoción sobre la conducta concreta de los individuos, es un constructo coherente que permite sustentar la importancia e impacto de los síntomas psicosociales (distrés, tristeza, depresión, ira/hostilidad) en la enfermedad cardiovascular, por tanto involucrarlos en la valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria, es parte de la multidimensionalidad que se pretende reflejar en la exploración de necesidades de cuidado a la mujer. En esta investigación se diseña entonces la perspectiva orientadora de los descriptores psicosociales, siguiendo este modelo (ver Figura 10).

---

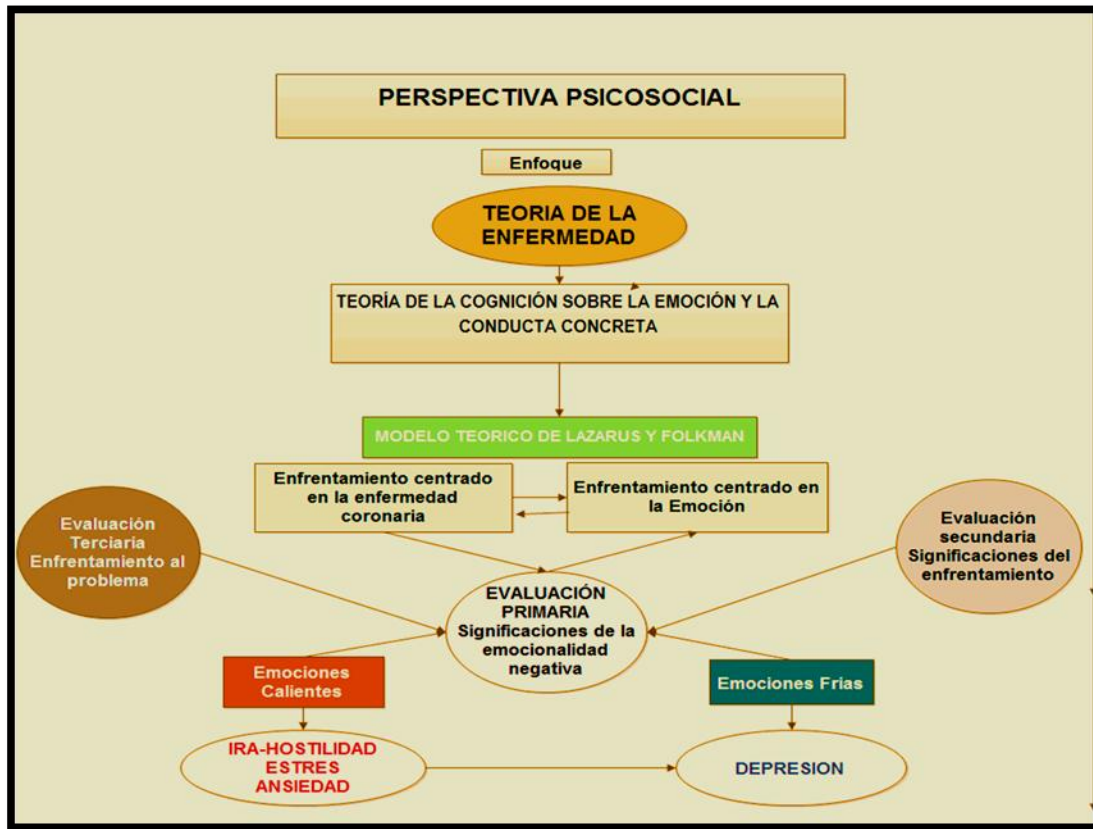
<sup>614</sup> JOYCE-MONIZ Luis y BARROS Luisa. Op., cit. p. 52.

<sup>615</sup> *Ibíd.*, p. 52.

<sup>616</sup> *Ibíd.*, p. 46.

<sup>617</sup> EATON, John. Op. cit., p. 106.

**Figura 10. Esquema de Lazarus, diseñado para el estudio de los factores psicosociales, relacionados con la cardiopatía isquémica en la mujer.**



**Fuente:** Elaboración propia de la investigación, basada en YOYCE Moniz Luis y BARROS Luisa. Psicología de la Enfermedad para cuidados de la salud: Desarrollo e intervenciones. Editorial El Manual Moderno. México, 2007. 416 p.

3. La Teoría de Lazarus y Folkman es un constructo coherente con las consecuencias concebidas por la Teoría de Lenz, en relación a lo cognitivo, que determinan patrones de autocuidado y adherencia a las medidas necesarias para el cuidado cardiovascular. Por lo tanto son dos perspectivas teóricas importantes que permiten delimitar las interacciones mente, cuerpo, espíritu de una enfermedad denominada “pandimensional”, ya que las esferas biopsicológicas, existenciales y socioculturales, participan de manera crucial en el desarrollo, expresión y desenlaces de la enfermedad cardiovascular y donde el evento coronario sintomático, es solo la punta del iceberg de un proceso multidimensional que subyace a los elementos visibles<sup>618</sup>, coherentes con las profundas y graves raíces de la problemática cardiovascular, que aquejan a la mujer en todo el mundo.

4. La Teoría Psicosocial, invita a los cuidadores a ponderar el síntoma cardiovascular sobre el signo, tal vez sea un boleto para ingresar a la caja negra de la

<sup>618</sup> PEÑA A., José Regino. Op. cit., p. 5.

realidad de la mujer con enfermedad coronaria; por consiguiente comprender la realidad de su complejo e insospechado mundo subjetivo, sea una forma de entender la entrañable y recíproca comunalidad entre lo biológico, psicológico y lo social, que hoy poco se pondera en el cuidado de la mujer.

#### **4.4 Estado del arte sobre la valoración de los síntomas de la mujer con enfermedad coronaria, a la luz de la teoría de los síntomas desagradables de Elizabeth Lenz y colaboradores, en su primer concepto: “síntomas”**

El desarrollo del presente Estado del Arte se basó en una revisión exhaustiva de literatura, publicación de artículos de investigación tanto cualitativos como cuantitativos y piezas documentales actuales, que tenían como eje temático los síntomas de la mujer con enfermedad coronaria. Dicha información se derivó de las mejores fuentes consultadas a través de bases de datos, publicaciones con altos índices de indexación y la cual fue organizada en forma lógica y cronológica, permitiendo un mayor sustento al marco teórico y profundidad y argumentación para el marco de análisis. Los elementos centrales de la investigación son evidenciados en la Tabla 2.



**Tabla 2. Elementos centrales de contexto para el diseño**

TITULO DE LA INVESTIGACION	AREA TEMATICA	LINEA DE INVESTIGACION	FENOMENO ESPECÍFICO DE ENFERMERIA	CONSTRUCTOS SELECCIONADOS	TEORISTAS
"Validación Facial y de Contenido de un instrumento para la medición de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria a la luz de la Teoría de los síntomas Desagradables y Teoría Psicosocial"	Cuidado para la Salud Cardiovascular	Mujer con enfermedad coronaria	Experiencia de los síntomas coronarios en la mujer	<b>1. TEORÍA DE ENFERMERIA</b> Teoría de los Síntomas Desagradables (UNPLEASANT OF SYMPTOMS THEORY. TOUS. <b>CLASIFICACION DE LA TEORIA POR NIVEL DE ABSTRACCION</b> Teoría de Mediano Rango y de alto nivel.	Elizabeth Lenz, Audrey Gift, Renee Milligan, Frederick Suppe y Linda Pugh. 1997
				<b>2. TEORIA PSICOSOCIAL:</b> Teoría de la Cognición sobre la emoción y la conducta concreta.	Richard Lazarus y Folkman 1986

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

**4.4.1 Información contextual teoría de los síntomas desagradables TOUS**

**4.4.1.1 Concepto seleccionado para la medición.**

**Concepto No.1 Síntomas:** Dolor, Disnea, Fatiga, Náuseas + "Síntomas N" denominados para este estudio Síntomas Psicosociales, a saber: estrés, tristeza, depresión e ira/hostilidad. Por lo anterior se integran las Teorías de los Síntomas desagradables de LENZ y la Teoría de la Cognición sobre la emoción y la conducta concreta, de LAZARUS Y FOLKMAN. El proyecto reúne entonces estas dos vertientes teóricas y bajo la orientación del I Concepto de Lenz y cols., se articula en forma de diagrama la perspectiva psicosocial, una pletora sintomatológica que fusiona elementos biológicos, psicológicos y sociales; permitiendo un marco ampliado a la valoración de enfermería, foco del presente diseño psicométrico. (Ver Figura 4. El cual continene los descriptores de los síntomas la mujer con enfermedad coronaria, utilizados en la construcción del instrumento de valoración).

Figura 11. Diseño que reúne los conceptos de las Teorías de Lenz y cols., y de Lazarus y Folkman



Fuente: Elaboración propia de la investigación.

#### 4.4.1 Búsqueda y selección de las piezas de investigación.

Partiendo del método de las Revisiones integrativas, en el marco de la aplicación de los conceptos de Fawcett sobre la crítica metodológica y empírica que orientan la cualificación de las piezas investigativas, en un pool de artículos científicos se documentaron 66 evidencias científicas en el área temática de la investigación, publicadas desde el 2001 a diciembre de 2012, en diversas disciplinas de las Ciencias de la Salud (enfermería, medicina y psicología), las cuales fueron sometidas a un riguroso escrutinio de Crítica Metodológica y Conceptual Empírica (siguiendo los lineamientos del modelo de Fawcett y de las Revisiones integrativas). De este grupo de pruebas, se logró clasificar a tan solo 30 publicaciones como piezas de investigación, articuladas al modelo psicométrico, cuyo eje es el 1º Concepto de Lenz y cols., necesarias para construir la malla de ítems del INSTRUMENTO DE VALORACION DE LOS SINTOMAS EN LA MUJER CON ENFERMEDAD CORONARIA: WSCDI; ya que aportan los hallazgos investigativos de mayor nivel de relevancia y representatividad del constructo para la investigación.

Estas 30 Piezas Investigativas, están compuestas por:

- Estudios Cualitativos: en total fueron seleccionados 6. Estudios de Enfermería 5, de Psicología 1.
- Estudios Cuantitativos: en total fueron seleccionados 12. Estudios de Enfermería 2, de Medicina 10.
- Estudios Sumativos: en total fueron seleccionados 12. Estudios de Enfermería 2, de Medicina 10.

En este punto es importante detallar en la valoración de la evidencia usada para la construcción de la malla de ítems, la cual requirió de una estrategia académica de revisión rigurosa, que permitió sustentar en el concepto de Enfermería Basada en la Evidencia EBE, la selección de las piezas de investigación; pero esto no sería posible sin el medio que permite la selección de las mejores pruebas, por ello, son los motores de búsqueda y las bases de datos, de revistas indexadas, el mejor tamizaje para garantizar los mejores productos<sup>619</sup>.

Como punto central luego de la obtención del material bibliográfico, se diseñó el formato para la crítica metodológica y empírica, que se utilizaría para cada una de las piezas de investigación seleccionadas. Cualificar estudios tanto cuantitativos y cualitativos, requirió de precisiones específicas para cada estudio. En este sentido, el cuidadoso manejo e interpretación de los elementos de juicio de cada pieza genérica, se realizó desde la aplicación de las orientaciones de expertos en crítica de estudios científicos, que permitan respetar y dar validez a los hallazgos de estudios tan diversos como lo son los enfoques cualitativos y cuantitativos.

La Revisión Integrativa es un método que tiene como finalidad el análisis y selección de investigaciones realizadas, para extraer nuevo conocimiento y conclusiones en torno a una temática de interés<sup>620 621</sup>. Es una herramienta para el fortalecimiento del concepto de prácticas basadas en pruebas, aproxima el desarrollo y/o utilización de los resultados investigativos en la práctica clínica<sup>622</sup>. Su importancia radica en que como método de revisión de la literatura, permite el manejo, estandarización de la cantidad y complejidad de la información en salud, dejando como producto final el estado actual del conocimiento del tema investigado<sup>623 624</sup> y proporciona una síntesis de conocimiento ya producido, facilitando la transferencia de conocimiento nuevo para la práctica<sup>625</sup>.

---

<sup>619</sup> SANCHEZ SANCHEZ, Juan Antonio et al. Atención sanitaria basada en la evidencia. Su aplicación basada en la práctica clínica. Grupo de atención sanitaria basada en la evidencia. Integraf Magenta SL. Murcia España. 2007, 577 p. [Consultado octubre 15, 2012]. Disponible en Internet: [http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar\\_publicacion&id=103&idsec=88](http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=103&idsec=88)

<sup>620</sup> DAL SASSO MENDES, Karina, DE CAMPOS PEREIRA SILVEIRA, Renata Cristina e GALVÃO, Cristina María. Revisão integrativa: Método para a incorporacão de evidências na saúde e uma enfermagem. En: Texto & Contexto de Enfermería. Florianópolis, Brasil. Out-Dez, 2008, vol. 17 no. 4, p. 758-764.

<sup>621</sup> CALVANTI DE FARIAS BREHMER, Laura, et al. Revisao integrativa da literatura sobre a influenza AH1N1. En: Texto & Contexto Enfermagem. Santa Catarina Brasil, 2011, vol. 20, p. 272-277

<sup>622</sup> *Ibíd.*, p. 758.

<sup>623</sup> CALVANTI DE FARIAS BREHMER, Laura, et al. *Op. cit.*, p. 759.

<sup>624</sup> ZAMBERLAN, Claudia, et al. Técnicas de observación y la temática calidad de vida: Una revisión integrativa. En: Enfermería Global. Brasil, octubre 24 2011, vol. 10 no. 24, p. 254-261. [Consultado agosto 12, 2012]. Disponible en Internet: [www.um.es/eglobal/](http://www.um.es/eglobal/)

Para esta investigación, este sistema permitió reunir los resultados de pesquisas sobre un tema determinado y organizarlos de manera sistemática, lo cual contribuyó a ampliar el conocimiento del tema y además a un mejor entendimiento de un determinado fenómeno, basándose en los estudios de investigación<sup>626</sup>. De igual forma, el proyecto encuentra aplicabilidad del método, permitiéndole garantizar el mecanismo de estandarización, evaluación crítica, síntesis y ponderación de las evidencias seleccionadas como piezas de investigación, utilizadas como repositorio de conocimiento que sustenta la construcción del instrumento para la Valoración de los Síntomas en la Mujer con Enfermedad Coronaria; que sumado al valioso método de Fawcett el Sistema Conceptual Empírico, permitiendo un refinamiento más profundo del conocimiento seleccionado, demostrando a los jueces expertos que realizaron la validación de contenido, la calidad de las evidencias seleccionadas, que por sí mismo condiciona la calidad del instrumento construido.

De acuerdo con Zamberlan<sup>627</sup> y Cavalcanti de Farias<sup>628</sup>, se utilizaron las mismas etapas en la revisión integrativa que se usó para la ponderación de las evidencias en el estado del arte de la presente investigación: Delimitación del objetivo, definición de los criterios de inclusión para las evidencias científicas seleccionadas, búsqueda en las bases de datos de los estudios necesarios para la investigación, análisis de los resúmenes de los estudios, selección de los estudios de acuerdo con los criterios de inclusión; evaluación crítica y elección de los estudios seleccionados y análisis de los datos aportantes. Esto combinado con la aplicación del Sistema Conceptual Empírico de Fawcett, que conduce la forma de hacer la crítica metodológica y empírica de las piezas de investigación, favoreciendo el concepto de cualificación de las evidencias utilizadas.

Tratar los resultados cualitativos y cuantitativos es problemático a la hora de establecer los criterios de ponderación frente a dos corrientes extremas de la investigación, con dos lenguajes y contenidos diversos. En este estilo de revisión cualitativa, existen dos tendencias que son de valiosa ayuda para evaluar la producción científica y ponderar las evidencias: *los metaresúmenes cualitativos* que son revisiones sistemáticas que se pueden presentar en forma de narrativa de hallazgos cualitativos; *la metasíntesis cualitativa* definida como una integración interpretativa cualitativa en sí misma de los resultados, que permite ampliar el alcance de los resultados derivados de la percepción de sentimientos, vivencias o experiencias de los sujetos; útil en esta indagación de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria y que puede ser de gran utilidad para la construcción de sentidos en enfermería<sup>629</sup>.

---

<sup>625</sup> DAL SASSO MENDES, Karina, DE CAMPOS PEREIRA SILVEIRA, Renata Cristina e GALVÃO, Cristina María. Op. cit., p. 763.

<sup>626</sup> ZAMBERLAN, Claudia, et al. Op. cit., p. 256.

<sup>627</sup> *Ibíd.*, p. 256.

<sup>628</sup> DO PRADO, Lenise; MEDINA MOYA, José Luis y MARTINEZ RIERA, José Ramón. La producción del conocimiento en la Educación de Enfermería en España y Brasil: Una revisión Integrativa. *En: Texto & Contexto Enfermagem*. Santa Catarina, Brasil: Julio-septiembre, 2011, vol. 20 no. 3, p. 407-415.

<sup>629</sup> MENDES LOPES, Ana Lucia y FRACOLLI LISLAINE, Aparecida. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em Enfermagem. *En: Texto & Contexto Enfermagem*. Santa Catarina Brasil, octubre-diciembre 2008, vol. 17 no. 4, p. 771-778.

El Pool de evidencias científicas o repositorio fue realizado a través de la consulta de las Bibliotecas de la Universidad Nacional de Colombia y Universidad de Caldas; en sus bases de datos OvidSP, Science Direct, Lilacs, Hinari PubMed/MEDLINE, Embase Biomedical Database, RIMA (Red Informática de Medicina Avanzada), SCieLO Colombia, en especial consulta en ProQuest Research Library, y US National Library of Medicine, National Institutes of Health. Estas búsquedas se realizaron a partir del mes de enero de 2001 hasta el mes de diciembre de 2012 inclusive, utilizando las palabras claves: Symptoms, Gender Women, Acute Coronary Syndrome, Measuring Symptoms, Clinical Assessment, Clinical Diagnosis, Coronary Artery Disease, Clinical Characteristics, Chest Pain, Chest Discomfort, Unstable Angina or Acute Myocardial Infarction, Coronary Artery Disease, Coronary Heart Disease, Diagnostic Test, Measuring Symptoms.

Artículos publicados en revistas indexadas en las siguientes bases de datos:

1. PUBLINDEX Colciencias Colombia<sup>630</sup>. Sistema de publicación e indexación en Latinoamérica
2. CIBERINDEX: Fundación Índice para el desarrollo de la Investigación en Cuidados de la Salud
3. LATINDEX: Sistema regional de información en línea para revistas científicas de América latina, España y Portugal.
4. DIALNET: Portal de información multidisciplinar para la difusión de las Revistas Españolas y Latinoamericanas.
5. CUIDEN Plus: Base de datos preferencial de la Enfermería Iberoamericana.
6. CUIDEN CITATION: Base de datos de citas. Índices de impacto de Revistas de Enfermería.
7. REDALYC: Red de Revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Información Iberoamericana).
8. BIREME: Centro Latinoamericano y del Caribe de información en Ciencias para la Salud. Biblioteca Regional de Medicina.
9. SCieLO: Scientific Electronic Library on line que estuvieron disponibles en línea, para el periodo enero de 2001 hasta diciembre de 2012.

Referente al tema de revistas disciplinares colombianas, se consultó en primer orden los artículos de AVANCES EN ENFERMERIA Revista de la Universidad Nacional de Colombia, con categoría A2, en segundo orden la revista INVESTIGACION Y EDUCACION EN ENFERMERIA de la Universidad de Antioquia, categoría A2, en tercer orden la REVISTA HACIA LA PROMOCION DE LA SALUD de la Universidad de Caldas, con categoría A2, en cuarto orden la Revista AQUICHAN de la Universidad de la Sabana, con categoría A1 y finalmente con menor peso en la indexación las Revistas ACTUALIZACIONES EN ENFERMERIA de la Fundación Santafé de Bogotá, con categoría C y la REVISTA COLOMBIANA DE ENFERMERIA de la Universidad del Bosque, con categoría C.

#### **4.4.2.1 Criterios de inclusión para la selección de los artículos científicos.**

1. Artículos científicos publicados en Revistas Colombianas e internacionales indexadas en las bases de datos mencionadas y disponibles ya fuera en texto en físico y/o formato

---

<sup>630</sup> PUBLINDEX. Índice Bibliográfico Nacional-IBN. | Actualización 2011. Junio 22 de 2012. [Consultado agosto 10, 2012] Disponible en Internet: <http://www.201.234.78.173.8084/publindex/>, [www.latindex.unam.mx](http://www.latindex.unam.mx)

electrónico disponibles en línea; durante el periodo: enero 2001 a diciembre de 2012. Los términos de búsqueda o palabras claves mencionadas, centradas en el género femenino en su respectivo resumen y que tuvieran autores en las disciplinas médicas, enfermería y psicología.

2. Además que contengan en el Título o en el Texto las palabras:

- Mujer con enfermedad coronaria.
- Estudios de cardiopatía isquémica o SCA.
- Valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria.
- Población mayor de 45 años.

#### **4.4.2.2 Criterios de exclusión para la selección de los artículos científicos.**

Publicaciones posteriores al año 2001 y reportadas luego de diciembre de 2012, Artículos de disciplinas diferentes a Medicina, Enfermería y Psicología. Artículos centrados en el género masculino y con el título o en el texto, las palabras:

- Hombre con enfermedad coronaria exclusivamente.
- Estudios de cardiopatías de índole no isquémica.
- Valoración de los síntomas en el hombre con enfermedad coronaria.
- Población menores de 45 años.

La incorporación de la Revisión Integrativa en esta investigación psicométrica, permite conocer el estado del arte del conocimiento sobre los síntomas de la mujer con enfermedad coronaria, en el periodo: 2001-2012, en Colombia y en el mundo. El banco final de publicaciones o corpus de análisis, se formó con un total de 30 Piezas investigativas de alto nivel de ponderación, ligadas a la temática de la enfermedad cardiovascular: síntomas en el género humano y específicamente en la mujer. Los artículos fueron clasificados por tipo de metodología usada en la investigación, a saber:

**-Investigación cualitativa:** Los estudios cualitativos son aquellos cuyos datos fueron recogidos por medio de entrevistas, narrativas o por medio de la observación<sup>631</sup>, con el objetivo central de profundizar en el entendimiento de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria. Otros estudios que se incluyen de este tipo: La Investigación convergente-asistencial, investigación-acción, fenomenología, etnometodología, análisis de contenido, estudio de caso, teoría fundamentada en los datos, estudio exploratorio, estudio descriptivo, estudio etnográfico, representaciones sociales, investigación participante, la hermenéutica e investigación de carácter evaluativo, la fenomenología, la Investigación cualitativa e histórica, relato de experiencia y artículo de reflexión.

**-Investigación cuantitativa:** Los estudios cuantitativos se clasificaron en: Estudios randomizados, estudios controlados, ensayos clínicos, estudios descriptivos de corte: transversal, retrospectivo, prospectivo y correlacionales, estudios exploratorios-descriptivos, estudios experimentales, estudios históricos y estudios de diseño desconocido.

**-Estudios Sumativos o Documentales:** Son aquellos estudios que aportan conocimientos en el área temática, derivados en la mayoría de los casos de análisis de autores de reconocida trayectoria académica, pero debido a que estos se basan en

---

<sup>631</sup> PUBLINDEX. Índice Bibliográfico Nacional-IBN. Op. cit., p. 3.

hallazgos reportados en estudios cualitativos y cuantitativos, por recomendación del equipo de psicometría, se decide implementar para soportar el área temática y no usar para la construcción del instrumento.

**4.4.2.3 Bases de Datos consultadas y Motores de Indexación.** Colección estructurada y ordenada de un Conjunto de datos homogéneos, que se presentan de forma legible, por ordenador y que se refieren a una materia determinada<sup>632</sup>, (ver Tabla 3).

**Tabla 3. Sistema de publicación indexado consultado de Colombia**

SISTEMA DE PUBLICACION DE INDEXACION EN COLOMBIA CONSULTADO
PUBLINDEX Colciencias Colombia
SISTEMA DE PUBLICACION E INDEXACION EN LATINOAMERICA CONSULTADO
CIBERINDEX Fundación Índex para el desarrollo de la Investigación en Cuidados de la Salud
LATINDEX Sistema regional de información en línea para revistas científicas de América latina, España y Portugal.
DIALNET Portal de información multidisciplinar para la difusión de las Revistas Españolas y Latinoamericanas
JOANNA BRIGGS INSTITUTE JBI Organización Internacional de investigación y desarrollo sin fines de lucro, que se articula con la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Adelaide, Australia del Sur.
CUIDEN Plus Base de datos preferencial de la Enfermería Iberoamericana
CUIDEN CITATION Base de datos de citas. Índices de impacto de Revistas de Enfermería
REDALYC Red de Revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Información Iberoamericana)
BIREME Centro Latinoamericano y del Caribe de información en Ciencias para la Salud. Biblioteca Regional de Medicina
SCiELO Scientific Electronic Library on line
BASES DE DATOS CONSULTADAS
PubMed/MEDLINE US National Library of Medecine. National Institutes of Health
OvidSP
Science Direct
Lilacs
RIMA Red Informática de Medicina Avanzada
SCiELO Colombia
Proquest
Hinari. Investigaciones en Salud

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

<sup>632</sup> SANCHEZ SANCHEZ, Juan Antonio et al. Op. cit., p. 557.

**4.4.2.4 Términos MeSH (MeSH Term).** Médical Subject Headings (encabezamientos de Materias Médicas). Tesoro (diccionario que permite conocer la equivalencia entre los términos del lenguaje natural y los del lenguaje documental de Medline y PubMed<sup>633</sup>, (ver Tabla 4).

**Tabla 4. Palabras Claves en la investigación**

PALABRAS CLAVES	KEYWORDS
Síntomas	<b>Symptom</b>
Genero Mujer	<b>Gender Women</b>
Síndrome Coronario Agudo	<b>Acute Coronary Syndrome</b>
Medición de Síntomas	<b>Measuring Symptoms</b>
Valoración clínica	<b>Clinical Assessment</b>
Diagnóstico Clínico	<b>Clinical Diagnosis</b>
Cardiopatía isquémica	<b>Coronary Artery Disease</b>
Características clínicas	<b>Clinical Characteristics</b>
Dolor torácico	<b>Chest Pain</b>
Malestar esternal	<b>Chest Discomfort</b>
Angina Inestable / Infarto Agudo de Miocardio	<b>Unstable Angina or Acute Miocardial Infarction</b>
Enfermedad arterial Coronaria	<b>Coronary Artery Disease</b>
Enfermedad Cardiaca Coronaria	<b>Coronary Heart Disease</b>
Prueba Diagnóstica	<b>Diagnostic Test</b>
Medición de Síntomas	<b>Measuring Symptoms</b>

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

#### 4.4.2.5 Revistas Electrónicas Consultadas.

**4.4.2.5.1 Revistas de Enfermería.** Revistas específicas para la disciplina de enfermería que aportan elementos clínicos importantes para el robustecimiento del área temática. Una problemática de las publicaciones científicas colombianas de enfermería, que afecta el logro de mayores evidencias en el área temática, tiene sustento en la publicación de Mesa y Galindo, quienes ponen de manifiesto la afirmación de Colciencias de que “existe una cultura de enclaustramiento” con tan solo 18 publicaciones científicas de la disciplina, donde el 67% son productos editoriales de las Escuelas y Facultades de Enfermería de las principales universidades públicas y privadas, las cuales se encuentran indexadas, es reconocida su calidad pero desafortunadamente no establecen una gran contribución desde el componente Teórico Metodológico que impacten en forma significativa en el desarrollo de la disciplina<sup>634</sup>. Por tanto esta carencia de publicaciones colombianas, limita el aprovechamiento y avance, como también contribuye a la invisibilidad de la Enfermería en Colombia<sup>635</sup>.

Para la temática de la investigación, se utilizaron en promedio 15 publicaciones colombianas que proporcionaron elementos importantes para la discusión disciplinar y

<sup>633</sup> SANCHEZ SANCHEZ, Juan Antonio et al. Op. cit., p. 568.

<sup>634</sup> MESA MELGAREJO, Lorena y GALINDO HUERTAS, Solanye. Caracterización de las publicaciones periódicas de la enfermería en Colombia visibles en internet. En: Avances en Enfermería. Enero-junio, 2011, vol. 29 no. 1, p. 159-168.

<sup>635</sup> *Ibíd.*, p.161.



que se encuentran ya categorizadas por su nivel de indexación, verificable en la publicación de PUBLINDEX: junio de 2012, allí se hace referencia al actualizado de 2012<sup>636</sup>, (ver Tablas 5 y 6).

**Tabla 5. Revistas colombianas de Enfermería consultadas**

REVISTAS COLOMBIANAS DE ENFERMERIA	SIRES	CATEGORIA	VIGENCIA
ACTUALIZACIONES EN ENFERMERIA Fundación Santafé de Bogotá		C	Dic. 2012
AVANCES EN ENFERMERIA Revista de la Universidad Nacional de Colombia	BBCS=LILACS IB=SCieLO	A2	Dic. 2012
AQUICHAN Universidad de la Sabana		A1	Dic. 2011
INVESTIGACION Y EDUCACION EN ENFERMERIA Universidad de Antioquia	BBCS=LILACS IB=SCieLO	A2	Dic. 2012
REVISTA COLOMBIANA DE ENFERMERIA Universidad del Bosque		C	Dic. 2012
REVISTA HACIA LA PROMOCION DE LA SALUD Universidad de Caldas	BBCS=LILACS IB=SCieLO	A2	Dic. 2012

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

**Tabla 6. Revistas Internacionales de Enfermería consultadas**

REVISTAS INTERNACIONALES DE ENFERMERIA
Critical Care
Critical Care Nursing Clinics of North American
Journal of Nursing Scholarship
Nursing Research y Progress in Cardiovascular Nursing
Journal of Cardiovascular Nursing
Pain Management Nursing
Research Nursing Health
Advances in Nursing Science
Seminars in Oncology Nursing
Journal of Emergency Nursing
Journal of Women´s Health
European Journal of Cardiovascular Nursing
Intensive and Critical Care Nursing
Index de Enfermería
International Journal of Nursing Practice
Journal of Clinical Nursing
ACCN: Advanced critical Care Nursing
Applied Nursing Research
Clinical Simulation Nursing
Asian Nursing Research
Nursing

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

<sup>636</sup> PUBLINDEX. Índice Bibliográfico Nacional-IBN. Op. cit., p. 1-16.

**4.4.2.5.2 Revistas de Medicina.** Revistas interdisciplinarias que aportan elementos clínicos importantes para el robustecimiento del área temática. (Tablas 7 y 8).

**Tabla 7. Revistas colombianas de medicina consultadas**

REVISTAS COLOMBIANAS DE MEDICINA	SIRES	CATEGORIA	VIGENCIA
Acta Colombiana de Cuidado Medicina Critica y Cuidado Intensivo: Sociedad Colombiana de Medicina Critica y Cuidado Intensivo		<b>c</b>	<b>Dic. 2012</b>
Acta Medica Colombiana: Asociación Colombiana de Medicina Interna ACMI	<b>SCieLO</b>	<b>A2</b>	<b>Junio 2012</b>
Revista Colombiana de Cardiología: Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular		<b>A2</b>	<b>Dic. 2011</b>

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

**Tabla 8. Revistas electrónicas internacionales de medicina consultadas**

REVISTAS ELECTRONICAS INTERNACIONALES DE MEDICINA
American Journal of Critical Care
Advance in Physiology Education
American Journal Physiology and Heart Circulation
Cardiovascular Research
Circulation Cardiovascular Quality Outcomes
Hypertension
Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases
The American Journal of Cardiology
European Heart Journal
Society for Experimental Biology and Medicine
JAMA
Current Problems In Cardiology
Cardiology Clinics
Journal of Internal Medicine
Pain
European Journal of Pain
Journal of the American College of Cardiology
American Heart Journal
The American Academy of Pain Medicine
Journal of Thrombolysis
Issue of the Archieves of Internal medicine
American Heart Journal
Emergencias
Journal of Hospital Medicine
Circulation AHA
Journal of Emergency Medicine
JOGNN
Heart & Lung
Health and Quality of life Outcomes
Onsei University College of Medicine
Clinical Cardiology
The British Journal of Cardiology
Journal of Public Health
American Heart Association
The American Journal of Emergency Medicine
Journal of Women Health
Journal of Pain and Symptom Management

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

**4.4.2.6 Piezas Investigativas de la línea Cuidado a la Mujer con Enfermedad Coronaria. Universidad Nacional de Colombia, que tienen como constructo orientador la TOUS.** Los síntomas de la mujer con enfermedad coronaria y otros estudios, 5 corresponden a estudios de enfermería y solo uno a Psicología (ver Tablas 9 y 10).

**Tabla 9. Pieza investigativa de Psicología**

AUTOR	TÍTULO
Universidad de Buenos Aires, CEDES/FLACSO Argentina. Tesis de Maestría en Ciencias sociales. Aprobada como SOBRESALIENTE.	<p><b>Mujeres y enfermedad cardiovascular. Género y subjetividad en la construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en mujeres jóvenes.</b></p> <p><b>En:</b> Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario de investigaciones. Buenos Aires, Argentina noviembre, 2005. Vol. XIII. P. 239-248.</p>

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

**Tabla 10. Piezas investigativas de enfermería, Universidad Nacional de Colombia**

TESIS	AUTOR	TÍTULO
Universidad Nacional de Colombia. Tesis de Maestría	<b>Eillen Maryibe Millán y Luz Patricia Díaz.</b>	<b>Experiencia del dolor torácico en la mujer con infarto agudo de miocardio. En:</b> Avances en Enfermería. Chía Cundinamarca, diciembre 2 de 2009. Vol. XXVII No. 2. P.33-42.
Universidad Nacional de Colombia. Tesis de Maestría	<b>Luis Alberto Cortes Castro</b>	<b>Tipificación del síntoma: dolor torácico, tipo isquémico en la mujer a la luz de la teoría de los síntomas desagradables. En:</b> Avances en Enfermería. Chía Colombia. Vol. XXV, No. 2 Diciembre de 2007. P. 76-88.
Universidad Nacional de Colombia. Tesis de Maestría	<b>Alejandra María Soto Morales</b>	<b>Factores que intervienen en la demora de la solicitud de atención médica o de enfermería, en mujeres que presentan dolor torácico de origen coronario. En:</b> Avances en Enfermería. Chía Cundinamarca, 2007. Vol. XXV No.2 P. 58-64.
Universidad Nacional de Colombia. Tesis de Maestría	<b>Fanny Rincón O. Gloria Garnica María Mercedes Duran de Villalobos, Jaime Rodríguez</b>	<b>Caracterización de los síntomas de angina en un grupo de mujeres con prueba de esfuerzo positiva. En:</b> Revista Colombiana de Cardiología. Bogotá, mayo-junio, 2007. Vol.14 No. 3 P.159-172
Universidad Nacional de Colombia. Tesis de Maestría	<b>TOBO MEDINA Natalia y CANAVAL ERAZO Gladys Eugenia.</b>	<b>Las emociones y el estrés en personas con enfermedad coronaria. En:</b> Revista Aquichan. Chía Colombia, Abril 20 de 2010. Vol. 10 No. 1 P.19-33.

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

## 4.4.2 Análisis documental.

La crítica que a continuación se presenta, es definida como la capacidad para verificar la validez y la aplicabilidad de las evidencias disponibles.

**4.4.3.1 Crítica Metodológica.** Para el presente estudio se diseñó un Modelo para la Aplicación de la Crítica Metodológica y aplicación del S-CET para estudios Cualitativos, cuantitativos y sumativos (en el orden, ver Anexos 4, 5, y 6), los cuales tienen en cuenta la validez del estudio, el rigor científico, grado de solidez de los resultados, credibilidad y utilidad práctica de las evidencias, las cuales fueron evaluadas y debían contener:

Método para la crítica metodológica y empírica: Aplicación de los conceptos de Revisiones Integrativas y Sistema Conceptual Empírico de Fawcett (S-CE). El Procedimiento a seguir fue el siguiente:

- PASO 1: Determinación del área temática del estudio y de la pregunta de investigación.
- PASO 2: Consulta en Publiindex (Nivel de indexación de las revistas nacionales), Asesoría y constatación de las revistas internacionales con alto nivel de Indexación y establecimiento del término MeSH.
- PASO 3: Determinación de los criterios de inclusión y exclusión de los artículos científicos y búsqueda en bases de datos de las revistas y artículos de interés.
- PASO 4: Revisión de los artículos y clasificación de los estudios publicados entre el 2001-2012 y su respectiva categorización de acuerdo a:

*a. Tipo de estudio Cuantitativo:* Randomizados, controlados, ensayo clínico y estudio descriptivo. La Revisión y Crítica Metodológica de estos estudios incluyó:

1. Referencia del artículo, autores, título, año y país.
2. Disciplina: Enfermería, Medicina o Psicología.
3. Diseño metodológico, objetivo o motivación para el estudio, tamaño de la muestra.
4. Población objeto: Mujeres y hombres o mujeres exclusivamente.
5. Tipo de muestreo: Por conveniencia, teórico o aleatorizado.
6. Criterios de inclusión: Síntomas de SCA, Síntomas de IAM, Síntomas de angina y dolor de pecho inexplicable.
7. Técnica de recolección de la información: Registros médicos, Entrevistas semiestructuradas, entrevistas estructuradas, listados estandarizados de síntomas y otros instrumentos.
8. Técnica de análisis estadístico: Descriptiva, análisis multivariado, Pruebas correlacionales univariantes y modelos de regresión.
9. Principales hallazgos: Síntomas reportados.
10. Ponderación de la evidencia para la revisión integrativa: Grado de clasificación: Grado I Alta calidad, Grado II Media calidad, Grado III Baja calidad.

*b. Tipo de estudios Cualitativos:* Métodos de recolección de los datos: entrevistas, narrativas u observación para conocimiento más profundo del mundo de la

persona. El valor de estos estudios se determinó por la integridad como también por la depuración del proceso interpretativo y conclusiones. La Revisión y Crítica Metodológica de estos estudios incluyó:

1. Referencia del artículo, diseño metodológico: población objeto, técnicas de recolección de la información, proceso de análisis de los datos (estadística)
2. Criterios de evaluación crítica: significado de contexto, patrones recurrentes y saturación.
3. Análisis de contenido, objetivo o motivación para el estudio.
4. Validez interna (coherencia entre el título y objetivos, marco referencia).
5. Criterios de evaluación crítica: significado de contexto, patrones recurrentes y saturación, aspectos éticos
6. Marco Teórico. Orientación teórico metodológica.
7. Conclusiones y aportes.

*c. Ponderación de la calidad de los estudios y de las evidencias:* fue usada una escala para valorar la calidad de los estudios que incluían tanto a los estudios cualitativos como cuantitativos: alto grado I, medio grado de calidad II, bajo grado de calidad III. Es importante resaltar que los diversos tipos de estudios utilizados no tienen el mismo nivel de aporte al fenómeno a indagar en la investigación, por este motivo son los estudios cualitativos, cuyos datos son recolectados y extraídos en forma directa de la realidad en aquellas mujeres que tienen los síntomas coronarios, los que fueron ponderados con un valor superior a todos los estudios.

- PASO 5: Creación de formato para la crítica en todos los estudios, Anexo 8.
- PASO 6: Determinación de los criterios de crítica metodológica y empírica según Jackeline Fawcett y complementada con el tipo de Revisiones Integrativas; este proceso se construyó desde una revisión continuada y sistematizada que se incluyó en los formatos correspondientes y se registraron las evidencias para posteriormente ponderarlas.
- PASO 7: Selección de las evidencias y luego ejecución de la síntesis de las evidencias dentro del sistema psicométrico: lógico, empírico y numérico, para la para la codificación y ordenamiento de los ítems uno por uno.
- PASO 8: Categorización de las evidencias de manera tal que los datos similares se agruparon, se categorizaron los contenidos comparándolos con cada uno de los hallazgos similares y/o que tuvieran hallazgos diferentes.
- PASO 9: Establecimiento de los criterios de ponderación de los estudios de investigación y de las evidencias, ver Figura 8. Ponderación de las evidencias, adaptación del Modelo de Melin Johansson (Anexos 9, 10 y 11)<sup>637</sup>.

---

<sup>637</sup> MELIN JOHANSSON, Christina, et al. Living in the presence of death: an integrative literature review of relatives' important existential concerns when caring for a severely ill family member. *In: The open nursing journal*. Östersund Sweden, 2012, vol. 6, p. 1-12.

- PASO 10. Síntesis de los datos. Se colocaron en un nuevo MODELO DE CONTENIDO DESCRIPTIVO y se obtuvieron un total de 30 Piezas investigativas incluidos en esta Revisión C-TE e integrativa, de los cuales se clasifican como: cualitativos 6, cuantitativos 12 y sumativos 12.

Teniendo en cuenta la carencia de prácticos y sencillos sistemas de ponderación encontrados para el Estado del Arte, la investigadora decide articular e implementar un modelo que reúne al Sistema de Revisión Integrativa y la aplicación del Sistema Conceptual Teórico Empírico de Fawcett, con esto se hace un aporte adicional a la investigación disciplinar, el cual permite en forma combinada determinar la calidad de las evidencias científicas. Cabe anotar que como mejor método de Revisión Integrativa fue encontrado en forma ejemplar el de Melin Johansson<sup>638</sup> que permite la estandarización de las evidencias.

De la misma forma que propuso Melin Johansson, la investigadora decidió usar la escala de valoración o ponderación de la calidad de las evidencias formulada, realizando una adaptación en la ponderación para esta investigación, que se aplicó a los tres diversos estudios: cualitativos, cuantitativos y sumativos/documentales, como lo demostró de forma ejemplar Melin Johansson, se rediseñó y ejecutó la ponderación de forma muy estrecha, teniendo en cuenta para la valoración, la diferenciación entre estudios cualitativos, cuantitativos y sumativos. Es importante señalar que debido a que el estudio se centra en SINTOMAS, las publicaciones de mayor relevancia son las Cualitativas y en este sentido se valida el aporte que realizan en forma predominante la disciplina de enfermería y psicología, no siendo el fuerte de los estudios médicos, los cuales se centran en cortes de tipo Cuantitativo y Sumativo. Los Anexos 12, 13 y 14, en su orden corresponden a los Cuadros de Ponderación de los factores relevantes de la Crítica Metodológica para los Estudios Cualitativos, Cuantitativos y Sumativos.

Estos Cuadros de Ponderación del presente estudio, definen los criterios de categorización de las evidencias, estableciendo el rango y la cualificación de las mismas, adaptadas del Modelo de Melin Johansson y en suma la investigadora agrega los rangos cuantitativos de ponderación para el rendimiento metodológico, a saber:

- **Grado I: Alto grado de calidad.** *Cumple en forma óptima los principios metodológicos y empíricos.*
- **Grado II: Grado medio de calidad.** *En este caso, fue usado sí un estudio no reunía los criterios de: alto o bajo grado de calidad. O sea, cumplía adecuadamente los principios metodológicos y empíricos.*
- **Grado III: Baja calidad**<sup>639</sup>. *No cumple con los principios metodológicos y empíricos.*

En términos finales, este es el cuadro de ponderación de las evidencias, definitorias de los rangos sobre el porcentaje de la calidad de las evidencias reportadas, cuyos Rangos de Ponderación de las piezas de investigación y de sus evidencias fue construido para la investigación, utilizando como modelo la propuesta de Melin Johansson et al., y Wiley &

<sup>638</sup> MELIN JOHANSSON, Christina, et al. Op. cit., p. 3.

<sup>639</sup> Ibid., p. 4-7.

Sons John, Abril de 2007. El resumen de categorización de los rangos que establecen los criterios de calidad de las evidencias, permitieron seleccionar las Piezas Investigativas, que aportan las evidencias empíricas necesarias para la construcción de la malla de ítems. (Ver Tabla 11).

**Tabla 11. Sistema de ponderación de las evidencias**

RANGOS SOBRE PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	REFERENTE CUALITATIVO VALORACIÓN DE LAS EVIDENCIAS
<20%	INSUFICIENTE
20% a 39%	MUY BAJO
40% a 59%	BAJO
60% a 79%	MEDIO
80% a 100%	ALTO

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

#### 4.4.3.2 Crítica Conceptual Empírica. Aplicación del Método Conceptual Empírico CTE a la Luz de la TOUS de Lenz y Colaboradores y la Teoría Psicosocial.

**Procedimiento Crítica Conceptual Empírica.** Para el presente estudio se diseñó un Modelo para la Aplicación de la Crítica Empírica (Ver Anexo 7), el cual tiene en cuenta como puntos centrales o hallazgos de la investigación vistos desde el S-CTE, permite valorar en cada pieza investigativa la credibilidad, utilidad para la práctica y pertinencia del estudio, tanto para estudios cualitativos como cuantitativos. Los aspectos centrales se focalizan en definir:

- **Sistema Lógico: Atributo. síntomas:** los cuales son interpretados desde la realidad fisiológica, psicológica y psicosocial de la mujer con enfermedad coronaria.
- **Sistema Empírico: Variable o Dimensión:** dolor, disnea, fatiga, náuseas, síntoma N: estrés, ira/hostilidad, depresión y ansiedad. **Indicadores:** calidad, intensidad, angustia y duración.
- **Sistema Numérico:** Índices.

El siguiente proceso a la Crítica Metodológica y aplicación del S-CTE de las evidencias, fue el de la Crítica Empírica (Ver Anexos 15, 16 y 17), que en su orden corresponden a Estudios Cualitativos, Cuantitativos y Sumativos; a partir de la misma se realizó la extracción de los datos relevantes para la investigación, basados en el nivel de ponderación. Se elige como Pieza de Investigación de aporte empírico significativo, aquella publicación cuya ponderación sea alta o media (categoría I y II). Se determinan las proposiciones empíricas extraídas de estas nuevas evidencias, para luego desarrollar la malla de ítems que conforman el instrumento WSCDI.

Posteriormente se codificaron los datos y ordenados en forma de ítems, uno por uno y los datos similares fueron agrupados. En forma posterior la categorización de las

evidencias, se realizó por la calidad del contenido y se compararon entre sí para encontrar tanto sus similitudes como sus diferencias<sup>640</sup>.

Finalmente, se sintetizaron los datos en el nuevo Modelo para la Crítica Empírica, para continuar el proceso psicométrico: Sistema Lógico, Sistema Empírico y Sistema Numérico, que dio origen al “Instrumento para la valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria”: **WOMEN’S SYMPTOMS WITH CORONARY DISEASE INSTRUMENT: WSCDI.**

**LIMITACIONES PARA EL ANALISIS:** Desde lo disciplinar, se podría decir para esta revisión, que la mayoría de los estudios seleccionados son de corte cuantitativo, que admite un entendimiento de los síntomas coronarios en la mujer, desde la perspectiva de los profesionales en su mayoría realizado por la ciencia médica (centrado en los signos) y no desde la vivencia de las personas (centrados en la exploración del síntoma), de esta forma los estudios develan un perfil sintomatológico que escapa al entendimiento de los factores de contexto que condicionan la vulnerabilidad.

Por lo anterior se percibe la necesidad emergente de más estudios disciplinares de enfermería y multidisciplinarios, que ponen como evidencia la poca participación de los profesionales de enfermería en los equipos de investigación en salud; por lo tanto esta revisión integrativa demuestra la necesidad de estimular en los profesionales de enfermería, no solo a investigar sino a publicar.

Uno de los problemas locales y que circunda toda la problemática referente a la investigación y su publicación, lo advierte Echeverry en su disertación realizada en el 2012 en la ciudad de Cali:

*“Existe pobre inversión en investigación, además pobre interés por investigar. De lo poca investigación que se hace: no se escribe. De la poca investigación que se escribe, se hace mal o con graves fallas metodológicas y éticas. De lo que se logra hacer, poco se publica y de lo que se desea publicar, el árbitro lo limita...”<sup>641</sup>.*

A esto se le suman los conceptos del investigador reconocido del Centro de Síndrome Metabólico, Prediabetes y Diabetes de Facultad de Medicina de la Universidad de Santander, Bucaramanga, Doctor Patricio López Jaramillo, quien en su ponencia argumenta, elementos centrales sobre la validez de la publicación científica, que invita a la comunidad a reflexionar:

*“Lo que no se publica no existe”. Es la comunidad científica la fase final de la investigación, por tanto la generación de conocimiento solo es validado, si existe un nuevo conocimiento que sea ampliamente divulgado y apropiado en la mayor cantidad de personas en el mundo entero, por tanto: publica o perece...dime*

<sup>640</sup> MELIN JOHANSSON, Christina, et al. Op. cit., p. 3.

<sup>641</sup> ECHEVERRY, Darío. Ponencia: El papel y responsabilidades del árbitro en el proceso editorial. Simposio. El Arte de Publicar. Congreso Colombiano de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. (14: Realizado en Cali, Valle Colombia: marzo 9 de 2012).



*donde públicas y te diré quién eres...dime cuanto te citan y te diré cuanto te creen*<sup>642</sup>.

Se encuentran fallas en la publicación científica, demostrada en la disminución notable en el número de publicaciones en enfermería en Colombia. De manera contraria, la enfermería americana parece tener mayor visibilidad en el mundo, lo cual se configura para ésta investigación en un verdadero SESGO DE PUBLICACIÓN, el cual limita en realidad la obtención de múltiples mediciones del fenómeno del dolor.

La Revisión Integrativa también permite por medio del análisis de la literatura científica, la identificación de vacíos que pudieran dirigir el desarrollo de campos inexplorados de la investigación temática<sup>643</sup>. Es un método encontrado valioso para enfermería, ya que muchas veces los profesionales no tienen tiempo para realizar lectura de todo el conocimiento científico disponible, debido al alto volumen de producción científica y a las dificultades para realizar análisis crítico de los estudios; por tanto estas revisiones aportan profundidad y elementos necesarios para el entendimiento de un determinado fenómeno facilitando la toma de decisiones e intervenciones, que puedan resultar en un cuidado más efectivo y de mayor beneficio<sup>644</sup>. Para mayor claridad, se presenta el cuadro de Revisión Integrativa de las evidencias sobre síntomas en la mujer con enfermedad coronaria 2001-2012, desarrollada en esta investigación y paso siguiente se presenta el resumen de hallazgos de la revisión. (ver Tabla 12).

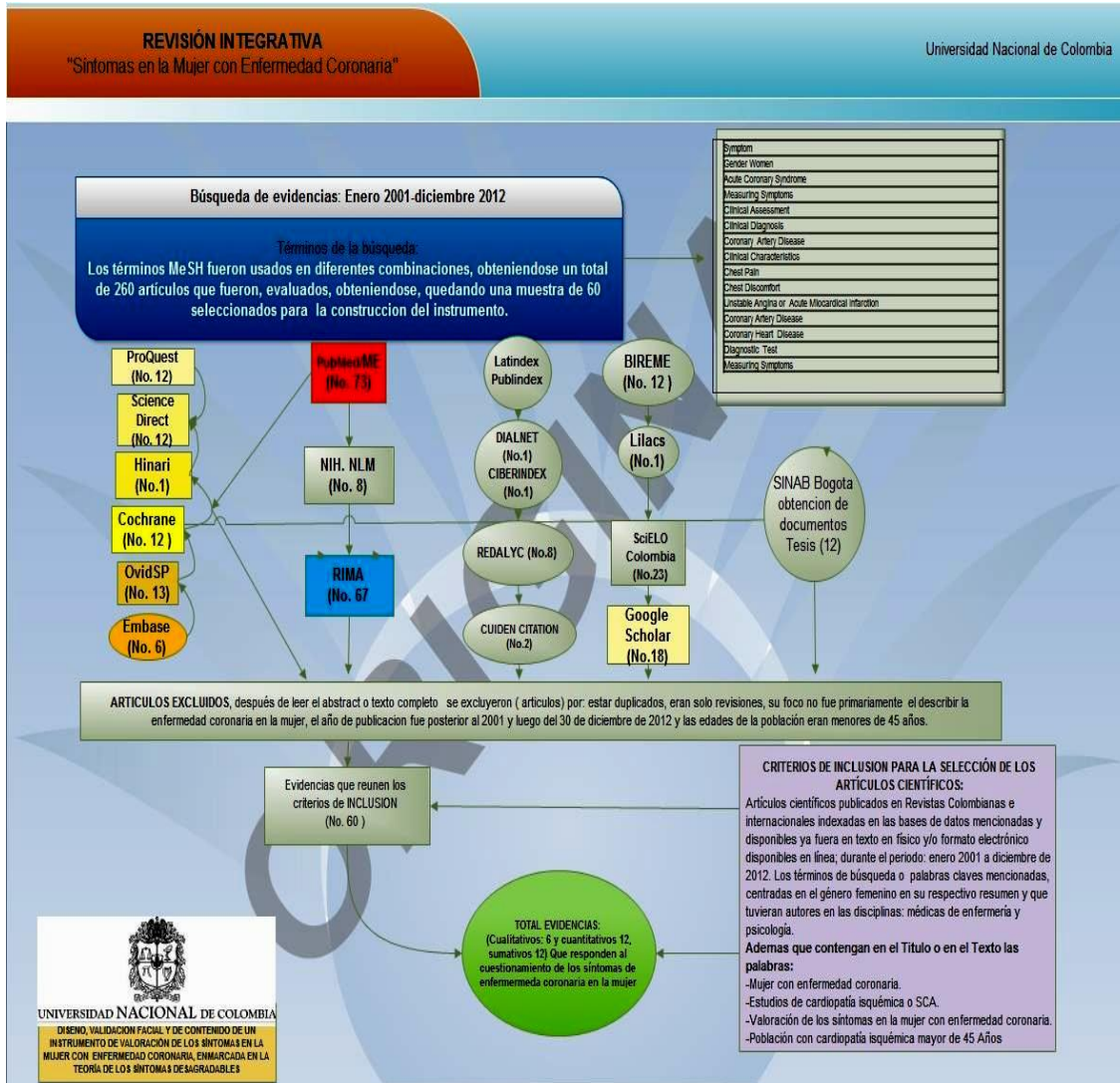
---

<sup>642</sup> LOPEZ JARAMILLO, Patricio. Ponencia: Visibilidad de una revista científica. Simposio El Arte de Publicar: Congreso Colombiano de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. (24: Realizado en Cali, Valle Colombia: marzo 9 de 2012).

<sup>643</sup> DAL SASSO MENDES, Karina, DE CAMPOS PEREIRA SILVEIRA, Renata Cristina e GALVÃO, Cristina María. Op. cit., p. 763.

<sup>644</sup> *Ibíd.*, p. 759-760.

**Tabla 12. Revisión integrativa y S-CE de las bases de datos consultada en la investigación**



Fuente: Elaboración propia de la investigación.

**4.4.4.1 Análisis de la Crítica Metodológica y Empírica.**

Como resultado de la Revisión Integrativa se obtuvo un universo de estudios en el área temática que cumplieron los criterios de inclusión, conformado por 260 evidencias; se realizó un análisis crítico inicial destacándose por la importancia empírica de sus hallazgos y la calidad de sus pruebas tan sólo 66 artículos científicos; los restantes artículos fueron los pilares de discusión en diversas partes del trabajo investigativo. A los artículos clasificados se les aplicó un riguroso sistema de Crítica Metodológica para establecer el nivel de ponderación, seleccionandolos como de alto nivel de calidad con puntaje de ponderación Clase I (puntajes entre el 80 al 100%), obteniendo finalmente una

muestra selecta de tan solo 30 piezas investigativas, que se usaron para la generación de los ítems del instrumento. Estas Piezas fueron:

- **(6) Estudios cualitativos:** los cuales permiten explorar los síntomas propios que experimenta la mujer con enfermedad coronaria.
- **(12) Estudios cualitativos** que describen los síntomas más categóricos reportados en la mujer con enfermedad coronaria.
- **(12) Estudios sumativos:** que aportan evidencia de los cuadros de consulta en las mujeres con enfermedad coronaria.

En la revisión se encontraron pocos estudios de diseño multicéntricos y aleatorizados (5 en total).

**-En los estudios Cualitativos:** los tipos de estudios fueron: Cualitativo correlacional<sup>645</sup>, Descriptivo fenomenológico<sup>646</sup>, Descriptivo exploratorio de abordaje cuali-cuantitativo<sup>647</sup>, Descriptivo exploratorio de abordaje cualitativo<sup>648</sup>, Descriptivo exploratorio de corte transversal de abordaje cuali-cuantitativo<sup>649</sup> y Cualitativo exploratorio modelo de casos y controles<sup>650</sup>.

**- En los estudios Cuantitativos:** los tipos de estudios reportados fueron: Descriptivo<sup>651</sup>, Descriptivo experimental<sup>652</sup>, Descriptivo longitudinal<sup>653</sup>, Descriptivo exploratorio prospectivo<sup>654</sup>, Descriptivo retrospectivo<sup>655</sup>, Descriptivo prospectivo multicéntrico<sup>656</sup>, Descriptivo retrospectivo multicéntrico<sup>657</sup>.

---

<sup>645</sup> TOBO MEDINA, Natalia y CANAVAL ERAZO, Gladys Eugenia. Las emociones y el estrés en personas con enfermedad coronaria. En: Revista Aquichan. Chía Colombia, Abril 2010, vol. 10 no. 1, p. 19-33.

<sup>646</sup> MILLAN, Eillen Maryibe y DIAZ H., Luz Patricia. Op. cit., p. 33-42.

<sup>647</sup> RINCÓN OSORIO, Fanny, et al. Op. cit., p. 1-14.

<sup>648</sup> SOTO MORALES, Alejandra María. Op. cit., p. 58-64.

<sup>649</sup> CORTES CASTRO, Luis Alberto. Op. cit., p. 76-78.

<sup>650</sup> TAJER, Débora. Mujeres y enfermedad cardiovascular. Género y subjetividad en la construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en mujeres jóvenes. En: Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario de investigaciones. Buenos Aires, Argentina noviembre, 2005, vol. 13, p. 239-248.

<sup>651</sup> OLSON, Marian, et al. Symptoms, myocardial ischemia and quality of life in women: results from the NHLBI-sponsored WISE Study. In: European heart journal. Los Angeles California USA, 2003, vol. 24, p. 1506–1514.

<sup>652</sup> YOUNG HWANG, Seon, ZERWIC, Julie J. and HO JEONG, Myung. Impact of prodromal symptoms on prehospital delay in patients with first-time acute myocardial infarction in Korea. In: Journal of Cardiovascular Nursing. Korea, mayo-junio 2011. Vol. 26 No. 3 P. 194-201.

<sup>653</sup> RACINE, Mélanie et al. A Sistematic Literatura Review of 10 years of Research on Sex/Gender and Experimental Pain Perception. Part 1: ¿Are Threere Really differences Between Women and Men? In: PAIN. Montreal Quebec, Canadá march, 2012, vol. 153 no. 3, p. 602-618.

<sup>654</sup> WANG, H.-X., et al. Psychosocial stress and atherosclerosis: family and work stress accelerate progression of coronary disease in women. The stockholm female coronary angiography study. In: Journal of Internal Medicine. Houston Texas USA, 2007, vol. 261, p. 245–254.

<sup>655</sup> MACKAY, MH., et al. Gender differences in symptoms od myocardial ischaemia. In: European heart journal. 2011, vol. 32 no. 24, p. 3107-3114.

**-En los estudios Sumativos.** Estos estudios incluyeron revisiones focales de la problemática de los síntomas coronarios, donde incluyeron, desde 16 hasta 361 evidencias. Los principales tipos de estudios fueron:

**Artículos de revisión.** Compuesto por los estudios de Rincón Osorio<sup>661</sup>, Shaw<sup>662</sup>, Lerman y Sopko<sup>663</sup>, Arslanian et al<sup>664</sup>, Devon<sup>665</sup>, Canto et al<sup>666</sup>, Leuzzi<sup>667</sup> y el estudio de Welch & Cottrell<sup>668</sup>.

**Artículos de revisión ampliada.** Compuesto por los estudios de Smith y Blumenthal<sup>669</sup>, Bairey & Merz et al<sup>670</sup>, y el estudio de Vaccarino & Badimonn<sup>671</sup>.

**Meta síntesis:** Barclay and Lie<sup>672</sup>.

<sup>666</sup> DEVON, Holli A; SABAN, Karen and GARRET, Donna. Recognizing and Responding to Symptoms of acute coronary Syndromes and Stroke in Women. *In:* JOGNN. JOGNN and the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. California USA. 2011. Vol. 40 No. 3. P. 372-382.

<sup>667</sup> FISHER A., Ravn et al. Community-Based Gender Perspectives of Triage and Treatment in suspect Myocardial Infarction. *In:* International Journal of Cardiology. Göteborg Sweden, 2012, vol. 156, p. 139-143.

<sup>668</sup> O'BRIEN, F., et al. Acute coronary syndrome symptoms in patients presenting to accident and emergency departments in Ireland. *In:* Eur J Cardiovasc Nurs April 2009, vol. 8 S 27, p. S1-S52.

<sup>669</sup> MIERES, Jennifer, et al. Signs and symptoms of suspected myocardial ischemia in women: results from the what is the optimal method for ischemia evaluation in women? Trial. *In:* Journal of women's health. New York USA. 2011, vol. 20 no. 9, p. 1261-1269.

<sup>660</sup> McSWEENEY, Jean, et al. Cluster analysis of women's prodromal and acute myocardial infarction symptoms by race and other characteristics. *In:* Journal Cardiovascular Nursing. USA, 2010, vol. 25 no. 4, p. 311-322.

<sup>661</sup> RINCÓN OSORIO, Fanny et al. La mujer con enfermedad coronaria. Op. cit., p. 131-142.

<sup>662</sup> SHAW, Leslee, et al. State-of-the-art paper: insights from the NHLBI-sponsored women's ischemia syndrome evaluation (WISE) Study. Part I: gender differences in traditional and novel risk factors, symptom evaluation, and gender- optimized diagnostic strategies. *In:* Journal of American College of Physician. USA 2006, vol. 47, p. 21-29.

<sup>663</sup> LERMAN, Amir and SOPKO, George. Women and cardiovascular heart disease: clinical implications from the women's ischemia syndrome evaluation (WISE) study ¿are we smarter? *In:* Journal of the American College of Cardiology JACC, USA, February 7, 2006, vol. 47 no. 3 Supplement S, p. 59S- 62S

<sup>664</sup> ARSLANIAN ENGOREN, Cynthia and ENGOREN, Milo. Op. cit., p. 386-393.

<sup>665</sup> DEVON Holli A. SABAN Karen L. and GARRET Donna K. Op cit., p. 372.

<sup>666</sup> CANTO, John, et al. Symptom presentation of women with acute coronary syndromes: myth vs. reality. Op. cit., p. 2410.

<sup>667</sup> LEUZZI C. Coronary artery disease: clinical presentation, diagnosis and prognosis in women. *In:* Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Disease. Italy, 2010, no. 20, p. 426-435.

<sup>668</sup> WELCH, Eugenia and COTTRELL, Damon. Acute coronary syndromes and women: there are differences. *In:* Critical Care Nursing Clinics of North American. Washington USA, 2008, vol. 20, p. 273-276.

<sup>669</sup> SMITH, Patrick J. and BLUMENTHAL, James A. Op. cit., p. 924-933.

<sup>670</sup> BAIREY MERZ C. Noel, et al. State-of-the-art paper: insights from the NHLBI-sponsored women's ischemia syndrome evaluation (WISE) study. Part II: gender differences in presentation, diagnosis, and outcome with regard to gender-based pathophysiology of atherosclerosis and macrovascular and microvascular coronary disease. *In:* Journal American College of Cardiology. Florida, United States of North America. February 7, 2006, vol. 47 no. 3 Supplement S, p. 4S-20S

<sup>671</sup> VACCARINO, Viola. Et al. Ischaemic heart disease in women: are there sex differences in pathophysiology and risk factors? position paper from the working group on coronary pathophysiology and microcirculation of the european society of cardiology. *In:* Cardiovascular Research. 2011, vol. 90, p. 9-17.

**-Sobre la población objeto:**

**Estudios cualitativos:** incluyeron hombres y mujeres en el estudio, total 65 personas<sup>673</sup>, y mujeres exclusivamente Millan y Diaz en un total de 9 mujeres<sup>674</sup>, Rincón y Garnica 12 mujeres<sup>675</sup>, Soto Morales 12 mujeres<sup>676</sup>, Cortes Castro 30 mujeres<sup>677</sup>, Tajer Débora 16 casos contra 16 controles<sup>678</sup>. Total de la Población participante 147 personas.

**-Sobre población objeto:**

**Estudios cuantitativos:** incluyeron hombres y mujeres con enfermedad coronaria en un total de 2732 personas.

Y que incluyeron mujeres exclusivamente: un total de **2764 mujeres** con enfermedad coronaria; con esto se demuestra una importante población femenina de referencia estudiada con enfermedad coronaria, mas no una muestra significativa en un grupo poblacional tan afectado.

**-Sobre total de evidencias en estudios sumativos:** incluyeron un total de 1250 artículos científicos entre los 12 estudios seleccionados, demostrando un importante uso de literatura científica utilizada para la revisión.

**-Los países de origen de las evidencias:**

**-Estudios Cualitativos:** 5 estudios de Enfermería Colombianos, aportados por la Universidad Nacional de Colombia, en la línea de Cuidado a la Mujer con Enfermedad Coronaria y que usaron como constructo TOUS y 1 (uno) estudio Argentino de Psicología.

**-Estudios Cuantitativos:**

- ✓ Estados Unidos de Norte America: 6 estudios, publicados en los años: (1=2003), (1=2007) y (1= 2009), (2=2010), (1=2011)
- ✓ Inglaterra: (1=2011)
- ✓ Irlanda: (1=2012)
- ✓ Canadá: (1=2006), (2=2012)
- ✓ Korea: (1=2011).

Norte América, es el país que más contribución aporta a la temática investigada, aporta estudios médicos exclusivamente.

<sup>672</sup> BARCLAY, Laurie and LIE, Désirée. Acute coronary syndromes may be misdiagnosed in women. *In*: Medscape Education. USA, december 14, 2007, 5 p.

<sup>673</sup> TOBO MEDINA., Natalia y CANAVAL ERAZO, Gladys Eugenia. Op. cit., p. 19.

<sup>674</sup> MILLAN., Eillen Maryibe y DIAZ H. Luz Patricia. Op cit., p. 46.

<sup>675</sup> RINCON O. Fanny, GARNICA Gloria, DURAN DE VILLALOBOS María Mercedes, RODRIGUEZ Jaime. Op cit., p. 165.

<sup>676</sup> SOTO MORALES. Alejandra María. Op cit., p. 58.

<sup>677</sup> CORTES CASTRO, Luis Alberto. Op. cit., p. 167.

<sup>678</sup> TAJER, Débora. Op. cit., p. 242.

**-Estudios Sumativos:**

- ✓ Estados Unidos de Norte América: 10 estudios, publicados en los años: (3=2006), (2=2007) y (1= 2008), (2=2010), (2=2011)
- ✓ España: (1=2011)
- ✓ Italia: (1=2010)

Norte América, es el país que más contribución aporta a la temática investigada, pero son estudios médicos exclusivamente.

Con las evidencias se estandarizó como atributo a medir: LOS SÍNTOMAS CORONARIOS DE LA MUJER.

**4.4.4.2 Resumen de hallazgos acerca de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria.**

La literatura revisada demuestra los siguientes aspectos:

**EN ESTUDIOS CUALITATIVOS:** consultar el Anexo 15. Se realizó revisión metodológica y teórica-conceptual-empírica de 6 piezas de investigación, sobre los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria; Hallazgos y evidencias de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria, de los cuales se puede concluir:

**-Referente a la Disnea:** lo definen como un síntoma predominante que se expresa en forma de: “falta de aire, ahogo o asfixia”

**-Referente a la Fatiga:** Referido como “mareo, falta de fuerza o energía”

**-Referente al Dolor:** en un porcentaje alto 86%, lo definen como un síntoma localizado a nivel precordial, 93.4 % lo definen como “agudo” con varias especificaciones: localización predominante “precordial, en espalda y en mandíbula”. El nivel de angustia que el dolor les produce en 55% es “muy alta angustia”. En cuanto a la irradiación los sitios mas frecuentes son cuello, espalda o torax derecho. En cuanto a la duracion es variable, 46% referían en promedio 1 hora; pero se establece como problemático que el 53% no pide ayuda, solo le cuenta a un familiar o asociado.

**-Referente a la presencia de otros síntomas menores que acompañan el cuadro coronario:** estos síntomas principales suelen estar acompañados por sudoración, decaimiento, frialdad, vómito, mareo, y cefalea muy intensa.

**-Referente al Distrés:** el 40% tiene estrés de manera crónica por encontrarse desempleadas a edades mayores, donde la consecución de trabajo no es fácil. La mayoría de los estudios argumentan que este síntoma no tiene una relevancia específica.

**-Referente a la Ansiedad:** La mayoría de las veces la fuente de su ansiedad es por dependencia a terceros, cansancio y menor vitalidad y la percepción de haber perdido la salud.

**-Referente a la Ira/hostilidad:** Es un síntoma que depende en gran medida del estrato social de la mujer. Para Argentina, las mujeres de estratos bajos: demuestran mayor tendencia al enojo fácil, poseen una emoción erótica/hostil y las de estratos altos son de carácter enojoso fácil, explosivo, frias, y exponen bajo apetito sexual.

**-Referente a la Depresión:** Existe rigidez mental, apatía, miedo a la muerte, dificultades en la comunicación y en la movilización.

**EN ESTUDIOS CUANTITATIVOS:** consultar los Anexos 5, 13 y 16. Se realizó revisión metodológica y teórica-conceptual-empírica de 12 piezas de investigación, sobre los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria, de los cuales se puede concluir:

**-Referente a la Disnea:** lo definen como un síntoma predominante que se expresa en forma de: “acortamiento de la respiración o asfixia”.

**-Referente a la Fatiga:** el 30% lo expresa como “debilidad en el cuerpo”.

**-Referente al Dolor:** Calidad: el dolor se localiza primariamente en el pecho, precordialgia o disconfort, aunque en forma frecuente se localiza en cuello y esto es lo que mas contribuye a deteriorar la calidad de vida de la mujer, no en realidad la severidad de la enfermedad sino el síntoma. El 90% desarrolló dolor típico, que se irradia a los hombros, espalda y escápula. La mujer tiene mayor umbral de detección del dolor por isquemia y por frío, es el que mas ansiedad genera de todos los síntomas; el 79% lo presentó cuando desarrollaban moderada o ninguna actividad y se mejora con la suspensión de la misma, osea en reposo se disminuye el síntoma de forma importante. El 90% presentó dolor torácico típico.

**-Referente a la presencia de otros síntomas menores que acompañan el cuadro coronario:** los síntomas prodrómicos los expresan más frecuentemente las mujeres que los hombres (53/54). Estos síntomas, acompañan el cuadro coronario, hasta por un mes y son: dolor epigástrico, fatiga, cansancio, fatiga inusual, miedo a la muerte, dolor de cabeza y debilidad en las manos.

**-Referente al Distrés:** los eventos de estrés inducido por el componente laboral, la pareja o la familia, contribuyen al desarrollo de crisis del sistema cardiovascular. La mujer suele ser mas reactiva a las descargas hostiles de sus parejas.

**-Referente a la Ansiedad:** El rol es ambiguo, expresan el síntoma como: temor a la muerte” reportandolo hasta una semana antes del evento coronario.

**-Referente a la Ira/hostilidad:** se expresa hasta con una semana de anticipación.

**-Referente a la Depresión:** Mayormente compromete su estado cognitivo, genera alteraciones en el apetito, alteración del sueño, descanso y de forma importante en la libido.

**EN ESTUDIOS SUMATIVOS:** Ver Anexos 7, 10 y 14. Se realizó revisión metodológica y teórica-conceptual-empírica de 12 piezas de investigación, sobre los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria; de los cuales se puede concluir:

**-Referente a la Disnea:** lo definen como un síntoma predominante que se expresa en forma de: “acortamiento de la respiración”.

**-Referente a la Fatiga:** lo definen como “pérdida de energía”.

**-Referente al Dolor:** Aunque existen casos de SCA sin dolor torácico, este síntoma es típico en la mujer; cuando es de bajo o mediano nivel, lo denominan “disconfort”, pero cuando es de gran intensidad “dolor torácico”. El dolor es producido en forma asociada a

la actividad física, pero esta tiene doble acción: una es como forma de afrontamiento y la otra como detonante de dolor. El dolor empobrece la calidad de vida de las mujeres con enfermedad coronaria. El síntoma se presenta de forma intermitente.

**-Referente a la presencia de otros síntomas menores que acompañan el cuadro coronario:** reportan como síntomas asociados: dolor de cabeza, diaforesis, vértigo, dolor de estómago, palpitaciones, dolor en la mandíbula.

**-Referente al Distrés:** “Relacionada en su mayoría con problemas familiares no resueltos”, estas situaciones de estrés negativo crónico condicionan no solo el curso de la enfermedad coronaria, sino el comienzo de la enfermedad. Situaciones presentes en las mujeres a edades tempranas: trauma y maltrato infantil, pueden degenerar en procesos patológicos cardiovasculares.

**-Referente a la Ansiedad:** La mujer enfrenta mayor nivel de estrés que la pareja, ya que esta genera ansiedad producida por la casa y los hijos.

**-Referente a la Ira/hostilidad:** demostrada en cambios continuos del humor en la mujer.

**-Referente a la depresión:** 1 de 4 mujeres reportan síntomas depresivos y recaen en la casa cuando retornan a las actividades diarias.

#### 4.4.3 Proposiciones Empíricas que sustentan la investigación.

Antes de dar solución a este planteamiento central en la investigación, es necesario hacerse la pregunta: ¿son las proposiciones empíricas, hechos científicos? Pues bien, las proposiciones empíricas son verdaderamente hipótesis a diferencia de los hechos científicos ligados a las teorías, son en realidad lo que acercan a la realidad. Una proposición entraña un sentido empírico verificable; aunque toda proposición pueda ser analítica o empírica y ella reposa sobre la capacidad de verificación; por tanto cuando una proposición enuncia algo, en términos generales debe enunciar un hecho empírico (hechos que puedan ser verdaderos o falsos)<sup>679</sup>.

Partiendo de la revisión y crítica documental que incluye publicaciones de artículos científicos en revistas indexadas de enfermería y otras disciplinas publicados durante el periodo: 2001-2012; esta investigación sustenta como proposiciones empíricas del Instrumento **WSCDI**, los enunciados que en su mayoría provienen de las evidencias reportadas, de interés para la investigación conducidas bajo la óptica teórica de Lenz y colaboradores, pero articulando adicionalmente, los síntomas psicosociales, asociados en forma innegable a la expresión de la enfermedad coronaria en la mujer.

Las proposiciones empíricas sobre las que se sustenta el instrumento **WSCDI**, tienen como soporte la revisión metodológica y empírica de alto rango de ponderación de la evidencia, según el modelo aplicativo Sistema Conceptual Teórico Empírico, unido a la exigencia de las Revisiones Integrativas; los cuales sumados, establecieron los criterios

---

<sup>679</sup> OLSZEWSKI WALKER, Lorraine and AVANT COALSON, Kay. Strategies for theory construction in nursing. 5th ed. 2011, p. 564.



necesarios para la ponderación del grado de importancia de las Piezas Investigativas; cuyo eje central fueron: “Síntomas en la Mujer con Enfermedad Coronaria”.

La siguiente fase de la investigación consistió en la aplicación del sistema psicométrico para diseñar la malla de ítems que reflejen las proposiciones empíricas, enraizadas en las dimensiones del atributo síntomas del constructo orientador de las indagaciones del instrumento: Teoría de Elizabeth Lenz y cols., apoyadas por la teoría psicosocial. En este sentido las proposiciones empíricas del estudio son:

- **Sobre la valoración de los síntomas:**

1. Una incorrecta valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria, conduce a un diagnóstico clínico errático, lo cual trae implícito defectos en las decisiones de cuidado y se asocia a errores en la intervención terapéutica<sup>680</sup>.
2. Una valoración individualizada de los síntomas, orienta con mayor claridad el diagnóstico de necesidades de cuidado y esto se asocia a una mayor satisfacción de las necesidades de las mujeres con enfermedad coronaria.
3. Existe desconocimiento en la población femenina de las diferencias de género en la expresión de la enfermedad coronaria, esta carencia genera incapacidad para interpretar sus propios síntomas y dimensionar el grado de vulnerabilidad que le confiere la enfermedad coronaria; por tanto, esto se asocia con el poco significado a los síntomas, debido a la arraigada idea en la mujer que la enfermedad coronaria “es una enfermedad de varones”<sup>681 682</sup>.
4. Es problemática la valoración de la mujer con enfermedad coronaria por parte del profesional de enfermería en diversos campos del ejercicio clínico; por tanto este hecho limita la capacidad de los profesionales para establecer las necesidades prioritarias y la satisfacción de dichas necesidades; lo cual se asocia con mayores índices de morbilidad y baja satisfacción con el cuidado de enfermería propuesto<sup>683</sup>.

- **Sobre vulnerabilidad coronaria y su contribución al desarrollo de la enfermedad cardiovascular:**

1. La mujer exhibe una mayor prevalencia de factores de riesgo para la génesis de enfermedades cardiovasculares, tales como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial y la neuropatía periférica; pero su problemática se agudiza por que las mujeres subestiman sus síntomas y los clínicos subvaloran, infradiagnostican y subtratan su enfermedad, más que en la población masculina<sup>684</sup>  
<sup>685 686</sup>.

---

<sup>680</sup> BOLIBAR, I; CATALÁ, E. y CADENA, R. Op. cit., p.152-153.

<sup>681</sup> CADWEL, Mary A. and MIASKOWKI, Christine. Op. cit., p. 77-78.

<sup>682</sup> TAJER, Débora. Op. cit., p. 16.

<sup>683</sup> HANKE BOTTEGA, Fernanda y FONTANA, Rosane Teresihna. Op. cit., p. 287.

2. Claramente la enfermedad coronaria se expresa con cuadros inespecíficos, esto agravado por la inequidad de género en la calidad de la atención; asociado al subregistro de los niveles de pobreza de las mujeres<sup>687</sup>.

• **Sobre los síntomas: “Dolor”:**

1. La mujer tiene una mayor posibilidad de padecer dolor y de cronificarse; este síntoma es menos específico y posee menos sensibilidad como marcador de isquemia en la mujer comparado con los hombres<sup>688 689</sup>.

2. Las mujeres padecen más síndromes dolorosos, comunes y específicos a su género, derivados de la actividad estrogénica influjo de alteraciones en su eje: hipotálamo-hipófisis-suprarrenal-ovario; sumado a lo anterior, expresan mayores índices de síndromes inflamatorios crónicos y esto se asocia a mayor necesidad de cuidado, como también a mayor necesidad de fortalecer su autocuidado<sup>690</sup>.

3. El ciclo de dolor-estrés-dolor en la mujer está influenciado por el eje hormonal estrogénico, el cual se ve notablemente afectado y disminuido con el paso de los años, esto se asocia a disfunción endotelial y nociceptiva, realidades que inducen alteraciones en la percepción del dolor y defectos en el procesamiento del síntoma tanto a nivel central como periférico<sup>691</sup>.

4. El ciclo estrogénico en decadencia por la edad: “etapa perimenopáusica”, tiene manifestaciones inespecíficas, esto favorece que algunas mujeres confundan sus síntomas cardiovasculares con síntomas hormonales u otras noxas<sup>692</sup>.

5. En el contexto sociocultural donde la mujer es primordialmente “cabeza de hogar” y cumple múltiples roles: madre, trabajadora y cuidadora, esta situación se asocia con distorsiones en la experiencia del síntoma, en algunos casos estos se enmascaran y son terreno favorable para la automedicación.

6. La mujer tolera más dolor que el hombre, esto no significa que sienta menos dolor; sin embargo su expresión es menos frecuente y esto se asocia a mayor

---

<sup>684</sup> ARSLANIAN-ENGOREN Cynthia, PATEL Amisha, FANG Jianming, ARMSTRONG David, KLINE-ROGERS Eva, DUVERNOY Claire S. and EAGLE Kim A. Op cit., p. 1177.

<sup>685</sup> CANTO, John, et al. Association of age and sex with myocardial infarction symptom presentation and in-hospital mortality. Op. cit., p. 813.

<sup>686</sup> HASDAI, David, et al. Op. cit., p. 1465.

<sup>687</sup> TAJER, Débora. Heridos corazones. vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. Op., cit. p. 272.

<sup>688</sup> PIEH, Christoph, et al. Op. cit., p. 198-20.

<sup>689</sup> NUGENT, Lynn; MEHTA, Puja and BAIREY MERZ, Noel. Op. cit. p. 376.

<sup>690</sup> HERNANDEZ CASTRO, John Jairo. Op. cit., p. 3.

<sup>692</sup> NUGENT, Lynn; MEHTA, Puja and BAIREY MERZ, Noel. Op. cit. p. 41.

capacidad de tolerar el estrés cardiovascular: denominada “respuesta adaptativa”<sup>693</sup>.

7. Los síntomas pueden ser manifestaciones prodromales, agudas y crónicas de la enfermedad coronaria en la mujer. Esto se asocia a mayor probabilidad de manifestar como síntomas comunes, agudos y/o prodromales la fatiga inusual o debilidad<sup>694 695</sup>, el dolor torácico agudo<sup>696 697 698 699 700 701 702 703 704</sup>, la disnea o falta de aire<sup>705 706 707 708 709 710 711 712</sup>; los cuales impactan tanto en la salud física como mental de la mujer.
8. La mujer con enfermedad coronaria tiene mayor probabilidad de manifestar otros síntomas fisiológicos agudos o prodromales como la sudoración, palpitaciones, cefalea, frialdad, dolor en otras partes del cuerpo<sup>713 714 715</sup> y esto se asocia a mayor dificultad en reconocer los síntomas agudos coronarios.

<sup>693</sup> KOTHAWADE, Kamlesh and BAIREY, Noel. Op. cit., p. p. 292.

<sup>694</sup> MILLAN Eillen Maryibe y DIAZ H. Luz Patricia. Op cit., p. 40.

<sup>695</sup> OLSON, Marian, et al. Op. cit., p. 1510.

<sup>696</sup> MILLAN Eillen Maryibe y DIAZ H. Luz Patricia. Op cit., p. 41.

<sup>697</sup> SOTO MORALES, Alejandra María. Op. cit., p 58.

<sup>698</sup> CORTES CASTRO, Luis Alberto. Op. cit., p. 77-78.

<sup>699</sup> RINCON O. Fanny, GARNICA Gloria, DURAN DE VILLALOBOS María Mercedes, RODRIGUEZ Jaime. Op cit., p. 165.

<sup>700</sup> RACINE, Mélanie et al. Op. cit., p. 618.

<sup>701</sup> BARCLAY, Laurie and LIE, Désirée. Op. cit., p. 5.

<sup>702</sup> SHAW, Leslee, et al. Op. cit., p. 9S

<sup>703</sup> BAIREY MERZ C. Noel, et al. Op. cit., p. 5S.

<sup>704</sup> Physiological and anatomical bases for sex differences in pain and nausea as presenting symptoms of acute coronary syndromes. Op cit., p. 386. 389.

<sup>705</sup> MILLAN Eillen Maryibe y DIAZ H. Luz Patricia. Op cit., p.40-42.

<sup>706</sup> RINCON O. Fanny, GARNICA Gloria, DURAN DE VILLALOBOS María Mercedes, RODRIGUEZ Jaime. Op cit., p. 170-172.

<sup>707</sup> FISHER A., Ravn et al. Op. cit., p. 140-143.

<sup>708</sup> O'BRIEN, F., et al. Op. cit., p. S51–S52.

<sup>709</sup> BARCLAY, Laurie and LIE, Désirée. Op. cit., p. 4-5.

<sup>710</sup> Physiological and anatomical bases for sex differences in pain and nausea as presenting symptoms of acute coronary syndromes. Op cit., p. 392-393.

<sup>711</sup> LEUZZI C. Op cit., p. 435.

<sup>712</sup> WELCH, Eugenia and COTTRELL, Damon. Op. cit., p. 276.

<sup>713</sup> CORTES CASTRO, Luis Alberto. Op. cit., p. 168.

<sup>714</sup> BARCLAY, Laurie and LIE, Désirée. Op. cit., p. 5.

- **Sobre síntomas psicosociales:**

1. Los síntomas Psicosociales son cardinales en la génesis y expresión de la cardiopatía isquémica en la mujer colombiana y esto se asocia a exposiciones de agresión, violencia, altos niveles de estrés negativo, hechos que se convierten en pruebas de discriminación e inequidad de género que merecen ser indagadas en toda valoración clínica<sup>716</sup>.
2. Es esencial desmitificar y destipificar el modelo sintomático de la mujer con cardiopatía isquémica; por lo tanto es necesario que desde una nueva semiología en la mujer, se reconstruyan los factores psicosociales que contribuyen a elevar el riesgo y agudización de su enfermedad coronaria<sup>717</sup>.
3. La mujer de estrato social bajo: “cabeza de hogar” “supermujeres”, encargadas del sostenimiento no solo económico sino social de sus hogares, en condiciones de marginalidad del apoyo familiar, cultural y social; se asocian con mayores niveles de vulnerabilidad coronaria y altos niveles de angustia<sup>718</sup>  
<sup>719 720 721</sup>.
4. La mujer del sector social más alto, “máquinas de producción polifuncionales, que no pueden parar” están sometidas a exposiciones permanentes de estrés y angustia, a diferencia de los hombres, se agrega una sumatoria de roles predominantes (trabajo, familia, desarrollo personal, estética) que se asocian a vulnerabilidad coronaria<sup>722</sup>.
5. Las mujeres de mayor nivel social, manifiestan tener altos índices de sentimientos de injusticia, hipervaloración y hostilidad. En ambos grupos sociales medianos y altos: hostilidad y rabia<sup>723</sup>.
6. La carencia de visibilización de los factores de riesgo psicosociales durante la valoración clínica, se asocia a la desnaturalización en la construcción de su riesgo, tanto en sectores sociales de alto y bajo estrato social; por tanto es necesario profundizar en ellos para reconocer la modalidad específica de género que confiere vulnerabilidad coronaria<sup>724</sup>.

- **Sobre los síntomas de Depresión:**

---

<sup>715</sup> CANTO, John, et al. Symptom presentation of women with acute coronary syndromes: myth vs. reality. Op. cit., p. 2410.

<sup>716</sup> TAJER, Débora. Op. cit., p. 248.

<sup>717</sup> Ibid., p. 272.

<sup>718</sup> Ibid., p. 6.

<sup>719</sup> STIEPOVICH BERTONI, Jasna y VAQUIRO RODRIGUEZ, Sandra. Op. cit., p. 9-16.

<sup>720</sup> REYES LUNA, Juan. et al. Op. cit., p. 45-57.

<sup>721</sup> TAJER, Débora. Op. cit., p. 242.

<sup>722</sup> Ibid., p. 242.

<sup>723</sup> Ibid., p. 244.

<sup>724</sup> Ibid., p. 273.

1. La depresión en la mujer con enfermedad coronaria ejerce un condicionamiento negativo e induce formas específicas de pensar, sentir y actuar frente a la enfermedad<sup>725</sup>.
  2. La depresión induce en la mujer con enfermedad coronaria menor percepción del control de su salud, enajenación de sus síntomas y esto se asocia a mayor riesgo cardiovascular<sup>726</sup>.
- **Sobre los síntomas del complejo: Rabia, Ira/Hostilidad:**
    1. La ira/hostilidad están asociados con incrementos en el riesgo cardiovascular en personas de alto riesgo coronario como en poblaciones saludables; además la represión de su expresión verbal, podría tener particular importancia en el incremento del riesgo de eventos cardiovasculares<sup>727</sup>.
  - **Sobre los síntomas de Distrés:**
    1. El distrés (estrés negativo y crónico) en la mujer, se asocia a mayor probabilidad de desarrollar depresión, trastornos de ansiedad, aislamiento social y baja percepción de soporte afectivo<sup>728</sup>.
    2. El estrés en el trabajo y la vida familiar, generan mayor demanda psicológica y se convierten en verdaderos agentes de riesgo que inciden en el desarrollo de la enfermedad coronaria en la mujer<sup>729 730</sup>.
    3. La insatisfacción conyugal o una relación de pareja deteriorada, es una fuente de estrés continua, que influye en el desarrollo y desenlaces catastróficos en el sistema cardiovascular; por tanto: “sentirse bien con la pareja, protege verdaderamente al corazón”<sup>731</sup>.
    4. El estrés tiene un rol vital crucial en la defensa, pero cuando la emoción tiene un componente negativo: enojo, ira, depresión, es generadora de grandes disturbios cardiovasculares<sup>732</sup>.
    5. La personalidad tipo D que expresa inhibición social o distrés, favorece la pérdida de la interacción social necesaria para el fortalecimiento del apoyo social e integración familiar, es un desorden en la construcción de la personalidad que

---

<sup>725</sup> GARCIA GUZMAN, Cesar, et al. Op. cit., p. 1-6.

<sup>726</sup> DOERING, Lynn, et al. Op. cit., p. e 4-14.

<sup>727</sup> *Ibíd.*, p. 20.

<sup>728</sup> LEÓN GALINDO, Jorge; SÁNCHEZ-MEDINA, Alfonso y MATIZ, Hernando. Op. cit., p. 130-136.

<sup>729</sup> EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY AND OTHERS. The fifth joint task force of the european society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European guidelines on cardiovascular disease: prevention in clinical practice. Op. cit., p. 19.

<sup>730</sup> VELASQUEZ, Sandra Patricia. Op. cit., p3.

<sup>731</sup> LUQUE MC y RUBIO I. Op. cit., p. 80.

<sup>732</sup> TAJER, Débora. Op. cit., p. 6.

se asocia a la expresión de la enfermedad cardiovascular y eleva el riesgo de su mortalidad por infarto agudo de miocardio<sup>733</sup>.

#### 4.4.4 Conclusiones del Estado del Arte

Los resultados más relevantes del análisis muestran como conclusiones:

Para la construcción del soporte del instrumento, es importante destacar que el peso de las evidencias se mide por la riqueza de la información recogida y la habilidad analítica del investigador. De tal modo que la meta no solo era demostrar la importancia de la Teoría de Lenz y Cols., como constructo útil para el desarrollo disciplinar; sino además, elaborar un instrumento que responda a la realidad de la mujer con enfermedad coronaria, describiendo su patrón semiológico relevante, con el ánimo de aportar a un mejor estándar evaluativo de necesidades de cuidado e intervención.

El uso de Teorías de Enfermería de Mediano Rango, en este caso: la Teoría de los Síntomas Desagradables, proveen un marco de entendimiento y predicción de los efectos en las prácticas seguras en los pacientes con estas afecciones y favorece los intentos de intervención, para prevenir o mitigar los daños causados por los riesgos el cuidado de la salud.

Derivado del proceso de revisión, crítica metodológica y empírica, en el área temática: síntomas en la mujer con enfermedad coronaria, se encuentra que son escasos los sistemas de medición, no hay homogeneidad en los hallazgos. Se requiere entonces, clarificar los síntomas en el contexto cultural colombiano, ya que la mujer es la poseedora de elementos de género que condicionan su expresión por lo tanto es necesario continuar investigando y profundizando en esta temática.

El reconocimiento de la gravedad en continuar desconociendo los síntomas de la enfermedad coronaria en la mujer y más aún, la carencia de instrumentos disciplinares necesarios para su valoración, permite anteponerse al empobrecimiento del estado de salud de muchas mujeres víctimas de la enfermedad coronaria.

En búsqueda del concepto de investigación responsable, que resuelva los problemas de la práctica y aporte soluciones a las necesidades del entorno, esta investigación es un insumo y una materialización de los esfuerzos de muchos investigadores tanto de enfermería como de otras profesiones interdisciplinares, que han aportado a la dilucidación de la problemática de la valoración de los síntomas específica de la mujer con enfermedad coronaria. Por tanto, aproximarnos a una nueva semiología disciplinar de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria, es uno de los aportes de este producto.

Sin embargo, la mayoría de las investigaciones o piezas investigativas de enfermería en poco hacen referencia explícita al uso de teoría propia, lo que podría considerarse como una manera de obstaculizar los esfuerzos para generalizar los resultados de un contexto a otro. La teoría de Lenz y colaboradores en este sentido, es potencialmente relevante para la investigación psicométrica, ya que desde su perspectiva psico-fisiológica, puede

---

<sup>733</sup> TAJER, Débora. Op. cit., p. 20-21.

ayudar a explicar el comportamiento clínico de la enfermedad coronaria en la mujer y así guiar el desarrollo de nuevos instrumentos, que permitan el diagnóstico o tamizaje cardiovascular, en las que el cuidado deba dar respuesta en forma concreta. Por tanto, los síntomas psicosociales que se agregan por primera vez a esta teoría, brindan la posibilidad de elevar en términos actuales, la capacidad del cuidado como una práctica multidimensional segura, tanto en su aplicación como en su proceso de evaluación.

La presente investigación propone además, en el contexto de una enfermería basada en la evidencia, la unión del Sistema Conceptual Teórico Empírico y el de Revisiones Integrativas; como un nuevo método que invita al buen juicio de las piezas seleccionadas, las cuales siempre deben ser escrutadas, verificadas con la certeza, para construir un nuevo conocimiento a partir de los mejores y rigurosos criterios, donde los elementos de estructura, se basan en la demostración y lógica de los juicios, fundamentos y hallazgos provenientes de su aplicación, para verdaderamente denominar a las publicaciones PIEZAS DE INVESTIGACIÓN, que permiten sustentar por consiguiente y a través de la validación, la generación de un instrumento útil y sustentable para los fines propuestos.

Ese sistema SCTE, unido al método de Revisiones Integrativas, muestran cada una de las facetas de posibles argumentaciones sustentadas y preestablece o postula su veracidad; de ahí que la demostración de la misma, se logrará a través de la verificación que certifican las validaciones.

Todos los instrumentos deben madurar en el tiempo y la suma de esfuerzos de nuevos retos investigativos, permitirán refinar las propiedades psicométricas que empiezan a germinar en el **WSCDI**.

#### **4.5 Sistema psicométrico para la operacionalización del atributo: teoría de Lenz y Cols. Concepto I°: “los síntomas” de la mujer con enfermedad coronaria**

El instrumento o test diseñado es denominado como: AUTOINFORME, un método útil por expertos para explorar la conducta humana y sobre las situaciones en que estas se suceden, el cual intenta llegar al mínimo nivel de inferencia, puesto que coloca en el centro a la persona o informante; aporta datos valiosos de naturaleza no solo exclusivamente cognitiva, sino funcional y fisiológica; cuya información obtenida permite al sujeto conectarse directamente sin vehículos con su cuerpo y conductas<sup>734</sup>. Este punto es muy importante para instrumentos que intentan evaluar los síntomas, permitiendo en poblaciones que carecen de capacidad de definición de sus eventos, en una forma muy objetiva, orientar la selección de los ítems o características del atributo que se indaga. Esto es relevante en población femenina, donde se ha documentado su limitación para interpretar o definir las problemáticas respecto a sus síntomas cardiovasculares<sup>735</sup>.

El auto-informe representa una muestra del comportamiento del sujeto que debe ser y que de hecho suele ser debidamente tenida en cuenta a la hora de detectar y definir un

---

<sup>734</sup> FERNANDEZ BALLESTEROS, Rocío y CARROBLES, José Antonio. Evaluación conductual: Metodología y Aplicaciones. Ediciones Pirámide S.A. Madrid España, 1989. 782 p.

<sup>735</sup> CADWEL, Mary A. and MIASKOWKI, Christine. Op. cit., p. 71.

área problema o de evaluar los resultados de un tipo de terapia, convirtiéndose en algo más que una derivación de la auto-observación del individuo<sup>736</sup>.

Una forma de controlar la objetividad de la información, guarda relación con la motivación del sujeto para aportar información objetiva y esta se encuentra en relación estrecha con el contexto en el que se lleva a cabo la medición; otro factor a manejar es la reactividad, en donde el sujeto puede verse afectado, por lo que los resultados deben ser vistos con una actitud sumamente crítica.<sup>737</sup>

Para unos la utilidad de los autoinformes ya que son importantes en la práctica clínica como instrumentos de análisis previo al tratamiento, persiguiendo información únicamente con respecto a la presencia de síntomas o conductas (inventario de problemas o de síntomas); para otros, estos proporcionan información más específica sobre la naturaleza e intensidad de la conducta problema. Es importante resaltar que en el auto-informe (inventario de síntomas/cuestionarios biográficos), no es tan importante el puntaje final que obtiene el sujeto en el inventario, sino el análisis de las respuestas a cada uno de los elementos que lo componen<sup>738</sup>.

En él pueden integrarse para su aplicación, tanto los profesionales que dirigen su aplicabilidad y las personas del entorno que puedan dar información relevante de su vida y que quieran colaborar en lo terapéutico, permitiendo así ayudar a entender a los profesionales la información obtenida, como también, son una fuente de información sobre las redes de apoyo del sujeto, del conocimiento de los diversos niveles de auto-descripción y auto-concepto.

Referente a la validez de contenido con este tipo de auto-informes: se señala el problema de la selección de los ítems, específicamente la representatividad de los mismos: o sea, hasta qué punto los elementos se adecuan a las conductas que pretenden medir el instrumento y constituyen un muestreo adecuado de las mismas. Por tanto el manejo empieza con la selección de un fondo de ítems, lo más amplio posible. Luego esta gama de ítems suele reducirse posteriormente con el fin de evitar una longitud excesiva del cuestionario, para abarcar solo los más representativos de la población en que se han obtenido; otro apunte es la necesidad de contemplar en algunas poblaciones ítems poco relevantes que pudieran ser muy importantes no para la población en general sino en casos individuales, resolviendo el problema en la parte final del cuestionario, donde se colocan preguntas abiertas, invitando a la persona a que destaque o aclare su postura frente algún ítem faltante, incompleto o sobrante.

Otra forma es evitando los problemas en las preguntas, se debe ser lo más claro posibles, evitando la ambigüedad (a veces, a menudo) cuando se requiera especificar la frecuencia de la conducta, pero nunca debe olvidarse evaluar el lenguaje no verbal del sujeto que enfrenta la pregunta, pues una divagación frente a una pregunta y el asumir

---

<sup>736</sup> FERNANDEZ BALLESTEROS, Rocío y CARROBLES, José Antonio. Op. cit., p. 235.

<sup>737</sup> *Ibíd.*, p. 237.

<sup>738</sup> FERNANDEZ BALLESTEROS, Rocío y CARROBLES, José Antonio. Op. cit., p. 241.



con ambigüedad una postura frente a la pregunta, estaría afirmando o refutando el ítem<sup>739</sup>.

Como regla general antes de la aplicación de cualquier instrumento de auto-informe, es necesario realizar una adecuada motivación del sujeto y posibles participantes, con el fin de que la información sea lo más exacta posible. Es posible que sea necesario recabar durante todo el cuestionario que la información que brinde al equipo de salud, tiene carácter confidencial y que los resultados de este conocimiento son necesarios para una mayor comprensión de la problemática de los síntomas y son la base de una mejor planificación y estrategia terapéutica<sup>740</sup>.

#### 4.4.5 Sistema lógico. Etapa conceptual.

**4.5.1.1 Etapa I: Definición del atributo a medir.** Síntomas Coronarios en la Mujer con Enfermedad Coronaria. Teoría de Elizabeth Lenz y cols. Dimensión Teórica mayor elegida para el estudio. Concepto No.1: Síntomas, referido como “los indicadores de cambio percibidos en la función normal experimentados por los pacientes”<sup>741</sup>. Aunque los síntomas pueden ocurrir de forma aislada o en combinación con otros síntomas, la conceptualización de múltiples síntomas es denominada como síntomas clústers<sup>742</sup>. En el marco de la Teoría de los Síntomas Desagradables, cada síntoma: DOLOR, DISNEA, FATIGA O NÁUSEAS; es considerado una experiencia multidimensional, que puede ser susceptible de ser medida de forma separada o en combinación de otros. Algunas dimensiones son comunes a otros síntomas y a poblaciones clínicas, por decir, la INTENSIDAD (Fuerza o severidad), TIEMPO (Duración y frecuencia de la ocurrencia), NIVEL DE ANGUSTIA PERCIBIDO (Grados de discomfort o molestia), se refiere más al estrés temporal producido por el síntoma. La CALIDAD indica seriedad de un problema. Este atributo tiende a ser específico para cada síntoma<sup>743</sup>.

Los síntomas V. u Otros Síntomas: fueron ubicados en el test, cuando se reconoció su importancia durante la crítica empírica de las piezas de investigación como síntomas que acompañan de forma frecuente a otros síntomas reportados por Lenz y la Teoría Psicosocial, que no tan específicos, a saber: mareo, vértigo, cefalea, desequilibrio, calambres, etc. Los “Síntomas N” denominados Psicosociales en esta investigación, son: estrés, ansiedad, depresión e ira/hostilidad. Por lo anterior, se integran a los Síntomas desagradables de LENZ, y son elementos de evaluación primaria de síntomas o emociones negativas, que se derivan de la Teoría de la Cognición sobre la emoción y la conducta concreta, de LAZARUS Y FOLKMAN. Estos son los descriptores de los síntomas de angina en la mujer.

---

<sup>739</sup> FERNANDEZ BALLESTEROS, Rocío y CARROBLES, José Antonio. Op. cit., p. 238.

<sup>740</sup> *Ibíd.*, p. 244.

<sup>741</sup> LENZ, Elizabeth et al. Op. cit., p. 17.

<sup>742</sup> *Ibíd.*, p. 18.

<sup>743</sup> *Ibíd.*, p. 19.

**Figura 12. Síntomas a partir de la Teoría de Elizabeth Lenz y cols.**

ATRIBUTO A MEDIR	VARIABLE
Síntoma psicofisiológico	<b>I. DOLOR</b>
Síntoma fisiológico	<b>II. DISNEA</b>
Síntoma psicofisiológico	<b>III. FATIGA</b>
Síntoma fisiológico	<b>IV. NÁUSEAS</b>
Síntomas fisiológicos	<b>V. OTROS SÍNTOMAS MENORES</b>
Síntoma psicosocial	<b>VI. DISTRÉS</b>
Síntoma psicosocial	<b>VII. ANSIEDAD</b>
Síntoma psicosocial	<b>VIII. IRA/HOSTILIDAD</b>
Síntoma psicosocial	<b>IX. DEPRESION</b>

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

**Concepto No. 1: Atributo:** Referido a las propiedades o características del instrumento que merecen consideraciones separadas e independientes en la evaluación<sup>744</sup>. Para esta investigación se eligieron: Síntomas en la mujer con enfermedad coronaria. Teoría de Elizabeth Lenz y colaboradores; sumado al atributo Evaluación primaria. Significado emocionalidad negativa: Lazarus y Folkman.

**Dimensiones:** Se fundamentan en el objeto específico de la investigación, los síntomas coronarios o de cardiopatía isquémica aguda en la mujer coherentes con la TOUS; se escogieron los ítems que guardan relación directa con los reportados por la teorista, a saber: Dolor en alguna parte del cuerpo, Disnea, Fatiga y Náuseas. Como síntoma N, se articularon de manera singular como “síntomas Psicosociales desagradables”: Tristeza, Depresión, Estrés negativo o Distrés e Ira/Hostilidad.

**Indicadores o subdimensiones:** Referidos a los indicadores que colaboran en la precisión de la experiencia del síntoma:

1. Calidad

<sup>744</sup> SANCHEZ SANCHEZ, Juan Antonio et al. Op. cit., p. 557

2. Intensidad
3. Angustia
4. Duración
5. **Localización:** Nueva subdimensión propuesta por la investigadora. Se documenta como una dimensión necesaria para evaluar los síntomas coronarios, específicamente el dolor torácico.
6. **Afrontamiento:** Nueva subdimensión propuesta por la investigadora. Nace como categoría importante en el instrumento, cuando en la crítica empírica se documenta cómo la mujer enfrenta el síntoma y esto repercute en la aparición de nuevos síntomas o en la resolución y/o retardo de la atención en salud, lo cual condiciona en forma importante su morbilidad y calidad de vida.

**Ítems:** Preguntas concretas sobre la realidad de los síntomas coronarios en la mujer, redactados en forma sencilla, facilitando su fácil comprensión y respuesta. Su existencia tiene como base, las evidencias reportadas y extraídas de las piezas investigativas seleccionadas y ponderadas con categoría I (alta evidencia) para la investigación.

#### 4.4.6 Sistema Empírico.

**4.4.6.1 Etapa II: Operacionalización del atributo.** Las dimensiones teóricas que enmarcan y orientan el instrumento, son los que describen la Teoría de Lenz y la de Lazarus y Folkman (Anexo 7).

- **Sistema Lógico.** Contiene como Atributo, los síntomas: Fisiológicos, Psicológicos y Psicosociales.

- **Sistema Empírico.** Variable o síntoma: dolor, disnea, fatiga y náuseas. Síntoma N: estrés, ira/hostilidad, depresión y ansiedad. Subdimensión: calidad, intensidad, angustia y duración. Indicadores en el estudio.

#### 4.4.6.2 Etapa III: Análisis de reactivos.

**4.4.6.3 Sistema Numérico.** Respecto al Sistema Numérico: Índices del modelo dicotómico: Si= 2, No= 1 y en el modelo politómico: Nunca (N)= 1, Algunas veces (AV)= 2, casi siempre (CS)= 3, Siempre (S)= 4.

**4.4.6.4 Tipos de respuesta.** Este test es tipo escala Likert, donde las respuestas de la persona se dan por medio de la utilización de una escala numérica, con propiedades de intervalo, favoreciendo el análisis estadístico más complejo. Allí las puntuaciones reales se dan en respuestas alternativas graduadas a cada una de una serie de preguntas<sup>745</sup>.

**4.4.6.5 Materialización de los hallazgos.** El diseño de la malla de ítems, se deriva de las proposiciones empíricas que se destacan en las evidencias utilizadas, las cuales luego de ser convertidas en el sistema empírico, pasan al sistema numérico a ser estandarizadas. Ver Resumen y Modelamiento psicométrico a continuación.

---

<sup>745</sup> SANCHEZ SANCHEZ, Juan Antonio et al. Op. cit., p. 561.



**Tabla 13. Resumen soportado en las Piezas Investigativas (síntomas en la mujer con enfermedad coronaria 2001-2012). Integración: Revisión Conceptual-Empírica y Revisión Integrativa. Modelo Psicométrico. Teoría Clásica de los Tests.**

SISTEMA LÓGICO			SISTEMA EMPÍRICO				
Atributo	Dimensiones	Indicadores	Autores	Diseño del estudio TITULO	Valor Ponderado de la Evidencia	Hallazgos	Ítems
Síntomas	DISNEA	CALIDAD	Millán y Díaz, Colombia 2009	Cualitativo	CLASE I: 98.1%	-Falta de aire.	-¿Sentí falta de aire o estaba alcanzada de la respiración?  -Al sentir la falta de aire o dificultad para respirar decidí hacer:  -El tiempo que tome para buscar atención médica por este síntoma fue de:
			Soto Morales Colombia 2007	Cualitativo	CLASE I: 92.5%	-Ahogo, respiración trancada, asfixia.	
			Rincón et al. Colombia 2007	Cualitativo	CLASE I: 96.5%	- La categoría respiratoria fue emergente: “poquito de ahogo, dificultad para respirar” -Alcance de la respiración.	
			Ravn et al. Sweden 2012	Cuantitativo	CLASE I: 83.2%	-Disnea.	
			O’Brien et al. USA 2009	Cuantitativo	CLASE I: 80.9%	-Acortamiento de la respiración: 45% casos.	
			Olson et al. USA 2003	Cuantitativo	CLASE I: 91.7%	-Acortamiento de la respiración.	
			Mieres et al. USA 2011	Cuantitativo	CLASE I: 82%	-Disnea y angina fueron reportadas en todas las mujeres. - Acortamiento de la respiración.	
			Barclay & Lie. USA 2007	Sumativo	CLASE I: 100%	-Disnea paroxística nocturna.	
			Shaw et al. Part I USA 2006	Sumativo	CLASE I: 88.4%	-Los síntomas diferenciadores de género asociados al SCA y que son característicos de la mujer es la disnea entre otros.	
			Lerman & Sopko. USA 2006	Sumativo	CLASE II:69.2%	-Los síntomas:  -Los síntomas:	

SISTEMA LÓGICO			SISTEMA EMPÍRICO				
Atributo	Dimensiones	Indicadores	Autores	Diseño del estudio TITULO	Valor Ponderado de la Evidencia	Hallazgos	Ítems
			<p>Arslanian &amp; Engoren. USA 2010</p> <p>Leuzzi. USA 2010</p> <p>Welch &amp; Cottrell. USA 2008</p>	Sumativo	CLASE I: 94.2%	<p>disnea, fatiga y pérdida de la energía parecen ser los síntomas dominantes en la mujer.</p> <p>-Acortamiento de la respiración.</p> <p>-El acortamiento de la respiración, es el síntoma más sugestivo de SCA en la mujer con diabetes.</p> <p>-Las mujeres Tienen mayor probabilidad de disnea referida a la espalda y al cuello.</p>	
Síntomas	FATIGA	CALIDAD	<p>Millán y Díaz Colombia 2009</p> <p>O'Brien et al. USA 2009</p> <p>Olson et al. USA 2003</p> <p>Shaw et al. USA 2006</p>	<p>Cualitativo</p> <p>Cuantitativo</p> <p>Cuantitativo</p> <p>Sumativo</p>	<p>CLASE I: 98.1%</p> <p>CLASE I: 80.9%</p> <p>CLASE I: 91.7%</p> <p>CLASE I: 88.4%</p>	<p>-Mareo, pérdida de fuerza o de energía. -“Me fatigo mucho cuando camino”. -“Como fatiga”</p> <p>-Fatiga se presentó en el 30% de los casos.</p> <p>-Debilidad y fatiga.</p> <p>-Los síntomas diferenciadores de género, evidencian que la mujer expresa más fatiga asociados al dolor torácico.</p>	<p>-¿Ese día sentí fatiga y pérdida de la energía?</p> <p>-Cuando sentí la fatiga o pérdida de la energía, lo que hice fue:</p> <p>-El tiempo que tome para buscar atención médica por este síntoma fue de:</p>
Síntomas	NAUSEAS	CALIDAD	<p>Ravn et al. Sweden 2012</p> <p>Barclay &amp; Lie.</p>	<p>Cuantitativo</p> <p>Sumativo</p>	<p>CLASE I: 86.2%</p> <p>CLASE I: 100%</p>	<p>-Náuseas 19Mujeres/15Hombres y en menor proporción vómito 6/6.</p>	<p>-¿Ese día sentí náuseas o deseos de vomitar?</p>

SISTEMA LÓGICO			SISTEMA EMPÍRICO				
Atributo	Dimensiones	Indicadores	Autores	Diseño del estudio TITULO	Valor Ponderado de la Evidencia	Hallazgos	Ítems
			USA 2007  Arslanian & Engoren. USA 2010  Welch & Cottrell. USA 2008	Sumativo  Sumativo	CLASE I: 98%  CLASE I: 94.2%	-Náuseas y vómito, indigestión  -Las náuseas: las mujeres tienen mayor probabilidad que el hombre de experimentar por medio de las náuseas. -Las mujeres tienen más posibilidad de presentar náuseas y vómito.	<i>-Cuando sentí las náuseas o los deseos de vomitar, decidí hacer:</i>
Síntomas	DOLOR	CALIDAD	Millán y Díaz Colombia 2009  Soto Morales Colombia 2007  Cortes Colombia 2007  Rincón et al. Colombia 2007	Cualitativo  Cualitativo  Cualitativo  Cualitativo  Cuantitativo	CLASE I: 98.1%  CLASE I: 92.5%  CLASE I: 93.3%  CLASE I: 96.5%  CLASE I: 82.9%	1. LOCALIZACION: -Dolor en la espalda y dolor en el cuello. -Dolor al lado derecho del pecho.  - 33% pecho. - 20% corazón. - 6.6% ulcera del pecho. -Estómago y esternón 33%.  -Tórax izquierdo, pecho y espalda, así: -53.2% en tórax superior izquierdo. -39.9% en abdomen superior. - 6.8% en múltiples zonas (antebrazo, cuello, mandíbula, escápula, hombro y tórax). -33% pecho. -20% corazón. - 6.6% ulcera del pecho, estómago y esternón. -33% tórax izquierdo  -En el pecho 80%, en región precordial (alta frecuencia) -Brazo izquierdo (8). -Cuello (4).	<i>-¿Cuándo los síntomas empezaron sentí dolor o molestia en alguna parte del cuerpo?  -El dolor o molestia se localizó específicamente en:  -El dolor o molestia se irradió o se me iba hacia:  -Este dolor o molestia mejoró con el reposo:  -Este dolor o molestia empeoró con la actividad:  -Cuando sentí los síntomas</i>

SISTEMA LÓGICO			SISTEMA EMPÍRICO				
Atributo	Dimensiones	Indicadores	Autores	Diseño del estudio TITULO	Valor Ponderado de la Evidencia	Hallazgos	Ítems
			Mackay et al. USA 2011	Cuantitativo	CLASE I: 86.5%	-Otros lugares poco usuales: hemitórax derecho (2). -Escápula izquierda y espalda alta. -Usualmente es en el tórax anterior pero la irradiación se hace frecuentemente en la escápula izquierda y a la mandíbula.	<i>pensé que eran causados por:</i>  <i>-Frente al síntoma decidí hacer:</i>
			Ravn et al. Sweden 2012	Cuantitativo	CLASE I: 97%	-Las mujeres reportaron con mayor frecuencia discomfort en la garganta y la mandíbula.	
			Racine et al. Part I Canada 2012	Cuantitativo	CLASE I: 80.9%	Dolor o del discomfort: -En el pecho 73Mujeres/76Hombres. -En el cuello 9Mujeres/8Hombres. -En los hombros: 21Mujeres/22Hombres. -En la espalda: 12Mujeres/6Hombres. -En el abdomen: 5 Mujeres/5 hombres.	
			O'Brien et al. USA 2009	Cuantitativo	CLASE I: 82.9%	-Hombres y mujeres tienen un umbral de detección comparable en el dolor por frío y DOLOR ISQUEMICO. -Fuerte evidencia: la mujer tolera menos la presión y el estímulo térmico: frío o caliente, la mujer tiene mayor respuesta al dolor,	
			Mackay et al. USA 2011	Cuantitativo	CLASE I: 82.8%		
			Mieres et al. USA 2011				



SISTEMA LÓGICO			SISTEMA EMPÍRICO				
Atributo	Dimensiones	Indicadores	Autores	Diseño del estudio TITULO	Valor Ponderado de la Evidencia	Hallazgos	Ítems
			Barclay & Lie. USA 2007	Sumativo	CLASE I: 100%	más que el hombre y siente más modalidades de dolor. -Anodinia y la hiperalgesia secundaria puede estar más pronunciada en la mujer.	
		Sumativo		CLASE I: 88.4%	-No hubo diferencia en la presentación de los síntomas en hombres y mujeres, ni en la expresión de los SCA. -En los más ancianos el dolor o discomfort precordial se reporta por el 83% de los casos. -Dolor en la mano izquierda: 34%.		
		Sumativo		CLASE I: 100%	-No se encontró estadísticamente significancia entre <b>Mujeres</b> y Hombres relativos a la frecuencia de los síntomas coronarios.		
		Sumativo		CLASE I: 94.2%	-Las Mujeres perciben el dolor y otras sensaciones más enfocadas en el cuello y áreas cercanas al tórax superior.		
			Shaw et al. USA 2006	Sumativo	CLASE I: 100%	-El dolor típico: fue ubicado como dolor en el tórax, provocado por esfuerzo.	
			Bailey et al. Part II USA 2006	Sumativo	CLASE I: 94.2%	-Dolor en el centro del pecho hacia el lado izquierdo (79.2%).	
				Sumativo	CLASE I: 94.2%	-Dolor en el cuello y mandíbula 11.1%. -Dolor angina en la noche 18.6%, la	

SISTEMA LÓGICO			SISTEMA EMPÍRICO				
Atributo	Dimensiones	Indicadores	Autores	Diseño del estudio TITULO	Valor Ponderado de la Evidencia	Hallazgos	Ítems
			Leuzzi. USA 2010	Sumativo	CLASE II: 62.9%	mujer en la noche siente menos angina.	
			Welch & Cottrell. USA 2008	Sumativo	CLASE I: 83%	-CONTRARIO A TODO: Una tercera parte de los estudios de cohorte muestran que 1:4 mujeres entrevistadas, con SCA no tenían dolor en el pecho o discomfort. La ausencia de dolor torácico o discomfort se reportó más frecuentemente en mujeres que en hombres.	
			Lerman & Sopko. USA 2006	Sumativo	CLASE I: 98%	-El 37% de las mujeres y el 27% de los hombres se presentaron sin dolor torácico y sin discomfort torácico. -Las mujeres tenían más probabilidad de experimentar dolor en la mitad de la espalda o en la parte alta.	
			Rincón Osorio Colombia 2008				
			Arslanian & Engoren. USA 2010	Sumativo	CLASE I: 97.2%	-Los síntomas diferenciadores de género asociados al SCA y que son característicos de la mujer son: dolor o discomfort torácico y dolor o discomfort en el brazo izquierdo. CONTRARIO A LO ANTERIOR: Las mujeres presentan más dolor torácico que los hombres por lo cual son evaluadas (4 millones de visitas de mujeres a los hospitales y 2.4 millones de visitas	
			Canto. USA 2007				

SISTEMA LÓGICO			SISTEMA EMPÍRICO				
Atributo	Dimensiones	Indicadores	Autores	Diseño del estudio TITULO	Valor Ponderado de la Evidencia	Hallazgos	Ítems
						<p>de los hombres con la misma sintomatología.</p> <p>-DEL MISMO MODO: La mujer con síntomas de EC, tiene de forma persistente y refractaria, dolor torácico, requiriendo por esta razón más hospitalizaciones que el hombre.</p> <p>-Las mujeres reportan más dolor en la mandíbula y cuello que los hombres.</p> <p>-La calidad del dolor la expresan como: un apuñalada, o muy agudo.</p> <p>-Las mujeres que presentan su SCA y no refieren dolor precordial, presentan más síntomas típicos y sus edades siempre son mayores que la población en general.</p> <p>DESENCADENANTE DEL SINTOMA: -El inicio de los síntomas y su relación con la actividad física, TIENE MAYOR RELEVANCIA CLÍNICA QUE SU LOCALIZACIÓN, ya que la mujer reporta síntomas ligados a la actividad diaria y estrés mental durante el ejercicio.</p> <p>-La actividad física, tiene doble vía de</p>	

SISTEMA LÓGICO			SISTEMA EMPÍRICO				
Atributo	Dimensiones	Indicadores	Autores	Diseño del estudio TITULO	Valor Ponderado de la Evidencia	Hallazgos	Ítems
						<p>acción: una como desencadenante de la sintomatología y otra como medidas para controlar el dolor.</p> <p>-Los síntomas más comunes del ataque cardiaco para Hombre y Mujeres identificados son: Dolor torácico o discomfort torácico.</p> <p>-El Hombre y la Mujer pueden reportar dolor en forma diferente, puesto que ellos han sido socializados para tener una respuesta diferente frente al dolor.</p> <p>-La evidencia conduce a asegurar que los Hombres y las Mujeres sienten igual dolor, pero el que menos habla del dolor es el hombre; el hombre cree que debe tolerar más dolor por ser hombre, pero ambos sexos son sensibles al dolor.</p> <p>-Muchos IAM pueden ser silenciosos. Los síntomas relacionados como relevantes en la mujer son:</p> <p>-malestar torácico, con discomfort en el centro del pecho.</p> <p>-A los pocos minutos se desaparece y vuelve a parecer.</p>	
			-Millán y Díaz	Cualitativo	CLASE I: 98.1%	2. CARACTERÍSTICA	-Este dolor o malestar

SISTEMA LÓGICO			SISTEMA EMPÍRICO				
Atributo	Dimensiones	Indicadores	Autores	Diseño del estudio TITULO	Valor Ponderado de la Evidencia	Hallazgos	Ítems
			Colombia 2009	Cualitativo	CLASE I: 95.4%	S DEL DOLOR: -Quemante, picada, opresivo.	<i>yo puedo decir que lo sentía como:</i>
			Tájer. Argentina 2005	Cualitativo	CLASE I: 96.5%	-Sensación quemante en el pecho. -Ardor.	<i>-En ese momento, sentí que los síntomas eran causados por:</i>
			-Rincón et al. Colombia 2007			-Sensación de opresión: 86.6% -El discomfort lo definen como DOLOR. -Como opresión. -Adormecimiento. -Sensación térmica. -Como una sensación de pesadez. -No es dolor, es una sensación de opresión, como un apretamiento interior. -Una opresión generada desde adentro y sensación generada desde afuera.	<i>-En ese momento, como respuesta a los síntomas decidí hacer:</i>
			Cortés Colombia 2007	Cualitativo	CLASE I: 93.3%	-Como dolor -Dolorcito (17.5%), subvaloración-subestimación del dolor.	
				Cuantitativo	CLASE I: 91.7%	-Dolor en el brazo. -Como ardor. -Ardiente. -Que ahorcaba. -Que reventaba.	
			Olson et al. USA 2003	Cuantitativo	CLASE I: 89.5%	-Dolor. -Dolorcito. -Que pincha como aguja. -Apretamiento -Peso encajado.	
			DeVon et al. USA 2011	Cuantitativo	CLASE I: 93.8%	- El síntoma como sensación de opresión (3%).  -El dolor torácico tiene importante	

SISTEMA LÓGICO			SISTEMA EMPÍRICO				
Atributo	Dimensiones	Indicadores	Autores	Diseño del estudio TITULO	Valor Ponderado de la Evidencia	Hallazgos	Ítems
			McSweeney et al. USA 2010	Sumativo	CLASE I: 98.4%	impacto en la salud de la mujer. -El discomfort torácico es tipo peso. -Quemante.	
			DeVon et al USA 2011	Cualitativo	CLASE I: 92.5%	-Los síntomas clásicos (reemplaza el concepto de típico) en la mayoría de los grupos experimentaron síntomas como: dolor torácico, debilidad, fatiga inusual y acortamiento de la respiración. En menor grado sudoración, náuseas y mareo.	
			Soto Morales Colombia 2007			SINTOMAS AGUDOS: (70-100%) de las mujeres. -Grupo 1: Acortamiento de la respiración solamente. -Grupo 2: Acortamiento de la respiración. -Grupo 3: Cansancio, fatiga inusual, acortamiento de la respiración, debilidad en los brazos, entumecimiento de las manos y dedos y mareo leve.	
			Rincón et al. Colombia 2007	Sumativo	CLASE I: 98%	-El dolor torácico o discomfort se reportó por el grupo de mujeres en un 80%. Solo como síntoma agudo.	
				Cualitativo	CLASE I: 93.3%		
				Cuantitativo	CLASE I: 82.8%		
				Cualitativo	CLASE I: 96.5%	-Sensación de presión. -Apretamiento. -Dolor intenso o	

SISTEMA LÓGICO			SISTEMA EMPÍRICO				
Atributo	Dimensiones	Indicadores	Autores	Diseño del estudio TITULO	Valor Ponderado de la Evidencia	Hallazgos	Ítems
			<p><b>Arslanian &amp; Engoren. USA 2010</b></p> <p><b>Cortes. Colombia 2007</b></p> <p><b>Mieres et al. USA 2011</b></p> <p><b>Rincón Osorio Colombia 2008</b></p>	<p><b>Cuantitativo</b></p> <p><b>Cuantitativo</b></p>	<p><b>CLASE I :80.9%</b></p> <p><b>CLASE I: 88.2%</b></p>	<p>solo dolor.</p> <p>3. SIMULTANEIDAD DE SINTOMAS: 2-6 síntomas la mayoría de componente respiratorio.</p> <p>-Sensación de palpitaciones.</p> <p>-Palpitación que oprime el pecho.</p> <p>-Desaliento en la pierna.</p> <p>-Cansancio</p> <p>-Dificultad para respirar.</p> <p>-Sensación de mareo y desaliento.</p> <p>-Escalofrío.</p> <p>-Temblor.</p> <p>-Dolor de cabeza.</p> <p>-Gran estado de angustia.</p> <p>-Poca o nula presencia de síntomas: náuseas y vómito, en las mujeres con EC.</p> <p>- Sensación punzante:</p> <p>-Picadita.</p> <p>-Pinchazo fuertísimo en el corazón.</p> <p>-Picadura durísima.</p> <p>-Como ola o proceso fluido.</p> <p>-Cascada de síntomas o secuencialidad de síntomas variados: torácicos, gastrointestinales y cefalea y son los determinantes de la intensificación del dolor.</p> <p>-Cefalea y dolor en el estómago o mandíbula.</p>	
			<p><b>O'Brien et al. USA 2009</b></p> <p><b>Young et al. Korea 2011</b></p>				

SISTEMA LÓGICO			SISTEMA EMPÍRICO				
Atributo	Dimensiones	Indicadores	Autores	Diseño del estudio TITULO	Valor Ponderado de la Evidencia	Hallazgos	Ítems
			DeVon et al. USA 2011	Cuantitativo	CLASE I: 89.5%	-Cascada de síntomas (25%). -Síntomas gastrointestinales (4%).	
			McSweeney et al. USA 2010	Cuantitativo	CLASE I: 93.8%	-Disnea y angina fueron reportadas en todas las mujeres  SENSACIONES O HECHOS DESENCADENADOS EN HILOS SINTOMÁTICOS EN ÁREAS IMPORTANTES DEL CUERPO: -Dolor en la mano, que sube por el brazo, luego en el pecho como opresión y ahogo. -Comienza como un dolor y un destemplamiento hacia el brazo y el corazón. EXPRESIONES NO CLASICAS: Alta relación con aspectos culturales. -“Destemplamiento. -Chapaleo. -Cortocircuito a nivel cerebral... no del corazón. -“Trató de darme mareo”.	
				Sumativo	CLASE I: 100%	-En los más ancianos se presentaron síntomas más atípicos.  PRESENCIA DE SINTOMAS PRODROMICOS: -El 53% de hombres y 54% de las mujeres experimentaron síntomas prodrómicos:	



SISTEMA LÓGICO			SISTEMA EMPÍRICO				
Atributo	Dimensiones	Indicadores	Autores	Diseño del estudio TITULO	Valor Ponderado de la Evidencia	Hallazgos	Ítems
			Bairey et al. part 2 USA 2006			<p>(angina o preinfarto y síntomas de isquemia cardiaca antes del evento propiamente dicho) en los 60 días previos al evento cardiovascular.</p> <p>-Estos síntomas prodrómicos más frecuentes son: el dolor en el pecho, en el epigastrio y en la espalda.</p> <p>- Otros síntomas frecuentes de pródromos en mujeres son: fatiga y cansancio.</p> <p>Son cinco grupos de síntomas prodrómicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dolor: en el pecho en el epigastrio, en los hombros, en el flanco o en la espalda.</li> <li>2. Gastrointestinal: indigestión, náuseas- vómito, diarrea-dolor abdominal</li> <li>3. Fatiga y debilidad general.</li> <li>4. la cabeza: dolor de cabeza y vértigo</li> <li>5. otros: acortamiento de la respiración, tos, esputo y escalofrío y taquicardia.</li> </ol> <p>-El 78% al 90% de las mujeres con IAM experimentan al menos un síntoma prodrómico, una vez al mes, diario, o varias veces en la semana, ANTES de sucederse el evento coronario.</p>	

SISTEMA LÓGICO			SISTEMA EMPÍRICO				
Atributo	Dimensiones	Indicadores	Autores	Diseño del estudio TITULO	Valor Ponderado de la Evidencia	Hallazgos	Ítems
						<p>-Durante el episodio agudo, rara vez una persona con SCA se presenta con un solo síntoma; el promedio de síntomas reportados está en un rango de 6.6 a 8.6 síntomas.</p> <p>-LOS SÍNTOMAS PRODRÓMICOS mayormente identificados por las mujeres, SON CLÚSTERS DE SINTOMAS. Cada síntoma clúster en la mujer incrementa la frecuencia e intensidad y severidad de los síntomas prodrómicos. Entre ellos están definidos por los grupos (70-100%).</p> <p>-Grupo 1: Asintomáticas: solo reportan mucho cansancio y fatiga inusual.</p> <p>-Grupo 2: Medio o sintomático: muy cansadas, fatiga inusual, disturbios en el sueño.</p> <p>Grupo 3: las más jóvenes y disestresor: Muy cansadas, fatiga inusual, disturbios en el sueño, ansiedad, acortamiento de la respiración, debilidad en las manos, manos pesadas y hormigueo.</p> <p>-En el IAM: 11 síntomas prodrómicos fueron valorados en la fase aguda del IAM. De</p>	

SISTEMA LÓGICO			SISTEMA EMPÍRICO				
Atributo	Dimensiones	Indicadores	Autores	Diseño del estudio TITULO	Valor Ponderado de la Evidencia	Hallazgos	Ítems
						<p>estos 11 síntomas, 8 fueron reportados por el 50% de las mujeres tanto prodromales como agudos.</p> <p>DEBILIDAD EN LAS MANOS Y PESADEZ tenían más del 65% de los acuerdos.</p> <p>-El dolor torácico o discomfort no se reportó como prodrómico sino como agudo en el IAM.</p> <p>-Las mujeres con episodio de muerte súbita cardiaca, presenta síntomas atípicos: fatiga, acortamiento de la respiración y dolor torácico atípico.</p>	
		ANGUSTIA	<p>Millán y Díaz Colombia 2009</p> <p>Cortés. Colombia 2007</p> <p>Olson et al. USA 2003</p>	<p>Cualitativo</p> <p>Cualitativo</p> <p>Cuantitativo</p>	<p>CLASE I: 98.1%</p> <p>CLASE I: 93.3%</p> <p>CLASE I: 91.7%</p>	<p>-Angustia.</p> <p>-19 casos (55%) expresan mayores niveles de angustia.</p> <p>- 35% casos: presentaron pensamientos relativos a la muerte. -El 10% incomprensión de los síntomas.</p> <p>- Relacionan la emoción y el estrés físico.</p> <p><b>-Gran compromiso del Ser (49%).</b></p> <p><b>- Desconexión del proceso vital (2%).</b></p> <p>-El número y severidad de los síntomas inversamente es un predictor independiente del nivel de salud R/C calidad de vida en</p>	<p><i>-El nivel de angustia que sentí con este dolor fue:</i></p>

SISTEMA LÓGICO			SISTEMA EMPÍRICO				
Atributo	Dimensiones	Indicadores	Autores	Diseño del estudio TITULO	Valor Ponderado de la Evidencia	Hallazgos	Ítems
			Mieres et al. USA 2011	Cuantitativo	CLASE I: 82.8%	<p>las mujeres. Por tanto el estudio sugiere que los síntomas de dolor torácico son primariamente determinantes de la calidad de vida de las mujeres comparado a las principales causas de los síntomas.</p> <p>-Los síntomas de dolor torácico en la mujer por si mismos más que la EC son el determinante principal de su salud y calidad de vida.</p> <p>-El empobrecimiento de la capacidad funcional o capacidad de la mujer en realizar sus tareas domésticas, allí es donde radica su nivel de salud relacionado con la calidad de vida.</p> <p>-Estudios reportaron más síntomas en personas que no tenían EC significativa sin tener en cuenta la edad ni el género. P. 1512.</p> <p>-Estrés relacionado con el dolor 70%.</p>	
		DURACION	Rincón et al. Colombia 2007	Cualitativo	CLASE I: 96.5%	<p>- Dolor continuo, o a ratos.</p> <p>- 46% menos de una hora.</p> <p>- 20% lapsos de 1 hora a un día.</p> <p>-13.3% permanente o sea más de 8 días.</p> <p>- 40% presentaron un lapso de 1 mes a 1 año.</p>	<p><i>-El tiempo que duro el dolor o la molestia fue aproximadamente de:</i></p> <p><i>-El tiempo que tome para</i></p>
			Cortés.	Cualitativo	CLASE I: 93.3%		

SISTEMA LÓGICO			SISTEMA EMPÍRICO				
Atributo	Dimensiones	Indicadores	Autores	Diseño del estudio TITULO	Valor Ponderado de la Evidencia	Hallazgos	Ítems
			Colombia 2007			- 33.5% más de un año.	<i>decidir ir a consulta médica fue de:</i>
			Olson et al. USA 2003	Cuantitativo	CLASE I: 91.7%	-Duración en tiempo: <30 minutos el 40% de los casos. -Entre 30 min.- 1 hora, entre 1-6 horas y más de 6 horas: el 60% de los casos. -El 46.6% de recién inicio los síntomas: agudos. -El 36% hace 1 mes. - y el 10% hace 2 meses.	
			Mieres et al. USA 2011	Cuantitativo	CLASE I: 82.8%	Duración de la sensación en el tiempo: -Menos de un minuto -De 1 a 5 minutos -De 5 a 15 minutos -De 15 a 30 minutos -Y más de 60 minutos.  -El 60% de las mujeres frecuentemente reportan episodios de dolor torácico, entre 1 a 3 veces por semana. -Frecuencia del dolor torácico: menos de una semana: 70.9%. -De 1-3 veces por mes 39.1%. -De 1-3 veces por semana 31.8%. -Casi a diario 9%. -De 1-3 veces al día 4.7%. -Más de 4 veces al día 2.7% -Y angina de reciente inicio 6.5%.	

SISTEMA LÓGICO			SISTEMA EMPÍRICO				
Atributo	Dimensiones	Indicadores	Autores	Diseño del estudio TITULO	Valor Ponderado de la Evidencia	Hallazgos	Ítems
		INTENSIDAD	Cortés. Colombia 2007	Cualitativo	CLASE I: 93.3%	-Fuerte. -Terrible. -Tremendo. -Muy duro - Agudo. -Cruel. - Extenso. -Horrible. - 93.4% intenso. -y el 6.6% moderado. - Como un proceso creciente (2.8%), - Subvaloración de la gran sensación (3%)	<i>-Sentí que la intensidad del dolor o malestar era:</i>
			Millán y Díaz Colombia 2009	Cualitativo	CLASE I: 98.1%	-Variabilidad en la expresión del dolor: dolor, dolorcito, procesos ascendentes y descendentes.	
			Olson et al. USA 2003	Cualitativo	CLASE I: 91.7%	-Tolerable que no necesita alivio. -No tolerable no aliviado por medidas usuales.	
		AFRONTAMIENTO	Cortés. Colombia 2007	Cualitativo	CLASE I: 93.3%	-Necesidad de pedir ayuda. -Resignación a la situación: creencia religiosa. -Vínculo o conexión entre las manifestaciones y el afrontamiento (3%),	<i>-Cuando sentí el dolor o molestia decidí hacer:</i>
			Rincón et al. Colombia 2007	Cualitativo	CLASE I: 96.5%	Tiempo esperado para pedir ayuda: - 53.3% no piden ayuda por estar solas, no contaba con nadie. -Sí se reagudizaban los síntomas buscaban a alguien. -No deseaba molestar, porque era una molestia boba.	
			Soto	Cualitativo	CLASE I: 92.5%	- Otras esperaron hasta 12 horas o en la noche para	

SISTEMA LÓGICO			SISTEMA EMPÍRICO				
Atributo	Dimensiones	Indicadores	Autores	Diseño del estudio TITULO	Valor Ponderado de la Evidencia	Hallazgos	Ítems
			Morales Colombia 2007	Cuantitativo	CLASE I: 82.8%	hablar del dolor. -Cambios en la intensidad de la actividad física. -Informando a los allegados.	
			Mieres et al. USA 2011	Cuantitativo	CLASE I: 88.2%	-Consumo de medicamentos. -Consultando al personal de salud. -Conviven con el síntoma.  -La mayoría aprende a convivir con los síntomas (cronicidad). -Instauran manejos caseros para aliviar el dolor.	
			Young et al. Korea 2011	Cuantitativo	CLASE I: 82.8%	-Mujer: expone un menor funcionamiento físico en presencia de frecuentes y significativos episodios de dolor torácico. -La mayoría de las mujeres (79%) reportó moderados a pesados niveles de actividad física en casa.	
			Mieres et al. USA 2011			-Estas mujeres tuvieron más frecuentemente episodios diarios de dolor torácico. -El 70% de las mujeres notan resolución del dolor con el descanso/reposo. (Signo típico de angina pectoris).  Las pacientes que tuvieron síntomas prodrómicos: -No le dieron valor a los síntomas. -No los reconocieron.	

SISTEMA LÓGICO			SISTEMA EMPÍRICO				
Atributo	Dimensiones	Indicadores	Autores	Diseño del estudio TITULO	Valor Ponderado de la Evidencia	Hallazgos	Ítems
						<p>-Por lo tanto consultaron en forma tardía: solo el 40% visito el hospital orientado por sus síntomas prodromicos.</p> <p>-El 70% de las mujeres notan resolución del dolor con el descanso: (angina pectoris típica).</p>	
Síntomas	OTROS SINTOMAS MENORES	CALIDAD	<p>Cortés. Colombia 2007</p> <p>Ravn et al. Sweden 2012</p> <p>O'Brien et al. USA 2009</p> <p>Olson et al. USA 2003</p>	<p>Cualitativo</p> <p>Cuantitativo</p> <p>Cuantitativo</p> <p>Cuantitativo</p>	<p>CLASE I: 93.3%</p> <p>CLASE I: 86.5%</p> <p>CLASE I: 80.9%</p> <p>CLASE I: 91.7%</p>	<p>-Sudoración. Decaimiento.</p> <p>-Asfixia.</p> <p>-Fatiga.</p> <p>-Frialdad.</p> <p>-Fiebre.</p> <p>-Vomito: 95% casos.</p> <p>-Mareo: 55% casos.</p> <p>-Dolor de cabeza (53%) de los casos.</p> <p>-Sudor frio: 16M/25H.</p> <p>-Vértigo: 9M/8H.</p> <p>-Síncope: 4M/6H.</p> <p>-Arritmia 4/4.</p> <p>-Muerte súbita cardiaca: 06/08.</p> <p>-Shock cardiogénico: 0.3M/08H. p.141</p> <p>-Sudoración 39.5% de los casos.</p> <p>-Alteraciones gástricas: 29 %,</p> <p>-Ningún tipo de estos síntomas: 19%. p.S27.</p> <p>-Dolor abdominal.</p> <p>-Sensación de malestar en la boca del estómago/indigestión.</p> <p>-Percepción de problemas estomacales.</p> <p>-Dolor en los brazos</p>	<p>¿Ese día sentí otros síntomas menos intensos que los anteriores ?</p> <p>-Los síntomas menos intensos fueron:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. sudoración o sudor frio.</li> <li>2. vómito.</li> <li>3. Mareo o vértigo</li> <li>4. Dolor de cabeza.</li> <li>5. Alteraciones gástricas: indigestión o malestar en la boca del estómago</li> <li>6. Frialdad.</li> <li>7. Dolor abdominal.</li> <li>8. Tos.</li> <li>9. Palpitacio</li> </ol>



SISTEMA LÓGICO			SISTEMA EMPÍRICO				
Atributo	Dimensiones	Indicadores	Autores	Diseño del estudio TITULO	Valor Ponderado de la Evidencia	Hallazgos	Ítems
			<p>Barclay &amp; Lie. USA 2007</p> <p>Shaw et al. Part 1. USA 2006</p> <p>Canto et al. USA 2007</p>	<p>Sumativo</p> <p>Sumativo</p> <p>Sumativo</p>	<p>CLASE I: 100%</p> <p>CLASE I: 88.4%</p> <p>CLASE I: 97.2%</p>	<p>y en el hombro.</p> <p>-Sensación de muerte inminente.</p> <p>-Dolor en la espalda.</p> <p>-Dolor en la mandíbula.</p> <p>-Tos.</p> <p>-Mareo.</p> <p>-Dolor de cabeza.</p> <p>-Dolor en la mandíbula.</p> <p>-Desmayos.</p> <p>-Dolor en el cuello.</p> <p>-Palpitaciones o frecuencia cardiaca rápida.</p> <p>-Sudor. p. 1512-151.</p> <p>-Tos.</p> <p>-Vértigo</p> <p>- y palpitaciones.</p> <p>-Diaforesis.</p> <p>-Sensación de frío o calor que acompaña al dolor torácico, náuseas.</p>	<p><i>nes.</i></p> <p><i>10. Dolor en el cuello o en la mandíbula .</i></p> <p><i>-Cuando sentí estos síntomas o molestias, lo que hice fue:</i></p> <p><i>-El tiempo que tome para buscar atención médica por este síntoma fue de:</i></p> <p><b>Sobre síntomas prodrómicos:</b></p> <p><i>-Recuerdo que tuve síntomas previos al momento más difícil y fueron:</i></p> <p><i>-Creí que la causa de estos síntomas previos al evento cardiaco era:</i></p> <p><i>-Frente a estos síntomas, decidí hacer:</i></p>
Síntomas	TRISTEZA	CALIDAD	Millán y Díaz	Cualitativo	CLASE I: 98.1%	-Expresiones relacionadas con el	-Puedo decir que

SISTEMA LÓGICO			SISTEMA EMPÍRICO				
Atributo	Dimensiones	Indicadores	Autores	Diseño del estudio TITULO	Valor Ponderado de la Evidencia	Hallazgos	Ítems
			Colombia 2009  Soto Morales Colombia 2007  Tájer. Argentina 2005	Cualitativo  Cualitativo	CLASE I: 92.5%  CLASE I: 95.4%	Ser Supremo. -Percepción alterada del estado de salud.  -Dependencia de terceros. -Piel yerta, fría como una paleta. -Nervios y dentadura destemplada.  -Cansancio en la mayoría y manifiestan cambios a partir del episodio isquémico. -Sensación de fragilidad del cuerpo. -Reproducen el riesgo de quebrarse (rigidez) lo cual representa la presencia de psiquismo en el discurso.	<i>he sentido tristeza o falta de ánimo en el tiempo cercano al evento cardíaco.</i>  <i>-Vengo sintiendo que algo en mi corazón no está bien.</i> <i>-Siento desanimo o que mi estado de ánimo está bajo.</i> <i>-Lo que vengo haciendo desde que siento desamino o tristeza es:</i>
Síntomas	DEPRESION	CALIDAD	Tobo. Colombia 2010  Millán y Díaz Colombia 2009	Cualitativo  Cualitativo  Cualitativo	CLASE I: 86.3%  CLASE I: 98.1%  CLASE I: 95.4%	-La característica: Dominante-infalible y Auto-represión-Rigidez moral, generan culpa, incapacidad. -El control excesivo y autocontrol de las emociones generan: falta de motivación, apatía y depresión. -La auto-represión se correlacionó con sentimientos de inferioridad, miedo al descontrol, temor a la vida, timidez y sentimientos de incapacidad ocasional. (TOBO MEDINA Natalia y CANAVAL ERAZO Gladys Eugenia). p.31	<i>-¿He sentido síntomas depresivos por alguna razón, antes de presentar el evento cardíaco?</i>  <i>-Siento poca motivación y poca energía para hacer las actividades de mi vida diaria.</i>  <i>-Siento</i>

SISTEMA LÓGICO			SISTEMA EMPÍRICO				
Atributo	Dimensiones	Indicadores	Autores	Diseño del estudio TITULO	Valor Ponderado de la Evidencia	Hallazgos	Ítems
			Tájer. Argentina 2005	Cuantitativo	CLASE I: 91.7%	-Miedo a la muerte. -Pérdida de la percepción del tiempo. -Dificultad para comunicarse y expresarse. -Incapacidad para movilizarse.	<i>que he perdido la esperanza y el placer por las cosas que antes hacía.</i>
			Olson et al. USA 2003	Cuantitativo	CLASE I: 94.9%	-Miedo a la muerte. -Pedirle a Dios que no la deje morir. -Sentimientos de Incapacidad.  -Los desórdenes de ansiedad, se asociaron a baja probabilidad de EC obstructiva (Rutledge et al. 2001), confirmando de nuevo una asociación negativa entre los atributos psicológicos y los síntomas de EC en esta población. P. 1513.	<i>-Siento cambios de humor últimamente.  -Me siento insatisfecho ha con la vida que llevo en casa.  -Me siento insatisfecho ha con la vida que llevo en el trabajo.</i>
			D'Antonio et al. Canada 2006	Sumativo	CLASE I: 100%	-Relacionado con la depresión medida a través de instrumento demuestra la existencia y severidad de los síntomas depresivos tanto en adultos como en adolescentes. Pudiéndose describir para la valoración los siguientes: -Satisfacción con la vida.	<i>-Siento que mi familia estaría mejor si me muriera.  -He perdido el interés por los demás y poco me importan sus vidas.</i>
			Bairey Part 2. USA 2006	Sumativo	CLASE I: 100%	-Cambios en el humor. -Relaciones con otros. -Nivel de autoestima.	<i>-Estoy preocupado a porque me siento más vieja y desmejorada.</i>
			Barclay & Lie. USA 2007	Sumativos	CLASE I: 100%	-Alteraciones del	<i>-Me canso</i>
			Shaw et al.				

SISTEMA LÓGICO			SISTEMA EMPÍRICO				
Atributo	Dimensiones	Indicadores	Autores	Diseño del estudio TITULO	Valor Ponderado de la Evidencia	Hallazgos	Ítems
			USA 2006  Vaccarino et al. USA 2011			<p>apetito, sueño y libido. p. 1512-1513.</p> <p>-Los síntomas psicosociales medidos, demuestran que las emociones tipo: depresión y deterioro cognitivo, la habrían experimentado desde hacía una semana del EC. P.814-815.</p> <p>- La mujer con síntomas de EC, tiene de forma persistente y refractaria, dolor torácico, pero menos bienestar dador por los reportes de ansiedad o síntomas depresivos asociados a este desorden, que limitan y deterioran su calidad de vida.</p> <p>- Se encontró en estas mujeres con EC bajo apetito, debilidad y fatiga.</p> <p>-Según el WISE 1 de 4 mujeres con enfermedad coronaria isquémica, reportan previo al tratamiento: síntomas depresivos.</p> <p>-Según el estudio INTERHEART la exposición a factores de riesgo psicosocial, entre los que se incluye LA DEPRESIÓN es</p>	<p><i>más fácilmente que antes</i></p> <p><i>-Desde que me siento deprimida, vengo haciendo:</i></p>

SISTEMA LÓGICO			SISTEMA EMPÍRICO				
Atributo	Dimensiones	Indicadores	Autores	Diseño del estudio TITULO	Valor Ponderado de la Evidencia	Hallazgos	Ítems
						<p>una fuente importante de exposición para la mujer tanto en la casa como en el trabajo. Y se asociado con grados de significancia a eventos: IAM en hombres significancia de 3.5 y en mujeres de 9.0.</p> <p>-La depresión es más prevalente en mujeres que en hombres.</p> <p>Representa el 40% en mujeres jóvenes con IAM, la cual se encuentra ligada al empobrecimiento de la calidad de vida y de su estado de salud.</p>	
Síntomas	IRA/ HOSTILIDAD AD	CALIDAD	Tajer. Argentina 2005	Cualitativo	CLASE I: 95.4%	<p>-Dificultad para pedir ayuda (estratos bajos).</p> <p>-Omnipresencia, se sienten únicas y las mejores, se cargan con todo, trabajan como varones, adictas al trabajo, tiene agenda completa y hacen poco uso del tiempo libre (Estratos altos).</p> <p>-Se enojan con facilidad y frecuentemente (Reacción narcisista, en ambos estratos), típico en las personas con afecciones cardiacas.</p> <p>-La hostilidad es menor en estratos bajos (se tragan el malestar y explotan).</p>	<p><b>Rasgos ira hostilidad:</b> <b>Casa</b> <i>-Siento que el ambiente en mi casa es agresivo u hostil.</i></p> <p><i>-He tenido rabia y descargas explosivas en mi casa.</i></p> <p><i>-Cuando tengo rabia o ira en la casa: exploto, callo, busco ayuda.</i></p> <p><i>-Creo que la ira es la</i></p>

SISTEMA LÓGICO			SISTEMA EMPÍRICO				
Atributo	Dimensiones	Indicadores	Autores	Diseño del estudio TITULO	Valor Ponderado de la Evidencia	Hallazgos	Ítems
			Wang et al. USA 2007	Cuantitativo	CLASE I: 93.5%	-Descargas explosivas de Hostilidad (estratos altos). -Tendencia a evitar el conflicto (estrato bajo). -Tendencia a ponerle el pecho a todo (idealizar la imagen omnipotente, los estratos altos). <b>-Relativo al ejercicio de la sexualidad:</b> El sector más bajo no reconoce valor a lo erótico, se definen como "frías" con poco interés en los sexual, y se consideran receptáculos de la sexualidad de sus maridos. -El sector más alto solo ejerce la sexualidad con el propósito reproductivo, aunque señalan que la sexualidad es muy importante en sus vidas, sienten que están menos atractivas y no responden como antes.	<i>razón que me generó los síntomas cardiacos. Esposo/pareja</i>
			DÁntono et al. Canada 2006	Cuantitativo	CLASE I: 94.9%		<i>-Siento que mi pareja es hostil o agresivo conmigo.</i>
			Vaccarino et al. USA 2011	Sumativo	CLASE I: 100%		<i>-Mi pareja me genera sentimientos de rabia y agresividad. -He sentido rabia con él en los últimos tiempos: horas, días, semanas. -Cuando siento rabia o ira con él: Trabajo -Siento que el ambiente en mi trabajo es HOSTIL Y AGRESIVO. -He tenido descargas explosivas en mi trabajo Cuando tengo rabia o ira</i>
						- El Estrés marital ha sido relacionado con HOSTILIDAD entre hombres pero no en mujeres, mientras que la reactividad en la mujer fue provocada por UNA RESPUESTA HOSTIL DE LOS MARIDOS hacia ellas. - Los síntomas	

SISTEMA LÓGICO			SISTEMA EMPÍRICO				
Atributo	Dimensiones	Indicadores	Autores	Diseño del estudio TITULO	Valor Ponderado de la Evidencia	Hallazgos	Ítems
						<p>psicosociales medidos evidenciaron que estas emociones tipo: Rabia y deterioro cognitivo, la habrían experimentado desde hacía una semana del EC. P.814-815.</p> <p>-El estrés agudo: LA RABIA AGUDA, LOS CAMBIOS REPENTINOS EN EL HUMOR y las emociones extremas, pueden inducir de hecho CARDIOMIOPATIA DE TAKOTSUBO y es exclusivamente encontrada en las mujeres.</p>	<p><i>en el trabajo: exploto, callo, busco ayuda.</i></p> <p><i>-Creo que tanto mi casa como el ambiente de trabajo me producen rabia u hostilidad.</i></p> <p><i>-Siento que no tengo apoyo familiar o laboral.</i></p>
Síntomas	DISTRES	CALIDAD	<p>Tobo. Colombia 2010</p> <p>Rincón et al. Colombia 2007</p> <p>Soto Morales Colombia 2007</p> <p>Mieres et al. USA 2011</p> <p>Wang et al. USA 2007</p>	<p>Cualitativo</p> <p>Cualitativo</p> <p>Cualitativo</p> <p>Cuantitativo</p> <p>Cuantitativo</p>	<p>CLASE I: 86.3%</p> <p>CLASE I: 96.5%</p> <p>CLASE I: 92.5%</p> <p>CLASE I: 82.8%</p> <p>CLASE I: 93.5%</p>	<p>-El estrés puede generar respuestas fisiológicas negativas, serios problemas cardiacos e IAM.</p> <p>-El estrés no tiene peso en el establecimiento de la sintomatología, diferente a lo que se encuentra en la literatura.</p> <p>-La tensión psicológica: el estrés emocional usualmente se relaciona con problemas familiares no resueltos y la actividad.</p> <p>-El estrés por la carencia de empleo se reportó en el 40% de los casos.</p> <p>-El estrés fue el</p>	<p><i>¿He sentido altos niveles de estrés por alguna razón, antes del evento cardíaco?</i></p> <p><i>-Siento que el ambiente en mi casa es estresante .</i></p> <p><i>-La relación con mi pareja me genera estrés y reactivada.</i></p> <p><i>-Siento que el</i></p>

SISTEMA LÓGICO			SISTEMA EMPÍRICO				
Atributo	Dimensiones	Indicadores	Autores	Diseño del estudio TITULO	Valor Ponderado de la Evidencia	Hallazgos	Ítems
			Vaccarino et al. USA 2011	Sumativo	CLASE I: 100%	estímulo que provoca el dolor en la mayoría de las mujeres (69%).  ESTRÉS MARITAL: El estudio demostró que el estrés marital, acelera en forma severa la progresión de la enfermedad coronaria subyacente; el déficit de soporte social percibido, incrementa el riesgo de nuevos/recurrentes IAM y acelera la enfermedad coronaria. -El conflicto marital genera estrés e incremento de la reactividad cardiovascular. ESTRÉS LABORAL: El estrés provocado por el sitio de labor, se asoció a progresión de la enfermedad coronaria, ya que los ambientes deletéreos para la salud, causan estrés psicosocial que influyen la progresión de la aterosclerosis y se asocian con elevado riesgo de episodios coronarios en la mujer. COMBINACION ESTRÉS LABORAL Y ESTRÉS MARITAL: la mujer con esta doble exposición tiene una acelerada progresión de la enfermedad	<i>ambiente en mi trabajo es estresante</i>
			DÁntono	Sumativo	CLASE II: 69.2%		



SISTEMA LÓGICO			SISTEMA EMPÍRICO				
Atributo	Dimensiones	Indicadores	Autores	Diseño del estudio TITULO	Valor Ponderado de la Evidencia	Hallazgos	Ítems
			<p>et al. Canada 2006</p> <p>Lerman &amp; Sopko. USA 2006</p>			<p>coronaria. Es conocida que las emociones estresoras, precipitan IAM tanto en hombres como mujeres. p. 252-253.</p> <p>-Distrés emocional crónico, el estrés marital y la exposición a situaciones adversas tempranas en la vida, son en realidad riesgosas para la salud cardiovascular.</p> <p>-Estudios escandinavos demostraron por angiografía coronaria, que el ESTRÉS MARITAL genera eventos coronarios y proliferación aterosclerótica en las coronarias,</p> <p>-CASO CONTRARIO, demostró que la satisfacción marital, está ligada con menor tasa de esclerosis coronaria medida por ultrasonido y menor rapidez en la progresión de la aterosclerosis carotídea.</p> <p>-El estrés psicológico: el trauma, el maltrato infantil, es un factor de riesgo emergente para enfermedad cardiovascular y es más comúnmente encontrado en las mujeres que en</p>	

SISTEMA LÓGICO			SISTEMA EMPÍRICO				
Atributo	Dimensiones	Indicadores	Autores	Diseño del estudio TITULO	Valor Ponderado de la Evidencia	Hallazgos	Ítems
						<p>hombres.</p> <p>-Dentro de los síntomas psicosociales: las emociones tipo ansiedad y deterioro cognitivo, las mujeres las habrían experimentado desde hacía una semana del EC. P.814-815.</p> <p>-Situaciones de orden social estresantes y la respuesta al estrés mental puede ser más alta en la mujer que en el hombre.</p>	
		<b>DISTRÉS</b>	<b>Smith and Blumenthal. España 2011</b>	<b>Sumativo</b>	<b>CLASE I: 100%</b>	<p>-Los factores psicosociales y conductuales, incluidos el estado de ánimo (depresión, ansiedad, enojo y estrés), se asocian tanto al desarrollo como a la progresión de enfermedad cardiovascular y a eventos cardiovasculares recurrentes.</p>	<b>-Estar bajo estrés en forma permanente genera angustia:</b>

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

**CONVENCIONES:** Color azul (azul): Pieza investigativa con alto nivel de ponderación para la investigación, cuyas evidencias empíricas son las orientadoras principales de los ítems del instrumento y que se ubicaron con porcentajes entre el 90 y 100% de ponderación.

**TOTAL ESTUDIOS CUALITATIVOS:** 6 (Enfermería 5, Psicología: 1)

**TOTAL ESTUDIOS CUANTITATIVOS:** 12 (Medicina: 10, Enfermería: 2, Psicología: 0)

**TOTAL ESTUDIOS SUMATIVOS:** 12 (Medicina: 10, Enfermería: 2, Psicología: 0)

**TOTAL PIEZAS INVESTIGATIVAS:** 30 ESTUDIOS.

Posterior a esta fase del moldeamiento psicométrico, basada en la arquitectura Teórica – Empírica y Metodológica, se consolida la malla de ítems que dan origen al Instrumento inicial para la Valoración de los Síntomas en la Mujer con Enfermedad Coronaria: ***INSTRUMENT FOR EVALUATING SYMPTOMS OF CORONARY DISEASE IN WOMEN, WSCD I*** (Anexo 27).

## 4.5 Validaciones

El término validez se acuña como el concepto referido a la capacidad de un instrumento para medir aquello para lo que ha sido diseñado, denotando el grado en el que el instrumento propuesto contiene los ítems representativos de todas las dimensiones que forman la definición del concepto planteado en el estudio<sup>746</sup>.

### 4.5.1 Validez Facial o aparente.

Es un complemento a la validación de contenido, es referido al aspecto o apariencia para el uso; en este sentido el instrumento debe parecer a las personas evaluadoras, adecuado para medir lo que se pretende medir<sup>747</sup>. En general todos realizan esta validación, por lo general el aporte mayor lo hacen personas externas al investigador, entre ellas son los expertos y la población problema, aportando importantes contribuciones, en el orden de lo semántico y sintáctico.

Como primera medida, en esta investigación la validez facial inicia su construcción desde el inicio del proyecto, donde existe el propósito claro de conservar la atención focalizada en la obtención y manejo óptimo de las evidencias de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria, para que los pilares de la medición puedan dar cuenta de los criterios empíricos de la misma.

Como segunda disposición, la validez facial sigue a la evaluación del instrumento diseñado por parte de un grupo de jueces expertos, basados en su experiencia y en las teorías aceptadas sobre el tema, quienes conceptuarán si la medición refleja de manera plausible los atributos en cuestión<sup>748</sup>. Para realizar la validez facial por parte de los expertos seleccionados, se hace el análisis cualitativo tanto de la claridad y comprensión de los ítems, como también del instrumento en general.

### 4.5.2 Procedimiento utilizado en la Validación Facial: Prueba Piloto.

Relativo a los procedimientos desarrollados en cada una de las fases de la investigación, esta es uno de los procesos de mayor sensibilidad, dado por el abordaje a población

---

<sup>746</sup> SANCHEZ SANCHEZ, Juan Antonio et al. Op. cit., p. 575.

<sup>747</sup> *Ibíd.*, p. 575.

<sup>748</sup> AGUIRRE, DC. Op. cit., p.12.

vulnerable, requiriendo entonces, el demostrar la prístina aplicación de los principios éticos, enunciados en el marco de diseño.

En este aparte se incluyen las explicaciones en torno a quién, dónde y cómo fueron recogidos los datos, el procedimiento que se desarrollo intrainstitucional para la obtención del Aval ético y el consentimiento informado por parte del grupo de mujeres que cumplieron los criterios de inclusión, quienes aplicaron para la prueba piloto; de tal forma que el investigador deja constancia a través de este procedimiento no solo su integridad ética, sino el cumplimiento del compromiso de la Universidad Nacional de Colombia en generar investigación humanizante; al respecto, se enumeraran las etapas recorridas, brindando las aclaraciones pertinentes:

**-Etapa 1:** Realización visita al Centro Hospitalario Clínica San Marcel, Centro Cardiovascular, en donde se exponen a los Directivos (Director Científico y Líderes en calidad), los aspectos centrales del proyecto y se solicita el aval para la realización de la validación facial con población objeto, dejando en forma escrita la solicitud. (Ver Anexo 2). Se espera hasta obtener el VoBo de la institución.

**-Etapa 2:** Diseño de los formatos necesarios para el cumplimiento de los aspectos éticos para la investigación en el espacio institucional (Anexo 18). Guía de información para el participante en la validación del instrumento: Síntomas en la Mujer con Enfermedad Coronaria, (Anexo 19). Guía de procedimiento institucional para la recolección de la información, (Anexo 20). Plan psicoterapéutico de preparación para la validación del instrumento: “Valoración de los síntomas en la Mujer con Enfermedad Coronaria, (Anexo 21). Consentimiento informado escrito, para participar en la validación del instrumento, (Anexo 22). Guía de primeros auxilios psicológicos en situaciones de crisis emocional y se envían a la institución comunicación escrita, respaldada con las fechas programadas para la realización de la validación y los criterios de inclusión/exclusión de dicha población, obteniendo el aval por parte de los directivos.

**-Etapa 3:** Construcción del Instrumento inicial para la Valoración de los Síntomas en la Mujer con Enfermedad Coronaria WOMEN’S SYMPTOMS WITH CORONARY DISEASE SCORE: WSCD SCORE (Anexo 27).

**-Etapa 4:** Diseño y Realización de la Planilla de validación por población objeto Anexo 24. Formato tipo Autoinforme, heteroaplicado, en escala tipo Likert, para ser utilizado en la valoración de mujeres mayores de 45 años con síntomas de enfermedad coronaria y diligenciado en un tiempo promedio de 45 minutos.

**El diseño de este tipo de instrumento metodológicamente se sustenta** en el valor que tiene el autoinforme, útil para explorar la conducta humana y las situaciones en que estas se suceden; este tipo de instrumento coloca a la persona o informante en el centro de las indagaciones de su subjetividad, aporta datos valiosos de naturaleza no solo cognitiva, sino funcional y fisiológica; la información obtenida permite al sujeto conectarse directamente con la experiencia de su cuerpo y sus conductas; permitiendo ingresar al mundo de los síntomas o entidades subjetivas, por medio de ítems que poseen las características más cercanas al atributo. Heteroaplicado permite al profesional, acompañar, informar y educar sobre sus síntomas; aspecto muy importante en población de mujeres con enfermedad coronaria, quienes en estudios posteriores, demuestran tener limitaciones en la interpretación de sus síntomas cardiovasculares.

Para proveer mayor objetividad durante el desarrollo de la prueba, se hace necesario generar una motivación suficiente, la cual permite no solo ambientar la prueba, sino obtener como remanentes: medidas educativas y aclaraciones necesarias para el entendimiento del fenómeno sintomático. Más que valorar el puntaje total, la importancia de los ítems radica en el análisis de cada respuesta y el acompañamiento del Profesional de Enfermería, representa mayor posibilidad de fortalecer la comunicación verbal y no verbal y brindar una presencia de enfermería necesaria para mitigar las ausencias que aquejan a las personas en el sistema actual. Por demás, un test en escala tipo Likert, con propiedades de intervalo, favorece un análisis estadístico mas completo, más aún cuando se usa el modelo politómico de respuesta graduada, permitiendo un rango lo mas cercano a la realidad, con espacio para que la mujer complete el tiempo real de la experiencia; el modelo dicotómico, solo se usó para ingresar o no en el síntoma y poder explorarlo o descartarlo sin dilataciones en el tiempo.

**-Etapa 5:** Determinación de los criterios de inclusión para la población objeto, participante en la validación facial.

**-Etapa 6:** Selección del Grupo Asesor responsable de la validación: Psicólogo Asesor voluntario, perteneciente al Centro de estudios Psicométricos de la Universidad de Manizales y Auxiliar de Investigación; preparación y entrenamiento en el cumplimiento de requisitos para el ingreso institucional, como también en la aplicación del instrumento. Se instruye en el diligenciamiento de los formatos necesarios para la validación: El proceso de preparación y afinamiento duró una semana, a cargo del equipo investigativo conformado por: el Asesor en Psicometría, un Psicólogo Asesor y la Investigadora.

**-Etapa 7:** Carnetización al investigador, el Psicólogo Asesor y el Auxiliares de Investigación, para el ingreso al centro hospitalario donde se realizó la validación facial; luego se procedió a ejecutar la visita formal previamente autorizada por los directivos de la clínica a cada uno de los servicios disponibles para la validación (hospitalización tercer piso, centro cardiovascular, servicio de observación/urgencias y unidad de cuidado cardiológico/intermedio adulto). Allí se contacta al profesional de enfermería coordinador del proceso hospitalario y al médico coordinador y se presenta en forma breve el proyecto, el aval institucional, el instrumento diseñado, los objetivos del mismo, los formatos diseñados, el investigador, el psicólogo asesor y el auxiliar de investigación (enfermero graduados, con entrenamiento en la investigación). Se da la recomendación de reportar a la Dirección Científica, los casos entrevistados, para análisis interno de satisfacción del cliente y reporte de participación institucional en investigación.

Se dispuso del acompañamiento por el psicólogo asesor, el investigador y el auxiliar de investigación en la totalidad del muestreo. Todos los casos tuvieron el acompañamiento de uno o dos familiares (hijas) en las mujeres seleccionadas durante la aplicación del instrumento; las familiares se mostraron interesadas y colaboraron de forma importante durante el desarrollo de esta fase.

**-Etapa 8:** Durante la realización de la Prueba Piloto, aplicación del instrumento en población objeto siguiendo el protocolo establecido por la institución, durante los meses diciembre 2013 y enero 15 de 2013. Se aplican a 21 mujeres las cuales estuvieron acompañadas por sus familiares; se reportan estos casos a la Dirección Científica. Solo uno de los casos presentó crisis de precordialgia al recordar un evento doloroso (muerte de un hijo), a la cual se le aplican los primeros auxilios psicológicos con buena respuesta,

se reporta a la institución y posteriormente se hace el seguimiento sin evidenciar la necesidad de otro abordaje.

**-Etapa 9:** Análisis de los resultados reportados en cada uno de los formatos aplicados (Anexo 25). Consolidado de información epidemiológica de las mujeres participantes en la validación: Prueba Piloto (Anexo 26). Consolidado de los síntomas principales reportados por el grupo de mujeres a quienes se les aplicó el primer modelo de instrumento en una institución de salud de Manizales, Caldas 2012-2013.

**-Etapa 10:** Ajustes al instrumento. Etapa que se desglosará en la parte final del de las validaciones.

### 4.5.3 Resultados: Validación Facial.

Los criterios de inclusión/exclusión de la población objeto se pueden observar en la Tabla 13.

**Tabla 14. Criterios para la Validación Facial por población.**

<b>VALIDACION FACIAL POBLACION FEMENINA PARTICIPANTE</b>	
<b>Título de la investigación: "Validez facial y de contenido de un instrumento para la valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria".</b>	
<b>CRITERIOS DE INCLUSION</b>	
1.	Mujer con edad > 45 años.
2.	Estar hospitalizada con diagnóstico médico confirmado de: SCA con o sin EST evento coronario agudo, en una institución de salud de Manizales.
3.	Tener diagnóstico de SCA intrahospitalario no asociado a procedimientos quirúrgicos inmediatos.
4.	Estar consciente.
5.	Estar clínicamente estable.
6.	No tener dificultades para la audición y comunicación verbal.
7.	Consentir su participación en la investigación.
<b>CRITERIOS DE EXCLUSION</b>	
1.	Estar clínicamente inestable y/o inconsciente
2.	Tener afasia o sordera.
3.	Tener diagnóstico de SCA en el postoperatorio inmediato de cualquier tipo.
4.	Tener diagnóstico de SCA post quirúrgico inmediato de CABG.
5.	No consentir su participación en la investigación.
6.	Ser Hombre.

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

En esta prueba participaron un total de 21 mujeres con enfermedad coronaria y se realizó implementando un proceso protocolario, con el fin de evitar interferencias en la aplicación del instrumento modelo inicial y garantizar el cumplimiento de los requerimientos éticos en la investigación. Se aplica el instrumento por medio de la entrevista directa a las mujeres seleccionadas y previamente revisadas sus historias clínicas (ekg, cardioenzimas y registro de signos vitales), para corroborar la estabilidad clínica y el diagnóstico médico de enfermedad coronaria (síndrome coronario agudo: SCA-SEST: tipo angina e infarto IAM-SEST y SCA-CEST); a su vez, se verifica con el equipo de salud institucional, la estabilidad neurológica y hemodinámica de la persona enferma para la prueba.

Se obtiene la información en cada caso, en un promedio de tiempo de 30 a 45 minutos y se recibe información sobre la valoración total de los ítems y las observaciones personales en cuanto a la comprensión de los mismos. El procedimiento se desarrolló de 8 am hasta las 5 pm, de lunes a sábado, respetando los horarios de las comidas, la visita de familiares y la realización de procedimientos terapéuticos programados. Llama la atención la disposición y el interés en participar no sólo en las mujeres enfermas sino además en sus familiares acompañantes. El tiempo estimado en algunos casos se excede por solicitud de las pacientes y la necesidad de educación de las mismas; finalmente el tiempo fue considerado en la totalidad de las entrevistas, no como un problema, sino “una atención muy calificada y esmero de los profesionales en conocer e interpretar los síntomas que ellas sufren”.

El Consolidado de Información Epidemiológica, de los casos de mujeres con enfermedad coronaria participante en la validación, se encuentra en el Anexo 24. En este sentido, estos son los principales datos de caracterización de la población participante:

### **Hallazgos epidemiológicos importantes.**

-Las mujeres participantes: rango de edad 45 a 89 años.

-Diagnóstico médico: mas frecuente fue angina inestable 15 casos, IAMSEST en 5 casos e IAMCEST: 1 caso aislado.

-El índice de masa corporal se ubicó en: Normal: 9 casos, Sobrepeso: 10 casos y Obesidad: 2 casos.

-El nivel académico: primaria incompleta 9, primaria completa 4, secundaria: 2, nivel tecnológico: 2 y nivel profesional con posgrado: 1

-Profesión u oficio: en su mayoría Amas de Casa: 18 casos, Tendera: 1 Empleada domestica: 1 y docente: 1.

-Estado Civil reportado: Casadas: 9, de las cuales 4 estaban separadas de sus parejas, en unión libre se encontraron 3 y la mayoría (9) eran viudas. Este grupo de 21 mujeres expresaron que *“sus esposos eran una verdadera carga para ellas”*, solo una mujer que actualmente vive con él, expresa sentirse bien a pesar de ella tener 76 años y su esposo padecer enfermedad de Alzheimer. Llama la atención que el grupo de las viudas, expresara en 7 casos: *“ahora vivimos mucho mejor porque solo tenemos a los hijos, ellos nos cuidan y no tenemos que cuidarlos a los esposos”*.

En 11 de los casos se reportó violencia moral y psicológica contra la mujer por parte de su pareja, 2 casos de violencia física severa que originó la separación, los cuales tuvieron como consecuencia lesiones neurofocales derivadas de ella; además 1 caso de estrés pós-traumático. Este panorama no escapa a la realidad cotidiana que vive la mujer en el país y en el mundo, pero se convierte en una situación que merecería investigarse a profundidad, dado su impacto en la salud psicológica de la mujer y establecer su contribución al desarrollo de eventos cardiovasculares futuros. Otro conflicto para la mujer es la dependencia económica a los hijos en 5 de los casos.

-Promedio de hijos: Todas eran madres, 4.1 hijos.

-Los antecedentes personales reportados fueron: Diabetes Mellitus tipo 2: 6, Hipertensión Arterial: 14, Dislipidemia: 7, Tabaquismo: 7 y casos de Extabaquismo: 5. Cifras que están acordes con la exposición documentada de estos factores para Colombia, los cuales aumentan la vulnerabilidad coronaria.

-Frente a la percepción de vivir con estrés: se encontró que 11 de las 21, consideran viven bajo estrés; las razones más comunes fueron: soledad, enfermedad crónica, depresión y dependencia económica a los familiares.

-Antecedentes de enfermedad coronaria familiar: reporta: 8 casos, encontrados en hermanos y tíos principalmente.

-Antecedente de enfermedad coronaria previa: se reportan 10 casos, la angina pectoris fue la problemática más reportada: 6 casos y solo 4 casos de IAM.

-El intervencionismo coronario previo: se reportan coronariografías: en 9 de los casos, encontrándose enfermedad de 1 a tres vasos.

Luego de analizar los formatos, las mujeres consideraron algunos ítems repetidos o no relacionados en forma importante con su evento coronario, por lo tanto sugieren retirar.

Referente a los hallazgos encontrados en población de mujeres con enfermedad coronaria, seleccionadas para la prueba, se elaboró el Consolidado y Categorización de sus síntomas principales, los cuales pueden ser consultados el Anexo 25. Este consolidado de datos fue obtenido luego de la aplicación del instrumento en el grupo de 21 mujeres, que cumplieron los criterios de inclusión del estudio. Luego del análisis de la información se obtienen los siguientes hallazgos:

## **A. Hallazgos encontrados, en la temática de Síntomas Psicofisiológicos.**

**I. Dolor** (ítems: 1-14): 15 casos de 21 expresaron el síntoma = (71%). Las modalidades de dolor fueron descritas de la siguiente manera: “dolor torácico tipo picada”, “dolor fuerte”, “desespero en la boca del estómago”, “dolor tipo pringonazo o corrientazo”, “tipo peso”, “opresivo”, “apretamiento”, “cefalea”, “dolor de cabeza muy intenso”, “dolor irradiado al brazo izquierdo”, “a los dos brazos”, “dolor en el pecho sin irradiación”, “dolor que va y viene”, “dolor con entumecimiento de la lengua”, “dolor que se refleja en la cara”, “un dolor entre el pecho y espalda”, “no me dolió nada”. Estos descriptores son necesarios someterlos al escrutinio pero bajo el contexto de enfermedad metabólica tipo diabetes (de 6 casos, solo 2 no presentaron dolor torácico; contrario a las evidencias que demuestran que las mujeres con diabetes dada su neuropatía expresan menos dolor torácico). Las mujeres que no expresaron dolor torácico (6), la mitad de ellas presentaron otros tipos de manifestaciones sintomáticas; el dolor llevó a la consulta tardía (luego de 6 horas) a la mayoría de los casos (8 casos) y necesitó de la decisión persuasiva de los familiares para que la mujer acudiera a consulta, (8 casos) no consultaron porque pensaron que estos síntomas no eran cardíacos, siendo un hallazgo común en las pruebas científicas que demuestran la minimización de los síntomas coronarios en la mujer.

Aunque existen consistencias semiológicas entre la localización del dolor torácico y su irradiación en relación al territorio coronario comprometido, se encontró que 9 de los casos tenían ya demostrada coronariopatía previa y los síntomas se tornan más



complejos a medida que existen enfermedad coronaria que compromete no solo uno sino varios de ellos, pero este tema es otro asunto que requeriría mayor indagación.

Otro tema de vital importancia es la presencia de la HTA como factor de vulnerabilidad cardiovascular en la mayoría de los casos (14 casos de 21), 5 mujeres reportaron “cefalea y dolor de cabeza muy intenso”, siendo estos casos reportados en mujeres con HTA, sugiriendo esto enfermedad vascular arterial, que agrava aún más el comportamiento de la cardiopatía isquémica y extiende el abanico de focalizaciones de forma sistémica. Varias mujeres confundieron sus síntomas cardiacos por síntomas de presión arterial elevada (2 casos).

**II. Disnea** (ítems: 15-20) 15 casos de 21 expresaron el síntoma (71%). La disnea tuvo como característica: ser injustificada, de reposo, denominada también como falta de hambre, fue un síntoma no relacionado con la mayoría de las mujeres con dolor torácico, (5 casos) que no expresaron dolor, sí presentaron disnea como síntoma focal.

**III. Fatiga** (ítems: 21-26) 17 casos de 21 expresaron el síntoma (80.9%), cuya característica fue: injustificada, súbita, inusual; en la mitad de los casos asociada a la actividad en el hogar y la otra apareció en reposo, 4 casos no hicieron nada, porque no la relacionaron con problema cardiaco, 4 solo le contaron a un conocido de su presencia pero tampoco iniciaron medidas terapéuticas, excepto reposo, 4 siguieron con la actividad y solo 5 mujeres acudieron al médico en los siguientes 30 minutos.

**IV. Náuseas** (ítems: 27-31) solo 4 casos de 21 expresaron el síntoma (19%). Síntoma de duración variable, aproximadamente 5 a 20 minutos, de mediana intensidad y la medida de acción emprendida fue no tomar ni comer nada. Este síntoma tampoco fue reconocido como de origen coronario sino gastrointestinal.

**V. Otros síntomas fisiológicos menos frecuentes** (ítems: 32-41) 15 casos de 21 expresaron el síntoma (71%). Los síntomas más frecuentes fueron: cefalea (7 casos), sudoración (2 casos), adormecimiento de la lengua (3 casos), malestar general (2 casos), debilidad o desaliento (2 casos), palpitaciones (2 casos), escalofrío y angustia (1 caso). En promedio las mujeres reportaron 5 síntomas o más (5 casos), entre 4 y 3 síntomas (8 casos) y 2 o menos síntomas (3 casos). Estos síntomas fueron interpretados por 5 mujeres como de origen cardiaco y de las 16 personas restantes, 5 no sabían su origen, el resto los asociaron a problemas respiratorios, estomacales o por estrés.

## **B. Hallazgos encontrados, en la temática de Síntomas Psicosociales.**

**VI. Tristeza** (ítems: 42-46) 10 casos de 21 expresaron el síntoma (47.6%). Existieron dificultades en la mayoría de los casos en diferenciar tristeza de depresión, en 4 casos está ligada a eventos crónicos como la pérdida de seres queridos, sentimientos de soledad persistentes, pero que repercuten en forma importante sobre el estado de ánimo y función social, convirtiéndose en un comportamiento depresivo en donde existe la evidencia de dificultades en el afrontamiento del diario vivir. Este ítem debe ser revisado de manera clara, conducente a favorecer la claridad en la selección del síntoma.

**VII. Depresión** (ítems: 47-59) 10 casos de 21 expresaron el síntoma (47.6%). Al verificar los rasgos de depresión en los comportamientos de las 21 mujeres

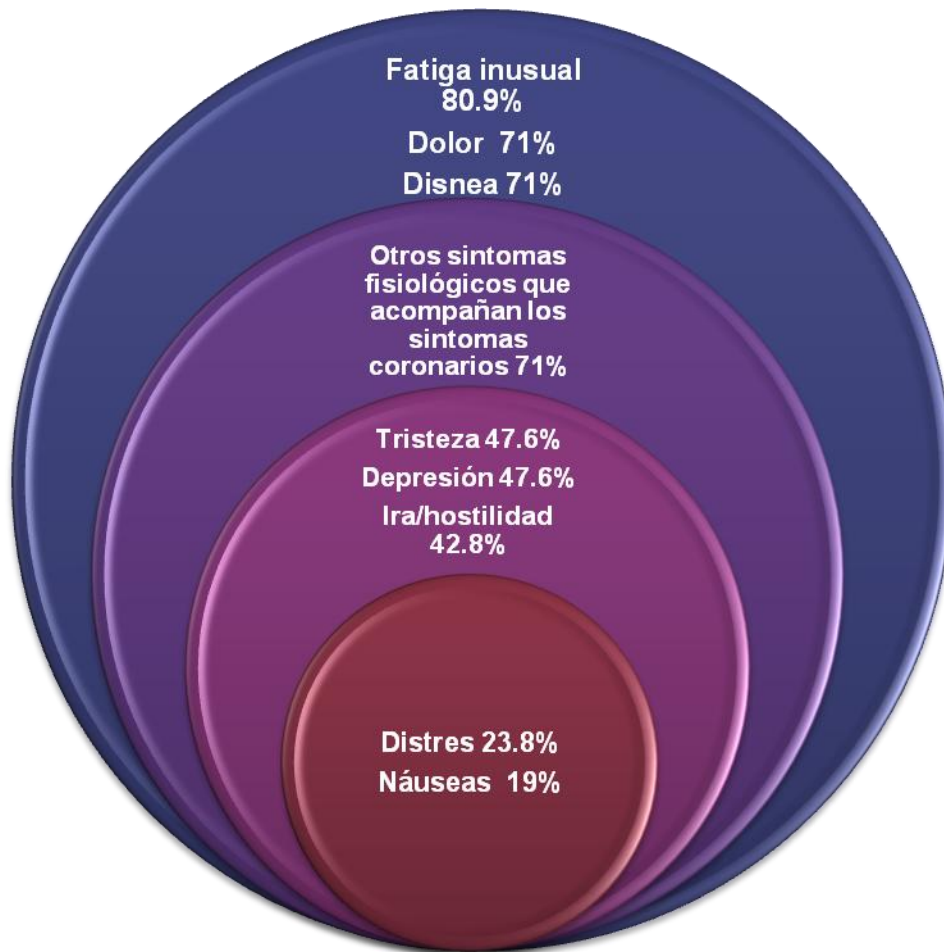
participantes, se encuentran estas manifestaciones con comportamientos depresivos relacionados con: poca energía y desmotivación en el actuar diario, pérdida del interés por relacionarse con los demás, descuido del aspecto personal, pérdida de la esperanza para vivir y placer en hacer las cosas cotidianas, sentimientos de desmejoramiento, bajo apetito, cansancio. La intensidad de estos síntomas en 8 mujeres fue determinada como regular. Algunos familiares informaron de estados depresivos ligados al evento coronario, se perpetuaron en las mujeres en el primer o segundo episodio coronario (8 casos) y ellas no reconocieron estos síntomas porque los consideraban parte de la expresión de la senectud.

**VIII. Ira/hostilidad** (ítems: 60-77) 9 casos de 21 expresaron el síntoma (42.8%) Las fuentes de este síntoma principalmente fueron los problemas con sus familiares, los cuales generan altos niveles de angustia y causan frecuentemente expresiones de rabia e ira en 7 casos. La mayoría de las mujeres por su edad no trabajan, por lo tanto el trabajo no es una fuente importante de ira/hostilidad en la mujer para este rango de edad y nivel educativo bajo. Solo 8 mujeres convive con el esposo, pero no parece ser una fuente importante generador del síntoma; por lo cual se requiere hacer un ajuste a la serie de ítems que exploran este síntoma.

**IX. Distrés** (ítems: 78-87) solo 5 casos de 21 expresaron el síntoma (23.8%). El estrés de categoría no adaptativa, de tipo crónico que despersonaliza se encontró en el ambiente de la casa en 3 de los 5 casos y en el trabajo en 2 de 5 de los casos. Por lo tanto, esta categoría de ítems se decide revisar para contextualizar el instrumento, teniendo en cuenta las características de la población, quienes en mayoría son: viudas y por su edad, no tienen un empleo fijo.

En forma siguiente, el Anexo 25, permite categorizar el impacto de los síntomas coronarios en la población a quien se le aplicó el primer modelo de instrumento, cuyos hallazgos son consistentes con los reportados por la literatura científica actual, donde la fatiga inusual 80.9%, el dolor torácico: 71% y la disnea inexplicada (71%), son síntomas comunes y frecuentes en mujeres con coronariopatías. Los otros síntomas coronarios de tipo fisiológico que acompañan a la mujer se reportaron en un 71%, siendo significativos y los síntomas psicosociales aunque con porcentajes menores (tristeza 46.7%, depresión 47.6%, ira/hostilidad 42.8%), sí tienen presencia en este tipo de población, pero tal vez estos requieren para su reconocimiento, educación a la población vulnerable que facilite su identificación temprana y valore el impacto en sus vidas. Dos síntomas logran tener el menor porcentaje, distrés (23.8%), pero este síntoma valdría la pena indagarlo a profundidad y en su contexto, pues existe la condición femenina ya debatida, de tolerancia a cargas de estrés, en distintas poblaciones de mujeres; las náuseas representadas por un porcentaje bajo del 19%, es un síntoma discordante con las evidencias, puesto que se reporta como de alta probabilidad de presentación en poblaciones de mujeres con enfermedad coronaria aguda. Ver Figura 12, para amplificar el reporte de los síntomas en orden de importancia, según las mujeres participantes en la prueba piloto.

**Figura 13.** Categorización de los síntomas principales reportados por el grupo de mujeres participantes en la prueba piloto



**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

Teniendo en cuenta la malla de ítems del instrumento versión inicial y al revisar los reportes de la población objeto, algunos fueron encontrados como “poco relacionados con su sintomatología” como se puede observar en la Tabla 14.

**Tabla 15. Análisis de los ítems en la validación facial por población**

CODIGO DEL ITEM (No.)	ITEMS POCO RELACIONADOS CON EL EVENTO CORONARIO	CONSIDERACION
082	82	Retirar, es frecuente que se encuentren sin trabajo, por la edad de presentación de la enfermedad.

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

Al realizar el análisis semiótico al pool de ítems, se encontraron algunas dificultades en la comprensión, coherencia y claridad por parte del grupo de mujeres, requiriendo ajustes al diseño. Por tanto las decisiones metodológicas relacionadas con el proceso de análisis de la malla de ítems, el retiro de aquellos que no representan de forma importante el atributo, se sustenta en el análisis semiótico minucioso y riguroso de cada uno de los ítems, como de sus respectivas respuestas. Luego del análisis global y estadístico, se verifica su utilidad, representatividad, coherencia y su permanencia en el instrumento.

Desde una visión globalizada del instrumento, el juicio clínico de la investigadora, “el sentido común” unidos con las medidas estadísticas Coeficiente de Kendall, realizadas a la validación de los jueces expertos, que evaluaba realmente la confiabilidad intraevaluador, fueron en conclusión los elementos de criterio para retirar y modificar los ítems en conflicto, a pesar de poseer en forma estadística, que demostraba una concordancia en rango moderado de los mismos.

El análisis semiótico hace referencia a tres aspectos: análisis semántico (relativo a los signos y significación de las palabras), análisis sintáctico (reglas en la construcción de las frases) y análisis pragmático general (relación entre los signos y los contextos o circunstancias en que las mujeres usan en forma común estos signos). Estos ítems se describen en la Tabla 15.

**Tabla 16. Ítems a modificar según la validación facial por población**

CODIGO DEL ITEM (No.)	ITEMS A MODIFICAR	CONSIDERACION
5	5	Colocar nueva opción de respuesta: no se irradió.
8	8	Cambiar en la opción de respuesta problema gástrico por estomacal y la nueva opción: ninguno. Además debilidad o malestar general
9	9	Esta repetido, aclararlo en el Ítem 10.
14	14	Cambiar en las opciones de respuesta: muy intenso por: alta, algo pasajero por: baja y quitar intensidad, porque esta en la pregunta.
16	16	Cambiar en las opciones de respuesta: nada, pensé que se me pasaría solo.  Cambiar: solo le conté a un familiar, por le conté a un familiar y nueva opción: fui al hospital.
18	18	Cambiar en las opciones de respuesta: tolerarlo por aguantarlo.
20	20	Cambiar en las opciones de respuesta: muy intenso por muy alto.
21	21	Cambiar en la pregunta: pérdida de energía por: desaliento
24	24	Cambiar en las opciones de respuesta: angustia por preocupación.

26	26	Quitar en las opciones de respuesta: una verdadera amenaza para mi vida.
33	33	Cambiar sudoración por sudor, cefalea por dolor de cabeza y debilidad.
39	39	Cambiar en las opciones de respuesta: menos de una vez al mes por: varias veces al mes y muy de vez en cuando
42	42	Mejorar la pregunta para diferenciar tristeza de la depresión y colocar tristeza como desanimo.
44	44	Cambiar en las opciones de respuesta: angustia por preocupación.
58	58	Retirar, esta repetido, mejor enfocar el reconocimiento de los síntomas en el ítem 47
66	66	Nueva opción de respuesta: nada.
67	67	Cambiar las opciones de respuesta: casi nunca.
68	68	Preguntar inmediatamente anterior al ítem 61 y cambiar angustia por preocupación
69	69	Preguntar inmediatamente anterior al ítem 63
70	70	Preguntar inmediatamente anterior al ítem 65
71	71	Preguntar inmediatamente anterior al ítem 67
72	72	Repetido, en el ítem 62
73	73	Repetido, en el ítem 65
74	74	Repetido, en el ítem 64
75	75	Preguntar inmediatamente anterior al ítem 65
76	76	Preguntar inmediatamente anterior al ítem 61
77	77	Preguntar inmediatamente anterior al ítem 63
78	78	Cambiar en la pregunta he tenido altos niveles de estrés, por: ¿se mantiene estresada?
79	79	Agregar a las respuestas la opción de algunas veces
80	80	Agregar a las respuestas la opción de algunas veces
82	82	Retirar, la mayoría de las mujeres no trabaja.
84	84	Retirar, esta repetido en el ítem 78
85	85	Preguntar inmediatamente anterior al ítem 81
86	86	Preguntar inmediatamente anterior al ítem 80
87	87	Preguntar inmediatamente anterior al ítem 79

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

Como última medida se combinan el análisis del instrumento realizado por la población objeto y la validación de expertos, se toman decisiones finales, conducentes a mejorar la calidad de ítems y su capacidad para medir las variables del atributo en el instrumento.

#### 4.5.4 Validez de Contenido o Juicio de Expertos.

Entendida en forma operativa, como el número de acuerdos entre los jueces en el Juzgamiento de un instrumento psicológico<sup>749</sup>; en otras palabras son los tópicos para la aplicación de un análisis o juicio de expertos, los cuales cuantifican la validez del contenido de la malla de ítems que componen el instrumento.

**4.6.4.1 Índice cuantitativo de medición de contenido: Lawshe (1975).** Denominado CVR (Content Validity Ratio) e IVC Índice de Validez de Contenido, el cual requiere de un gran número de jueces expertos; al respecto medianamente útil para los investigadores psicométricos; por lo tanto un avance en ésta medición lo aporta el doctor Tristán, experto en mediciones, quien proporciona una modificación al Modelo de Lawshe, para superar las limitaciones en el número de jueces<sup>750</sup> y será entonces el referente para la realización de la validación del instrumento para ésta investigación.

Este modelo propone a un pool de expertos, integrados por especialistas del área con la tarea de evaluar el contenido de un grupo de ítems, emitiendo un juicio que **los categoriza en: esencial, útil pero no esencial, y no necesario**. Luego de emitir su juicio en cada uno de los ítems, se determinaba el número de coincidencias en la categoría de "Esencial", esperando grandes acuerdos entre los jueces, mayores o iguales a 0.58 equivalentes al 58% de los acuerdos en ésta categoría, para que tuviera el instrumento un cierto grado validez de contenido<sup>751</sup>.

En este sentido el CVR' debe proporcionar por lo menos un 58% de acuerdos para ser aceptable, el cual se convierte en un valor constante, independiente del número de panelistas, resolviéndose el problema no solo del efecto del tamaño del pool de expertos necesarios para la validez de contenido, sino a la relación de acuerdos en la validez, permaneciendo estable, y a una condición de exigencia en todos los casos<sup>752 753</sup>. El CVR' se obtiene sumando el valor de proporción de cada factor o indicador asignado por los expertos y se divide por el número de ellos. Se puede asignar el valor de las proporciones para 5 jueces, de la siguiente manera. 1=0.2, 2=0.4, 3=0.6, 4=0.8 y 5=1 etc. Esto constituye lo que realmente es el Índice de Validez de Contenido IVC, de cada indicador o factor. En esta forma de validación de contenido realizada sin cálculos de coeficientes, se seleccionan los ítems por representatividad, no de forma estadística sino conceptual.

**4.6.4.2 Coeficiente de Correlación de Kendall.** Fórmula utilizada para la comprobación de la consistencia interna, homogeneidad y estabilidad de un test; lo cual es en realidad la confiabilidad que presupone que si varios ítems están midiendo el mismo atributo o

---

<sup>749</sup> SOSA CORREA, Manuel. Op. cit., p. 108.

<sup>750</sup> TRISTAN LÓPEZ Agustín. Op. cit., p. 37-48.

<sup>751</sup> *Ibíd.*, p. 38.

<sup>752</sup> *Ibíd.*, p. 44.

<sup>753</sup> ROJAS ANDRÚJAS, Carlos A. Op. cit., p. 291.

dimensión, estos ítems deberían estar intercorrelacionados<sup>754</sup>. Este coeficiente se aplica a datos en escala ordinal.

Esta validación de contenido mide el índice de concordancia para el instrumento sustentado en el juicio de expertos; el formato para esta validación fue diseñado bajo el modelo expuesto por Escobar y Cuervo<sup>755</sup>; la cual contiene los atributos, dimensiones, ítems y **sistema de evaluación (suficiencia, coherencia, relevancia y claridad en cada ítem)**, que posteriormente fue sometido al análisis de Kendall por medio del programa SPSS 20, como índice de concordancia de la malla de ítems.

**Ítems:** se refiere a cada uno de los elementos, preguntas o cuestiones que constituyen un test; allí los jueces determinan si el instrumento contiene los ítems representativos de todas las dimensiones que forman la definición del concepto o constructo en el estudio<sup>756</sup>.

#### 4.5.5 Procedimiento utilizado en la Validación de Contenido por Expertos.

**-Etapa 1.** Criterios de Selección de los jueces. Basándose en los criterios establecidos por Skjong y Wentworth, expuestos por Escobar y Cuervo en su estudio sobre validez de contenido, se precisan las etapas a considerar para ésta validación:

- a. *Experiencia en la realización de juicios y toma de decisiones basada en evidencia o experticia, demostrable en los títulos obtenidos, investigaciones publicadas, posición académica, experiencia y premios entre otros.*
- b. *Reputación en la comunidad académica.*
- c. *Disponibilidad y motivación en participar del proyecto.*
- d. *Imparcialidad, cualidades inherentes: confianza en sí mismo y adaptabilidad<sup>757</sup>.*

Teniendo en cuenta lo anterior, se deciden como criterios de selección para los expertos invitados a participar en la validación, a saber (Tabla 16).

**Tabla 17. Criterios de inclusión para jueces expertos en validación de contenido.**

-**Altos niveles de formación académica: Formación disciplinar y posgraduada, como mínimo: Maestría y/o Doctorado.**  
 -**Experiencia académica universitaria: no inferior a tres años.**  
 -**Experiencia temática: conocimiento del área cardiovascular.**  
 -**Manifestación expresa de querer participar.**  
 -**Disponibilidad para la validación.**  
 -**Imparcialidad y adaptabilidad.**

<sup>754</sup> SANCHEZ SANCHEZ, Juan Antonio et al. Op. cit., p. 558.

<sup>755</sup> ESCOBAR PÉREZ, Jazmine y CUERVO MARTINEZ, Ángela. Op. cit., p. 27-36

<sup>756</sup> SOSA CORREA, Manuel. Op. cit., p. 576.

<sup>757</sup> ESCOBAR PÉREZ, Jazmine y CUERVO MARTINEZ, Ángela. Op. cit., p. 29.

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

**-Etapa 2:** Número y cantidad adecuada de expertos: McGrath (2000) evidenciado en Escobar y Cuervo<sup>758</sup>, sugieren que sea de 2 a 20 el panel de expertos. Pero es Tristán por medio del ajuste al Modelo de Lawshe, quien precisa que para que la validación no dependa del número de jueces, era necesaria una modificación de las fórmulas de Lawshe; por tanto, el número considerado para ésta investigación es de 5 expertos participantes.

**-Etapa 3:** Diseño de la planilla de validación de contenido por expertos. (Ver Anexo No. 22).

**-Etapa 4:** Pasos para la realización del Juicio de expertos. Basados en los postulados de Skjong y Wentworth (2000), expuestos en Escobar y Cuervo, se establecen las siguientes estrategias<sup>759</sup>.

- a. Preparar la instrucción para cada uno de los expertos, consignada en el formato de validación diseñado. Definir claramente el objetivo de la validación: **“Validar el contenido del instrumento diseñado para valorar los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria”**. Instrumento diseñado para elevar la capacidad diagnóstica de género o el tamizaje de mujeres con síntomas propios de la enfermedad coronaria.
- b. Seleccionar los expertos teniendo en consideración los criterios de inclusión establecidos para la validación en esta investigación.
- c. Explicar el contexto de la mujer con síntomas coronarios y su limitación para reconocer los síntomas, como también la necesidad de hacer una diferenciación de los síntomas de la enfermedad por género, concentrándose en la mujer con esta patología.
- d. Instruir al experto en la dimensión e indicadores que mide cada ítem o grupo de ítems del instrumento, el cual está basado en el primer concepto de la Teoría de los Síntomas Desagradables. Allí explicar y permitir que el juez entre en contacto con los dos sistemas de valoración de contenido: el primero que evalúa: suficiencia, claridad, coherencia y relevancia, el cual será sometido a SPSS 20 análisis del coeficiente de Kendall. En forma siguiente se hace una categorización de los ítems: esencial, útil pero no esencial y no esencial, necesario para el análisis de Lawshe modificado por Tristán.

**-Etapa 5:** Análisis del coeficiente de Kendall de los datos ordinales por medio del SPSS 20; determinación del CVR' y del CVI de Lawshe modificado y elaboración de conclusiones.

**-Etapa 6:** Determinación del pool de ítems que conforman el instrumento final basado en los hallazgos y modificación del instrumento original. Reconstrucción del diseño, teniendo

---

<sup>758</sup> ESCOBAR PÉREZ, Jazmine y CUERVO MARTINEZ, Ángela. Op. cit., p. 29.

<sup>759</sup> *Ibíd.*, p. 29-30.



como base la validación por población objeto y juicio de expertos. Es importante finalizar con el argumento que: “ningún instrumento es acabado”, aunque una prueba tenga una buena evaluación por los jueces y un alto índice de concordancia, debe el investigador que ha diseñado la prueba, estar en constante revisión, ajuste y mejoramiento de la misma<sup>760</sup>. La maduración de los instrumentos se da en la posibilidad que se realicen diversas validaciones que conduzcan a ofrecer un instrumento cada vez más refinado y con mayor validez.

**4.6.5.1 Resultados: Validación de Contenido por Expertos.** Participaron 5 Jueces Expertos que evaluaron el contenido del Instrumento, sustentados en su experticia, juicio clínico, formación académica y conocimiento de la enfermedad cardiovascular. Las características de los Expertos se describen en forma siguiente.

**Tabla 18. Información de los jueces expertos que participaron en la validación de contenido**

JUEZ No.	PROFESIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	FORMACIÓN POSGRADUADA	CARGO ACTUAL
				INSTITUCIÓN
1	Enfermera	19 años Experiencia en investigación y salud pública	Magister en Educación y Desarrollo Humano Candidata a Doctora en Salud Pública	DOCENTE Universidad de Caldas Manizales
2	Enfermera	3 años Experiencia en el área de salud pública e investigación	PhD en Salud Pública Especialista en Epidemiología	DOCENTE Universidad de Caldas Manizales
3	Medico	21 años Experiencia en docencia investigación y epidemiología	Médico internista Magister en Epidemiología Especialista en Microbiología	DOCENTE Universidad de Caldas Manizales
4	Enfermera	20 años Experiencia en área Cardiovascular	PhD en Salud Pública Especialista de Enfermería en Cardiorrespiratoria. Magíster en Docencia Universitaria	DOCENTE Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá
5	Enfermera	16 años Área de cuidado Intensivo pediátrico	PhD en Enfermería Especialista de Enfermería en Cardiorrespiratoria. Magíster en Enfermería	DOCENTE Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

A cada juez experto se le entregó un ejemplar del instrumento y la plantilla de validación de contenido con el material de apoyo específico, donde se dieron las instrucciones para el desarrollo de la validación respectiva. El instrumento inicial, constaba de 87 ítems enmarcados en el primer Concepto de la Teoría de los Síntomas Desagradables: “SINTOMAS” enfocados en el estudio como: SINTOMAS PROPIOS DE LA ENFERMEDAD CORONARIA.

La evaluación de los jueces expertos es seguida por la retroalimentación de la valoración entre estos y la investigadora en tres de los casos de Jueces locales, donde se aclaran

<sup>760</sup> ESCOBAR PÉREZ, Jazmine y CUERVO MARTINEZ, Ángela. Op. cit., p. 33.

las situaciones específicas y las recomendaciones que sugieren los mismos; por lo tanto se hace la propuesta de ajustar y refinar los ítems problemáticos. Los principales hallazgos se pueden evidenciar a continuación.

**Tabla 19. Aportes cualitativos del juzgamiento por jueces expertos del instrumento de medición diseñado.**

APORTES CUALITATIVOS EN EL JUZGAMIENTO	ITEM CUESTIONADO	RECOMENDACION
Experto 1 Manizales	13 y 17.	<b>Invertir la pregunta.</b>
	12, 19, 25, 30, 34, 40, 45.	<b>Colocar espacio para aclarar la duracion en tiempo. Ganar información.</b>
	21, 71	<b>Reemplazar la palabra: 21 fatiga por cansancio. 71 me genera por me produce.</b>
	28, 49, 50.	<b>Modificar la pregunta: tienen doble negación o componente negative.</b>
	85 y 86.	<b>Aclarar en el formato de respuesta si tienen trabajo o pareja.</b>
	37, 38, 40, 41, 44, 50, 66 83.	<b>Afinar el formato de respuesta.</b>
	58 y 84.	<b>Retirar items.</b>
		<b>Observación final:</b> El instrumento es muy completo e incluye las categorías acordes a la propuesta de valoración. Se sugiere colocar datos cuantitativos en tiempo y duración para obtener Información de las mujeres. Para enfermería es un aporte importante para su desarrollo teórico y metodológico en el área cardiovascular.
Experto 2 Manizales	13, 17, 23, 35.	<b>Invertir la categorización de la respuesta</b>
	60, 64, 72.	<b>Completar los items.</b>
	38, 60.	<b>Conjugar adecuadamente el verbo del item: participio pasado</b>
	71, 72, 73, 74.	<b>Retirar los items.</b>
		<b>Observación final:</b> El instrumento recoge o compendia los aspectos fisiológicos y psicosociales involucrados en la problemática de la mujer con enfermedad coronaria. Es una construcción que aporta a darle especificidad a los síntomas de la patología respecto al género. El instrumento es coherente, relevante, claro y suficiente, solo se deben hacer pequeñas modificaciones en la forma.
Experto 3 Manizales	16, 28, 49, 50.	<b>Modificar las respuestas: tienen doble negación o tienen aspectos negativos.</b>
	55	<b>Nuevo item. Indagar sobre la alteración en el apetito.</b>
	17, 23.	<b>Afinar el formato de respuesta. Invertirlas</b>
	36, 37, 60.	<b>Cambiar palabra: 36 gastricas por estomacales, 37 tome medicamentos: tome remedios, 60: hostilidad por comportamientos agresivos.</b>
	38, 46,	<b>Conjugar adecuadamente el verbo del item: participio pasado.</b>
	69, 79, 85, 86.	<b>Aclarar en el formato de respuesta si tienen trabajo o pareja.</b>
	75, 77.	<b>Invertir la pregunta.</b>
	58, 71.	<b>Retirar los items.</b>
-	<b>Observación final:</b>	

APORTES CUALITATIVOS EN EL JUZGAMIENTO	ITEM CUESTIONADO	RECOMENDACION
		Ningun tipo se item requiere cambiar la semántica.
Experto 1 Bogotá	6, 9, 10, 18, 20, 23, 27, 29, 51, 58, 60, 62, 63, 67.	Ítems con evaluación conflictiva: poco relevantes (pueden ser eliminados sin afectar la medición de la dimensión), pero categorizados como esencial (vital para medir la dimensión).
	8, 11, 14, 21, 24, 39, 40, 43, 44, 59.	Ítems con evaluación conocordante: poco relevantes (pueden ser eliminados sin afectar la medición de la dimensión) y en categoría de no esencial (innecesario, se sugiere retirar).
		<b>Observación final:</b> Los aspectos relaiconados con el sistema digestivo, estan asociados a úlcera gástrica y a su vez con síntomas cardiacos, ejemplo: ardor gástrico.
Experto 2 Bogotá	1, 5, 6, 16, 18, 22, 25, 27, 37, 43, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 61, 62, 63, 64, 65, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 82.	<b>Revisar ítems. 1: precisar alguna parte del cuerpo: ubicar a la persona. 5 y 6: colocar una nueva opción: en otro lugar y otra actividad. 16 y 22: dar otra opcion de acudí al medico. 18: alcanzada de la respiración es comprensible: Respuesta, sí por el grupo de mujeres que completaron el formato. 25: ¿fatiga inusual es comprensible? Respuesta cambiarla por repentina o injustificada. 27: definir mayor –ese dia- 37; ampliar las opciones de respuesta y retirar las repetidas. 43: aclarar las opciones de respuesta. 43: en opcion de respuesta aclarar: cosas medicinales, son remedios o medicamentos. 47: definir que son sintomas depresivos al preguntar. 49 al 54 y del 61 al 65: reemplazar las opciones finales casi nunca por nunca. Revisar la diferencia entre los ítems: 61 al 65 y del 75 al 77. Respuesta: unos valoran el estres y los otros el nivel de angustia al mismo. Revisar ítems: 79 al 82 y aclarar el significado de altos niveles de estres.</b>
	12 y 13.	Ajustar la dimension: tiempo de consulta y duración de los síntomas, es relativa. Se pueden ajustar colocando espacio para que la persona los precise.
		<b>Observación final:</b> Revisar los ítems: 24 al 47.

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

#### 4.6.5.2 Análisis del Coeficiente de Correlación W de Kendall para la validación por expertos propuesto por Jazmín Escobar y Ángela Cuervo.

Análisis sumativo en este estudio, al de Lawshe Modificado por Tristán, para ampliar la capacidad de estratificación del instrumento, con lo cual se demuestra mayor precisión y calidad de los ítems acopiados en la malla de ítems del instrumento, que miden las dimensiones de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria.

Para la validez de contenido se establece el índice de concordancia usados para la interpretación de las puntuaciones entre los jueces, las cuales deben SER RELEVANTES

Y REPRESENTATIVOS del constructo para un propósito evaluativo en particular, evitando las fluctuaciones al azar de las interpretaciones<sup>761</sup>. Pero es importante anotar que la tarea cognitiva de los jueces, sugiere tres categorías importantes como lo sugiere Stewart, Roeber y Bosart 19997 evidenciado en Escobar y Cuervo:

- 1 La complejidad de la estructura de la Tarea.
- 2 La ambigüedad en el contenido de la Tarea.
- 3 La forma de presentación de la Tarea<sup>762</sup>.

Es por tanto la justificación, para este proyecto elaborar un instructivo, que contuviera no solo la malla de ítems a evaluar, sino además, la información central de la tarea de los jueces, e incluyera por demás: los conceptos de medición de Lawshe propuestos por Tristán (esencial, útil pero no esencial y no esencial) y los elementos de Suficiencia, Claridad, Coherencia y Relevancia. Para establecer estos últimos, se utilizarán, el coeficiente de Kendall para datos ordinales, determinados por medio del programa IMB SPSS 20 (Statistical Package for the Social Sciences). Allí se pueden aplicar el análisis a:

**Estadístico Kappa K para datos en escala nominal.** El coeficiente de Kappa parece ser el indicador de Acuerdos entre los jueces más usado en las ciencias biológicas y sociales, que permite el análisis de los datos nominales, también denominado Wighted K-coefficient, el cual no se usó en la validación.

**El coeficiente de Concordancia W de Kendall para datos en escala ordinal:** Desarrollado por Kendall es el que permite determinar el coeficiente de Acuerdos, para datos ordinales basados en el grado de varianza de los rangos obtenidos entre los diferentes jueces; permitiendo analizar la estructura de los Acuerdos y del Desacuerdos que se presentan en los datos, para así se ajustar el modelo, aplicado a datos ordinales, contenidos y variables latentes<sup>763</sup>.

**Información que provee:** El grado de concordancia entre varios rangos de  $n$  objetos o individuos es aplicable a estudios interjuicio o confiabilidad interprueba. Es particularmente útil cuando se solicita a los jueces asignarle a los ítems rangos entre 1 a 4. En el SPSS 20 sí el rango de acuerdos es  $<$  de 0.05 indica que no concuerdan o no hay Acuerdo. Si el rango es  $>$  de 0.05 indica que existe concordancia significativa entre los ítems analizados por los jueces. El grado de concordancia aumenta cuando el  $W$  se acerca a 1.0<sup>764</sup>.

El **WSCDI**: inicialmente se diseñó en formato largo conformado por 87 ítems, divididos en dos partes: subescala de síntomas fisiológicos y la subescala de los síntomas psicosociales. Al realizar la validación por expertos medido por el Coeficiente de Correlación de Kendall, relativo a la suficiencia, claridad, relevancia y coherencia

---

<sup>761</sup> ESCOBAR PEREZ Jazmine y CUERVO MARTINEZ Ángela. Op cit., p. 30.

<sup>762</sup> *Ibíd.*, p. 31

<sup>763</sup> ESCOBAR PEREZ Jazmine y CUERVO MARTINEZ Ángela. Op cit., p. 31.

<sup>764</sup> *Ibíd.*, p. 33.

interjueces del pool de ítems que componen el instrumento, se obtuvo la siguiente información:

De acuerdo a lo planteado por Escobar Pérez y Cuervo Martínez<sup>765</sup>, el coeficiente de concordancia de Kendall corresponde al estadístico empleado cuando la escala es ordinal, tal y como ocurre en el procedimiento de validez de contenido por juicio de expertos en el “INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LOS SÍNTOMAS EN LA MUJER CON ENFERMEDAD CORONARIA”.

Así mismo, es importante recordar que el valor arrojado que permite identificar la fuerza de la interpretación, es asumido de manera semejante a la interpretación establecida en el coeficiente de Kappa<sup>766</sup>. En este orden de ideas, los niveles de concordancia expresados cualitativamente se observan en los rangos de coeficiente (véase la Tabla 1). Dichos rangos fueron presentados inicialmente por Landis y Koch en 1977, retomados en trabajos realizados por López de Ullibarri y Pita Fernández (1999)<sup>767</sup> y los más recientes por Cerda y Villarroel (2008)<sup>768</sup>. La tabla 19 contiene los rangos para la valoración de la concordancia por medio del coeficiente de Kendall, utilizada para la investigación.

**Tabla 20. Criterios de medición para el coeficiente de Kendall**

<b>&lt; 0.20</b>	<b>Pobre</b>
<b>0.21 – 0.40</b>	<b>Débil</b>
<b>0.41 – 0.60</b>	<b>Moderada</b>
<b>0.61 – 0.80</b>	<b>Buena</b>
<b>0.81 – 1.00</b>	<b>Muy buena</b>

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

Ante esto la literatura coincide en que entre más cercano este el valor a 1, mejor será el ajuste a la concordancia perfecta, en tanto, que si el valor es 0 el acuerdo entre jueces se debe al azar. Así el coeficiente de Kendall ( $W$ ) según Siegel & Castellan (1995) citados por Escobar y Cuervo<sup>769</sup>, se emplea cuando se desea conocer el grado de asociación de conjunto de rangos. Ahora bien, el planteamiento de hipótesis para el procedimiento del coeficiente  $W$  de Kendall, señala la hipótesis alterna del investigador: “Existe concordancia entre los juicios emitidos por expertos”, y por el contrario, la hipótesis Nula

<sup>765</sup> ESCOBAR PEREZ Jazmine y CUERVO MARTINEZ Ángela. Op cit., p. 34.

<sup>766</sup> Ibid., p. 34.

<sup>767</sup> LÓPEZ DE ULLIBARRI, Galparsoro y PITA FERNÁNDEZ S. Medidas de concordancia: el índice de Kappa. Metodología de la investigación. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Complejo Hospitalario Juan Canalejo. Coruña España, 1999, no. 6, p. 169-171.

<sup>768</sup> CERDA, Jaime y VILLARROEL, Luis. Evaluación de la concordancia inter-observador en investigación pediátrica: Coeficiente de Kappa. En: Revista Chilena de Pediatría. Santiago de Chile, 2008, vol. 79 no. 1, p. 54-58.

<sup>769</sup> ESCOBAR PEREZ, Jazmine y CUERVO MARTINEZ, Ángela. Op. cit., p. 35.

es: "No Existe concordancia entre los juicios emitidos por expertos", con el  $p < 0.05$ . Véase de la siguiente manera.

$H_0$ : No Existe concordancia entre los juicios emitidos por los expertos

$H_1$ : Existe concordancia entre los juicios emitidos por los expertos.

Empleando el programa estadístico SPSS 20, en la secuencia de *analizar>pruebas no paramétricas>cuadro de dialogo antiguos>k muestras relacionadas*, se obtiene el estadístico de **W de Kendall**.

**Tabla 21. Resultados del análisis del Coeficiente de Kendall para el instrumento juzgado por jueces**

PARTE	SÍNTOMAS	ÍTEMS	W DE KENDALL TOTAL	SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA
PARTE A	Dolor coronario de tipo isquémico	1-14 (n=14)	0,708**	0,862**	0,641**	0,660**	0,679**
	Disnea	15-20 (n=6)	0,849**	0,771**	0,895**	0,885**	0,924**
	Fatiga	21-26 (n=6)	0,708**	0,853**	0,853**	0,776**	0,708**
	Náuseas	27-31 (n=5)	0,774**	0,914**	0,461*	0,894**	0,855**
	Otros Síntomas cardio vasculares menos frecuentes	32-41 (n=10)	0,598**	0,832**	0,330*	0,710**	0,435*
PARTE B	Tristeza	42-46 (n=5)	0,788**	0,758*	0,628*	0,990**	0,836*
	Depresión	47-59 (n=13)	0,740**	0,760**	0,674**	0,973**	0,574**
	Ira/hostilidad	60-77 (n=18)	0,810**	0,887**	0,607**	0,950**	0,754**
	Distrés	78-87 (n=10)	0,771**	0,885**	0,599**	0,965**	0,292*

Dónde: \* $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

## 4.6 Interpretación de los resultados

En la Tabla 20 se puede observar la evaluación fragmentada de ambas partes del instrumento (parte A: síntomas fisiológicos y Parte B: síntomas Psicosociales) a través de las categorías de enjuiciamiento de acuerdo a los síntomas de la prueba.

Solo un **W** no dió significativo: 5. Otros síntomas cardiovasculares menos frecuentes (**W= 0.598**), al nivel de  $p < 0.05$ , el resto con  $p < 0.01$ . Verificando en la columna en negrilla, el

total de cada síntoma, se decide NO RETIRAR ESTA DIMENSION, sino mejorar el aspecto más comprometido del ítem, referente a: claridad y relevancia de los mismos.

**Tabla 22. Resumen de estadísticos de contraste para el instrumento diseñado: W de Kendall**

ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE	
N	87
W de Kendall	0,682
Chi-cuadrado	1126,820
gl	19
Sig. Asintót.	0,000

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

En la Tabla 21, en su primera columna se hacen las descripciones de los datos arrojados y en la segunda los respectivos valores. La primera fila, (N=87) corresponde a la cantidad de lo reactivos contemplados en el instrumento. En la segunda fila, aparece el estadístico de *W de Kendall*, ( $W=0.682$ ) el corresponde al valor del coeficiente. En la tercera y cuarta fila, Chi-cuadrado y grados de libertad, ( $\chi^2=1126.820$ ) y ( $gl=19$ ) cuyos datos no son objeto de este análisis pero que el programa los saca de manera indiferenciada, mientras que la última final, corresponde al dato de la significancia asintótica, que corresponde al planteamiento de  $p<0.005$ , para el contraste de las hipótesis previamente planteadas, esta cifra permite aceptar o rechazar la hipótesis del investigador. De esta manera, el resultado de la significancia es de  $p<0.000$ .

Luego del análisis total del *W de Kendall*, todo lo descrito hasta el momento, permite elucidar que se acepta la hipótesis del investigador, y por ende se rechaza la hipótesis nula, esto quiere decir que se asume la concordancia entre expertos; el valor de  $p<0.000$  esta inferior al asumido en inicialmente, siendo este por debajo de  $p>0.05$ . Ahora bien, el valor de *W de Kendall*, permite interpretar que la cifra estimada está comprendida en el rango (0.61 y 0.80), lo cual indica: “el instrumento *WSCDI* tiene un nivel de concordancia considerada como Buena”.

**Ajustes en el instrumento.** Los ítems con fuerza de concordancia de *W* de Kendall, categorizados en “débil”, ubicados en el rango (0.21-0.4) fueron en orden:

-Los ítems: 78-87 correspondientes a la subdimensión: Distrés, en el aspecto de la RELEVANCIA, que obtuvieron un  $W=0.292^*$  ( $*p<0.05$ ) y los ítems: 32-41 correspondientes a la subdimensión: Otros Síntomas cardiovasculares menos frecuentes, en el aspecto de la CLARIDAD, que obtuvieron un  $W=0.330^*$  ( $*p<0.05$ ).

Los ítems con fuerza de concordancia de *W* de Kendall, categorizados en “Moderada”, ubicados en el rango (0.41-0.60) fueron en orden:

-Los ítems: 27-31 correspondientes a la subdimensión: Náuseas, que obtuvieron un  $W=0.461^*$  ( $*p<0.05$ ) en el aspecto de CLARIDAD, y los ítems: 32-41 correspondientes a la subdimensión: Otros Síntomas cardiovasculares menos frecuentes, en el aspecto de la RELEVANCIA, que obtuvieron un  $W=0.435^*$  ( $*p<0.05$ ).

Por tanto se decide: hacer modificaciones semánticas y sintácticas en los ítems (27-31 y 32-41) relativos a mejoras en la claridad, optimizando en gran medida su comprensión.

Además, en los ítems (32-41 y 78-87) que fueron calificados con menor relevancia, se revisó la necesidad de su inclusión dentro del pool de ítems; por tal razón se decide replantear la estructura del ítem y eliminar 22 ítems por encontrarse en su mayoría repetidos y se diseñan como nuevos dos ítems, necesarios para complementar el cuestionario.

**4.6.5.3 Análisis y categorización de los ítems Lawshe Modificado.** En esta ponderación de los jueces, permite identificar el grado en que el ítem es categorizado como ESENCIAL para medir la dimensión.

El siguiente paso consistió en determinar el **CVR' (Índice de Validez de contenido)**. La fórmula empleada para el Cálculo de Validez de Contenido del instrumento (CRV) de Lawshe, utilizando las fórmulas ya planteadas por Tristan cuando normalizó el Lawshe.

El CVR' Aproximado por Tristán es = a 0.165 para fines prácticos<sup>770</sup> y será el rango que se usará en la investigación. El CVR' Content Validity Ratio es la proporción de Acuerdos en la categoría ESENCIAL, respecto al número de jueces participantes en la valoración.

Los ítems NO ESENCIALES, son de nuevo revisados por el investigador y corregidos.

Un paso adicional es el cálculo del IVC como promedio del CVR de todos los ítems del instrumento inicial (incluye los ítems Aceptables y No Aceptables). Se consideró un conjunto de ítems ACEPTABLE, sí su IVC es superior a 0.58 y solo se reporta el valor promedio obtenido.

**El CVI** Content Validity Index, *“es la concordancia entre la capacidad (habilidad, competencia, conocimiento, etc) solicitada en un dominio específico y el desempeño solicitado en la prueba que trata de medir dicho dominio”*<sup>771</sup>. El CVI se obtiene de hacer la suma de los CVR' de los ítems ACEPTABLES y dividirlo entre el número de ítems en categoría de Aceptables; se calcula por medio de la fórmula:

$$CVI = \frac{\sum_{i=1}^M CVR'}{M}$$

Donde **CVR'**= Es la razón de la validez de contenido de los ítems Aceptables de acuerdo con el criterio de Lawshe. M= Total de ítems de la prueba<sup>772</sup>.

A continuación se presenta la Tabla 22 en la que se muestran las puntuaciones para definir el Consenso entre los jueces en torno a la aceptabilidad de los 87 ítems que componen el instrumento WSCDI.

En categoría Esencial se obtuvieron un total de acuerdos de 1.0, por tanto se representa esto en 21 ítems. Los ítems con puntuaciones de 0.8 fueron en total 44 ítems. Los ítems

<sup>770</sup> ESCOBAR PEREZ, Jazmine y CUERVO MARTINEZ, Ángela. Op. cit., p. 38.

<sup>771</sup> TRISTAN LOPEZ, Agustín. Op cit., p. 39.

<sup>772</sup> TRISTAN LOPEZ, Agustín. Op cit., p. 39.



con puntuaciones de 0.6 fueron en total 22 ítems, esto explica la decisión del investigador de intervenir estos ítems, sumando a su vez el propio criterio y racionalidad en juicio, para mejorar su semántica y en 20 de los casos retirarlos del instrumento.

En esta evaluación: 4 de 5 jueces hicieron importantes sugerencias relativas al ordenamiento de los ítems, redacción; sólo un experto hizo la sugerencia de agregar un ítem nuevo: ítem 55. Sobre trastornos del apetito; otro experto conceptuó importante incluir *“aspectos relacionados con el sistema digestivo, asociados a ulcera gástrica están asociados a síntomas cardiacos, ejemplo: colocar “ardor gástrico”.*

**Tabla 23. Resumen de la estimación de la validación por expertos utilizando el Modelo de Lawshe Normalizado.**

ESTIMACION DE LA VALIDACION DE CONTENIDO POR EL METODO DE LAWSHE MODIFICADO: PROPUESTA DE AGUSTIN TRISTAN 2008						
Síntomas en la Mujer con enfermedad coronaria						
ITEMS	CLASIFICACION			(CVR') Coeficiente de Validez CVR = $\frac{ne}{N}$ Por ítem	ACEPTABLE Ítem con CVR' >0.58=58% de los acuerdos entre los expertos	Coeficiente de pertinencia CVI $CVI = \frac{\sum_{i=1}^m CVRi}{M}$  Para toda la prueba debe ser mayor de 0.58  CVR' Totales= 69.4/87 ítems= 0.797  CVI=0.797
	Esencial	Útil, no esencial	No necesario			
No.1	4	0	1	0.8	x	
No.2	5	0	0	1	X	
No.3	5	0	0	1	x	
No.4	5	0	0	1	X	
No.5	5	0	0	1	X	
No.6	5	0	0	1	X	
No.7	5	0	0	1	X	
No.8	3	1	1	0.6	X	
No.9	5	0	0	1	X	
No.10	5	0	0	1	X	
No.11	4	0	1	0.8	X	
No.12	4	1	0	0.8	X	
No.13	3	1	1	0.6	X	
No.14	5	0	0	1	X	
No.15	4	1	0	0.8	X	
No.16	4	1	0	0.8	X	
No.17	3	2	0	0.6	X	
No.18	5	0	0	1	X	
No.19	4	1	0	0.8	X	
No.20	4	1	0	0.8	X	
No.21	4	0	1	0.8	X	
No.22	3	2	0	0.6	X	
No.23	4	1	0	0.8	X	
No.24	4	0	1	0.8	X	
No.25	4	1	0	0.8	X	
No.26	4	0	1	0.8	X	
No.27	4	1	0	0.8	X	
No.28	3	2	0	0.6	X	
No.29	5	0	0	1	X	
No.30	3	2	0	0.6	X	
No.31	4	1	0	0.8	X	

No.32	4	0	1	0.8	X
No.33	4	0	1	0.8	X
No.34	4	0	1	0.8	X
No.35	4	0	1	0.8	X
No.36	4	0	1	0.8	X
No.37	4	0	1	0.8	X
No.38	4	0	1	0.8	X
No.39	4	0	1	0.8	X
No.40	4	0	1	0.8	X
No.41	5	0	0	1	X
No.42	4	0	1	0.8	X
No.43	4	0	1	0.8	X
No.44	4	0	1	0.8	X
No.45	3	1	1	0.6	X
No.46	3	1	1	0.6	X
No.47	5	0	0	1	X
No.48	4	0	1	0.8	X
No.49	4	1	0	0.8	X
No.50	4	1	0	0.8	X
No.51	4	0	1	0.8	X
No.52	4	0	1	0.8	X
No.53	4	0	1	0.8	X
No.54	4	0	1	0.8	X
No.55	4	1	0	0.8	X
No.56	5	0	0	1	X
No.57	4	1	0	0.8	X
No.58	3	0	2	0.6	X
No.59	3	1	1	0.6	X
No.60	5	0	0	1	X
No.61	5	0	0	1	X
No.62	5	0	0	1	X
No.63	5	0	0	1	X
No.64	5	0	0	1	X
No.65	4	0	1	0.8	X
No.66	4	1	0	0.8	X
No.67	4	0	1	0.8	X
No.68	4	0	1	0.8	X
No.69	3	1	1	0.6	X
No.70	3	0	2	0.6	X
No.71	3	1	1	0.6	X
No.72	3	1	1	0.6	X
No.73	3	1	1	0.6	X
No.74	3	1	1	0.6	X
No.75	3	1	1	0.6	X
No.76	3	1	1	0.6	X
No.77	3	1	1	0.6	X
No.78	4	1	0	0.8	X
No.79	3	1	1	0.6	X
No.80	4	1	0	0.8	X
No.81	4	1	0	0.8	X
No.82	3	1	1	0.6	X
No.83	5	0	0	1	X
No.84	4	1	0	0.8	X
No.85	4	1	0	0.8	X
No.86	5	0	0	1	X
No.87	4	0	1	0.8	X

Suma de ítems aceptables con CVR'>58%	69.4	87	0.797
---------------------------------------	------	----	-------

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

Las conclusiones luego del juicio de expertos pone en evidencia que el IVC del instrumento es de 0.797, ésta valoración indica que LOS ÍTEMS SON ENTONCES UNIDADES DE ANALISIS IMPORTANTES, en la valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria. A pesar de determinarse que todos los ítems obtuvieron un CVR' > 0.57, donde el valor mínimo de los ítems en la evaluación fue de 0.6; se determina que TODOS LOS ÍTEMS ESTAN EN EL RANGO DE "ÍTEMS ACEPTABLES EN EL INSTRUMENTO INICIAL". Basadose en el juicio de expertos, el análisis de la evaluación por población objeto y a juicio del investigador, algunos ítems sufrieron modificaciones, como se muestra en la Tabla 23.

**Tabla 24. Resumen de los ítems a modificar según validación de jueces**

CODIGO DEL ITEM (No.)	ÍTEMS A MODIFICAR	CONSIDERACIONES
01, 05, 06, 08, 011, 012, 013, 014, 016, 017, 018, 019, 020, 021, 022, 023, 024, 025, 026, 027, 028, 030, 033, 034, 035, 036, 37, 38, 39, 040, 041, 042, 043, 044, 045, 046, 047, 049, 050, 051, 052, 053, 054, 058, 060, 061, 062, 063, 064, 065, 066, 067, 068, 068, 070, 071, 072, 073, 074, 075, 076, 077, 078, 079, 080, 072, 084, 085, 086, 087, 088.	1, 5, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 72, 84, 85, 86, 87, 88.	Se recomienda hacer los ajustes tanto en las preguntas como en el formato de respuesta, según análisis individual por experto e informe de evaluación de la población que diligencio el instrumento en su totalidad. Hacer una reconstrucción de la maya de ítems y un ajuste al instrumento.
01, 05, 06, 08, 011, 012, 013, 014, 016, 017, 018, 019, 020, 021, 022, 023, 024, 025, 026, 027, 028, 030, 033, 034, 035, 036, 37, 38, 39, 040, 041, 042, 043, 044, 045, 046, 047, 049, 050, 051, 052, 053, 054, 058, 060, 061, 062, 063, 064, 065, 066, 067, 068, 068, 070, 071, 072, 073, 074, 075, 076, 077, 078, 079, 080, 072, 084, 085, 086, 087, 088.	1, 5, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 72, 84, 85, 86, 87, 88.	Se recomienda hacer los ajustes tanto en las preguntas como en el formato de respuesta, según análisis individual por experto e informe de evaluación de la población que diligencio el instrumento en su totalidad. Hacer una reconstrucción de la maya de ítems y un ajuste al instrumento.

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

Para el investigador, a pesar que en la validación de expertos, el Pool de Jueces estuvo de acuerdo con la mayoría de los ítems, se decide refinar el instrumento y contrastado con los hallazgos del análisis de los instrumentos diligenciados por las mujeres, se

decide RETIRAR algunos ítems, sustentado en la coincidencia entre los ítems de nivel mínimo de CVR' (0.6) y la evaluación arrojada por la población objeto (Tabla 24).

**Tabla 25. Resumen de los ítems a retirar según validación de jueces**

CODIGO DEL ITEM (No.)	ITEMS A RETIRAR	CONSIDERACION
058, 072, 073, 082, 084.	58, 72, 73, 82, 84.	Retirar, ítem repetido. Existe Coincidencia entre población objeto y jueces: CVR' 0.6 nivel mínimo de aceptación.
56	56	Retirar y en el componente fisiológico preguntar si tiene disminución del apetito en el ítem 55.
67	67	Retirar, repetido ya se había indagado cada aspecto en forma separada: rabia/ira en casa y el trabajo.
68	68	Retirar, enfocarla en la pregunta 71, indaga el mismo aspecto.

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

Se procede a modificar en el instrumento inicial la malla de ítems según los análisis anteriores, ajustándolo a las categorías empíricas y numéricas del instrumento, acorde al contenido del primer concepto de Lenz y cols., relativo a los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria. En relación al contraste entre el juicio de expertos y la valoración del instrumento por las mujeres seleccionadas en forma siguiente se hacen las modificaciones latentes o sugeridas por los expertos, obteniéndose un reporte de ítems a retirar necesarios para el rediseño de instrumento. (Tabla 25).

El producto final es un instrumento ajustado a las recomendaciones de los expertos, constituido por un número de 67 ítems, mejorados en su semántica, sintáctica y pragmática de la población femenina.

**Tabla 26. Ítems modificados en el instrumento**

ITEMS QUE SE MODIFICAN	ITEMS QUE SE RETIRAN DEFINITIVAMENTE DEL INSTRUMENTO
En el ítem 6 se modificó las opciones de respuesta. Modificaciones en la	<b>8 Repetido</b>

ITEMS QUE SE MODIFICAN	ITEMS QUE SE RETIRAN DEFINITIVAMENTE DEL INSTRUMENTO
pregunta y en el formato de respuestas enfocadas en el alivio.	
En el ítem 9 se modifica el formato de respuesta ajustado al nivel de angustia percibido.	
El ítem 9, se completa en el ítem 10.	<b>9 Repetido</b>
El ítem 12 que se transformó en el ítem 10, luego de retirar los dos anteriores, se le mejora el formato de pregunta centrado en la duración.	
Al ítem 13 y 14 que se convirtió en el ítem 11 y 12, se ajustan a la escala de valoración en el formato de respuesta por encontrarse invertida.	
El ítem 16 que pasa a ser el ítem 14 se ajusta el formato de pregunta y de respuestas.	
El ítem 17 que pasa a ser el ítem 15, se ajusta el formato de pregunta y de respuestas, esta última se encontraba invertida.	
Los ítems 18 y 19 que se convirtió en el ítem 16 y 17 se ajustan tanto la pregunta como el formato de respuesta.	
NUEVO ÍTEM: Por la relevancia del síntoma: FATIGA, se hace necesario colocar un nuevo ítem: el No. 21. Explora el significado o interpretación de la fatiga.	<b>21 Nuevo</b> <b>54 Nuevo</b>
El ítem 23 que se convirtió en el ítem 22, se ajusta el formato de pregunta y se invierte el formato de respuesta por encontrarse contrario.	
Los ítems 25 y 26 que se convirtieron respectivamente en los ítems 24 y 25, reciben modificaciones en el formato de pregunta y respuesta.	
El ítem 27 que se convirtió en el 26, se modifica en el formato de pregunta.	
El ítem 28 que se convirtió en el 27 se modifica el formato de pregunta y respuesta, ampliando la opción de respuesta: asistir a consulta médica.	
Los ítems 29, 30 y 31 que se convirtieron en los ítems 28, 29 y 30 respectivamente: se ajustan en el formato de pregunta y respuesta.	
El ítem 31 que se convirtió en el 32 recibe modificaciones en el formato de pregunta	
El ítem 33 que se convirtió en el 32, recibe modificaciones profundas en la construcción del formato de pregunta y en el de respuesta se amplía la lista de síntomas.	
El ítem 34 que se convirtió en el 33, recibe modificaciones en el formato de pregunta y respuesta, se aumenta el rango de los síntomas.	
Se invierten los ítems 35 por el 36 que pasan a ser los ítems 34 y 35, para darle coherencia a la indagación.	
El ítem 38, 39, 40 y 41 que pasa a ser el 36, 37, 38, 39 se ajustan en su formato de pregunta y respuesta.	
El ítem 41, se transformó en el 40, el cual indaga sobre la tristeza, sufre modificaciones aclaratorias que permitan una mejor formulación y discriminación del ítem frente a la depresión. El ítem 41, se transformó en el 40, el cual indaga sobre la tristeza, sufre modificaciones aclaratorias que permitan una mejor formulación y discriminación del ítem frente a la depresión.	
Los ítems siguientes hasta el 44, reciben modificaciones en los formatos de pregunta y respuesta.	
El ítem 47, se convirtió en el ítem 45, sufre modificaciones aclaratorias para permitir diferenciar este síntoma depresivo de la tristeza.	
Los ítems, 48, 49, 50, 51, 52, 53 y 54 que se convirtieron en 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52 y 53: Se corrige el componente negativo en el formato de pregunta y se refina el formato de respuesta.	
El ítem 54 es un ítem Nuevo, de carácter fisiológico que enfoca el interés y la aceptación de los alimentos. El ítem 57 referente al tema de las relaciones íntimas, se modifica y se sube a la categoría de ítem de componente conductual: aislamiento social y descuido personal; para darle mayor orden al cuestionario.	
Se reorganizan los ítems 56 y 57, respecto a la duración e intensidad de los	<b>56 Repetido</b>

ITEMS QUE SE MODIFICAN	ITEMS QUE SE RETIRAN DEFINITIVAMENTE DEL INSTRUMENTO
síntomas depresivos.	
El ítem 61 que corresponde al ítem 59, al igual que el ítem 62 que se ubicó como el 62, se cambia el formato de la pregunta y se retira el componente negativo.	
Se reconstruyen los formatos de las preguntas y respuestas de los ítems: del 58 al 66.	<b>64, 67, 71, 72, 73, 74, 75, 76 y 77; por estar Repetidos y contenidos en sí en los mismos ítems.</b>
El ítem 78, se convierte en el 67, se modifica el formato de pregunta.	
	<b>82 innecesario. Las fuentes inductoras de sentimientos como la rabia, ira, hostilidad o agresividad dirigida hacia los demás, entrañan un nivel de estrés, que puede en ocasiones ser crónico o cíclico.</b>
Se deja el ítem para contrastar la presencia de un síntoma crónico: ítem 67, frente a los eventos nuevos: generados tal vez por cuadros agudos de rabia, ira y depresión.	<b>84 no es pertinente, porque la duración no es cuestionable en el estrés crónico, puesto que es un síntoma que se persiste en el tiempo.</b>
	<b>79, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 87. Se retiran los ítems por considerarse repetidos e innecesarios.</b>

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

El nuevo diseño de instrumento queda compuesto por una totalidad de 67 ítems. La escala utilizada para discriminar las respuestas es de tipo Likert, en ella se presentan una serie de preguntas o ítems a la mujer y se le pide que autoinforme sus acuerdos o desacuerdos en cada uno de ellos. La escala de valoración de las respuestas tiene incorporado: modelos dicotómicos (NO=1 SI=2) para las dimensiones centrales del instrumento, evitando que la persona responda sobre un síntoma que de hecho no lo ha sentido, el modelo politómico (multinivel: 2 a 5 niveles de respuesta; donde 1 es la ausencia o grado negativo de cada enunciado y el 5 el nivel máximo o el grado positivo de intensidad de la medición, de tal forma que el número mayor, tiene un alto grado del atributo, en contraste con el número menor, para proveer mayor capacidad discriminativa (Anexo 28).

En el test referido al criterio, no se usan por lo tanto baremos y en una escala ordinal, se establece el rango de los puntos de corte que permiten emitir el juicio de positividad del síntoma. Los ítems luego del ajuste semiótico y a pesar de tener juicio de contenido de cada uno de los ítems en el "grado aceptables" y existencia de "acuerdos entre los jueces", el investigador decide entonces retirar 22 ítems y crear 2 nuevos ítems, permitiendo dar un mayor consistencia y afinamiento al atributo del instrumento.

## 4.7 Presentación del instrumento final: WSCDI

### 4.7.1 Discusión.

En esta investigación se propuso diseñar el instrumento de medición de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria, articulando en su indagación teoría de enfermería (TOUS) y teoría psicosocial (LAZARUS Y FOLKMAN), convirtiéndose en un instrumento con mayor capacidad de valoración multidimensional, que se ajusta a las necesidades de indagación de elementos importantes y diferenciadores en la mujer con enfermedad coronaria, que invaden diferentes esferas del Ser.

En forma inicial se realizó la crítica de la Teoría de los Síntomas Desagradables, constructo orientador para el diseño del instrumento; esto con el fin de dar la relevancia e importancia disciplinar no solo en esta temática sino, demostrar el desarrollo y logros que se han derivado de la disciplina con el uso de ésta teoría. Luego haciendo un ejercicio profundamente académico se realizó el escrutinio y posterior crítica: metodológica y empírica a cada uno de los artículos, para poder determinar, cuales serían aquellas que cumplieran los criterios y poder definir cuales serían las Piezas de Investigación del estudio.

Luego de definir los criterios de inclusión de las mujeres con enfermedad coronaria que participarían en la validación y la posterior selección del grupo de Jueces Expertos que enjuiciarían el contenido del instrumento; se somete el primer diseño a validación facial y de contenido.

Los resultados de las validaciones se presentan en forma sencilla, pero se exploran de manera profunda, cada uno de los ítems, en una valoración semiótica, que permitiera desde lo semántico, sintáctico y pragmático, seleccionar los ítems y modificarlos según las observaciones realizadas por sus primeros evaluadores, garantizando la aplicación del modelo psicométrico formal; pero, entendiendo que cada instrumento debe madurar en el tiempo, por el beneficio que representa para la población femenina y la significancia disciplinar, se reconoce la importancia de continuar en otra fase o proceso investigativo, el documentar otros tipos de validaciones, que mejoren sus capacidades psicométricas.

**Desde los aspectos metodológicos**, esta investigación se propuso demostrar el rigor en el manejo de las evidencias; partiendo de la ejecución de pasos importantes, que son aportes a la investigación en enfermería dados por:

1. Evidenciar la importancia de la Teoría de Rango Medio para la práctica de Enfermería y el desarrollo de la investigación.
2. La Crítica Teórica de la Teoría de los Síntomas Desagradables de Elizabeth Lenz y cols., desde la perspectiva de grandes críticos del mundo de la enfermería.
3. Documentación del valor conceptual y empírico de las Teorías: Psicosocial y Teoría de la Enfermedad, de alta significancia para la Psicología; donde se evidencia además, el puente de comunicación entre la Enfermería y la Psicología, como actores protagonistas del abordaje de los Seres Humanos y no de sus patologías aisladas, vistas solo desde el concepto biológico; sino más bien desde la integración de las esferas de lo tangible corporal, con lo intangible: la mente, las emociones y la conciencia.

4. La incorporación del Sistema Teórico Conceptual Empírico de Jacqueline Fawcett enriquecido por el Sistema de Revisiones Integrativas, como dos formas singulares de proveer los marcos de valoración de los aspectos metodológicos y conceptuales empíricos de las piezas investigativas seleccionadas para el diseño de la malla de ítems del instrumento propuesto.

5. **El WSCDI** presenta un instrumento sencillo, reflejo de la practicidad del constructo orientador TOUS, el cual permite indagar en forma multidimensional, elementos valorativos trascendentales en el cuidado de las mujeres, que permitan comprender el fenómeno de los síntomas más allá de su enfermedad, reconociendo el significado de su experiencia y diagnosticar necesidades de apoyo tanto fisiológico y psicosocial.

6. Para valorar el instrumento propuesto se aclara que este modelo fue modificado y queda conformado por un número total de 67 ítems, lo cual luego de las modificaciones sugeridas por los jueces y mujeres con enfermedad coronaria y confirmada por la aplicación de los conceptos de Lawshe para calcular el IVC y el CVR', que el instrumento demuestra capacidad psicométrica; demostrada por un índice de validez de contenido de 0.6 como mínimo valor de los ítems y un índice global de contenido del instrumento en 0.797 puesto que estos índices demuestran que los ítems son unidades representativas de los síntomas que expresan las mujeres con enfermedad coronaria. Es importante aclarar que para ésta investigación, se tuvo como objetivo hacer el diseño del instrumento y las validaciones: Facial y de Contenido, por lo cual, la investigadora consideró las mediciones por medio de la prueba piloto y cruzar esta con las mediciones mas actualizadas en contenido por expertos, como lo son: el Lawshe Normalizado por Tristan 2008 y el modelo propuesto por Escobar y Cuervo 2008, las cuales permitieron de una manera mas objetiva y complementaria, hacer un análisis mas detallado de los ítems que conforman el instrumento.

Existen otros tipos de validaciones con mediciones complejas y bastante precisas, como lo son: Validación de constructo por medio del Analisis Factorial, Validación de Criterio, Concurrente o Predictiva, el cálculo de la Confiabilidad y consistencia interna por medio del Alfa de Conbrach, entre otras; las cuales permitirán someter el instrumento a un verdadero proceso de maduración, necesarios para refinar cada vez más las propiedades psicométricas del mismo, las cuales no son objetivo de la presente investigación y podrán aplicarse en otras etapas investigativas, utilizando métodos como el Analisis Factorial.

7. Se eliminaron un total de 22 ítems y se documentaron los criterios para retirarlos, dado lo borderline de su correlacion intrajueces, la evaluación semiótica y el juicio racional de la investigadora, se pudieron visualizar inmersos o incluidos en otros ítems mas relevantes. Todos los ítems evaluados por el método de Validación de Contenido, lograron ubicarse en su totalidad en categoría de ACEPTABLES; entre los cuales 22 ítems, obtuvieron una medición de CVR' de 0.6 como mínimo y a pesar que estos ítems tenían menos fuerza, se decide modificarlos en el instrumento. Los restantes ítems se les hicieron modificaciones tanto en la pregunta como en el formato de respuesta, ajustados al análisis semiótico.



8. Se propone entonces el Instrumento de Valoración de los Síntomas en la Mujer con Enfermedad Coronaria, en formato tipo AUTOINFORME por su practicidad. Este tipo de instrumento favorece en términos de sencillez, la documentación de información relevante sobre los síntomas de la mujer con enfermedad coronaria y en él, las mujeres enfermas podrían reflexionar sobre su propia experiencia de vivir estos síntomas, y además recabar sobre las implicaciones de la enfermedad coronaria.

9. Este instrumento es un test tipo escala Likert, planteado como formato heteroaplicado, considerando que muchas personas con la enfermedad, pudieran tener limitaciones físicas para su diligenciamiento. Ver Anexo 33. Instrumento final para la Valoración de los Síntomas en la Mujer con Enfermedad Coronaria. (*Women's Symptoms with Coronary Disease Instrument: WSCDI*).

10. Como estrategias de divulgación de los productos derivados de la investigación, se plantean: PARTICIPACION EN EVENTOS ACADEMICOS DE TIPO INVESTIGATIVO NACIONALES E INTERNACIONALES. De forma inicial, los resultados de la investigación fueron presentados en el II Simposio de Estudiantes de Enfermería, Universidad de Caldas, área investigativa; realizado el 7 de mayo de 2013; además fué inscrita y aceptada una ponencia en el Coloquio Nacional de Investigación de Enfermería Cali 2013: sustentación oral; y en el Coloquio Iberoamericano de Investigación ALADEFE, organizado por la Asociación de Escuelas y Facultades de Enfermería a desarrollarse en septiembre 9 al 13 en Montevideo Uruguay. En forma escrita, se prevé la publicación de dos artículos científicos en revistas indexadas: Avances en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia y otro en la Revista: Hacia la Promoción de la Salud, Universidad de Caldas; ambas revista en categoría A2, máxima categoría de indexación. Queda pendiente por demás responder al compromiso adquirido con el Departamento Clínico de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Caldas y la Clínica San Marcel, en los meses de octubre y noviembre respectivamente, con la presentación de los hallazgos a estos dos importantes espacios académicos; compromiso que se hizo de manera anticipada al desarrollo del trabajo investigativo.

11. A grandes rasgos, esta discusión cumple el propósito de dar final a las Validaciones Facial y de Contenido del instrumento inicial, comprobando que los ítems del instrumento alcanzaron y superaron los criterios de garantía psicométrica, por lo tanto estos se convierten en ítems representativos del atributo: Síntomas propios de la mujer con enfermedad coronaria.



## 5. Conclusiones, limitaciones y recomendaciones

### 5.1 Conclusiones

Una vez finalizada la investigación, se obtienen un conjunto de resultados que serán presentados en el siguiente bloque de conclusiones:

En concordancia con el objetivo central de la investigación, se diseñó y se realizó la validación de contenido del instrumento para la Valoración de los Síntomas en la Mujer con Enfermedad Coronaria, enmarcado en la Teoría de los síntomas desagradables, denominado: *WSCDI "INSTRUMENT FOR EVALUATING SYMPTOMS OF CORONARY DISEASE IN WOMEN"*, tipo Autoinforme, Heteroaplicado, de características multidimensionales compuesto por un total de 67 ítems dispuestos en formato de respuesta tipo Likert, el cual es un remanente para la investigación disciplinar, que no debe ser por el momento utilizado en el área clínica, hasta no poseer demostrada madurez y mayor capacidad psicométrica.

La Teoría de los Síntomas Desagradables fue sometida a crítica teórica interna y externa desde la perspectiva de varias personalidades relevantes del mundo de la investigación disciplinar, demostrando a la comunidad científica, la importancia de este constructo para el avance de la práctica clínica e investigación, por su nivel medio de abstracción de fácil aplicabilidad para la práctica clínica. Para el diseño, se instrumentó solo el I° concepto de la TOUS: "Síntomas" cuyas subdimensiones: calidad, intensidad, distrés y duración, aportan los elementos necesarios para ponderar la experiencia de los síntomas clínicos en la mujer con enfermedad coronaria; sin embargo se encontró, que el espectro sintomatológico de género desde esta perspectiva sólo daba respuestas a las dimensiones fisiológicas y psicológicas superando los síntomas descritos por Lenz (dolor, disnea, fatiga y náuseas), lo cual exigía mayor profundidad semiológica, y es a partir de los Síntomas N propuestos en la Tautología de la Teorista, que la investigadora en un proceso analítico visibiliza la posibilidad de articular no solo los síntomas fisiológicos menores y los de tipo psicosocial, articulando en forma novedosa la Teoría psicosocial de Lazarus y Folkman al constructo orientador TOUS.

El instrumento WSCDI diseñado contiene una clara fusión de elementos biológicos, psicológicos (cognitivos) y sociales, propios de la verdadera multidimensionalidad intrínseca de la disciplina y un marco ampliado a la valoración de enfermería de la mujer con enfermedad coronaria. Con él se demuestra el beneficio de utilizar varias teorías en la investigación, cuando el fenómeno es complejo, acortando la brecha transdisciplinar.

Como principal hallazgo investigativo: Los “Síntomas N” fueron denominados para esta investigación: “Síntomas fisiológicos menores y psicosociales desagradables”, lo cual se convierte en un aporte investigativo singular, puesto que desde el año 1995 hasta la fecha, solo se reportan los cuatro síntomas conocidos de la TOUS; este es el aporte principal de esta investigación que permite expandir el I° Concepto teórico de la TOUS y abrir una compuerta de innovación a la teoría para el análisis de otras categorías de síntomas que aún no se han estudiado. Lo anterior podría contribuir en forma tangible a mayor desarrollo y evolución de la teoría en el tiempo logrado por medio de la psicometría, reconociendo que la teoría es la esencia sustantiva de este tipo de estudio, permitiendo a su vez “poner a prueba y probar la capacidad de medición del atributo en la teoría”.

Esta investigación reconoce que el componente psicosocial de hecho hace parte de la perspectiva situacional y las consecuencias planteadas en la TOUS. Pero no han sido claramente debelados. Por tanto, los hallazgos investigativos permitirían plantear a futuro la necesidad de indagar sobre esta categoría de síntomas N en la TOUS y hacer planteamientos que permitan recabar sus dimensiones, para posteriormente hacer las respectivas mediciones y esto podría ser posible a través de la Validación de Constructo, con lo cual se podría llegar hasta nuevas propuestas de en el esquema de la TOUS.

Esta investigación no solo plantea una nueva categoría de síntomas sino que se aporta también a la teoría, otro hallazgo novedoso: dos nuevas dimensiones importantes y necesarias a la hora de valorar el síntoma “DOLOR DE TIPO ISQUÉMICO” la localización y el afrontamiento, los cuales según la evidencia están involucrados en la mujer, dentro de la problemática cognitiva que condiciona la infrarrepresentación del síntoma e influyen por tanto, la toma de decisiones erráticas sobre el manejo del mismo, exponiéndolas a mayor mortalidad.

Cumpliendo con el primer objetivo específico, el rigor metodológico del diseño del instrumento *WSCDI*, surge a partir de la selección de las Piezas investigativas, cribadas por un novedoso sistema de Crítica de literatura: la aplicación del Sistema conceptual Teórico Empírico de Jackeline Fawcett y el Sistema de Revisiones Integrativas; este ejemplar de crítica literaria, la investigadora lo presenta como otro aporte de su investigación, ya que esta doble articulación permitió establecer además el sistema de Ponderación de las evidencias escrutadas, como también, el vasto conocimiento de la semiología de enfermería de la mujer con enfermedad coronaria, potenciando a la disciplina en su capacidad autónoma para la indagación, comprensión y mayor calidad en el cuidado cardiovascular específico para el género.

La muestra para el estudio se considera significativa, la constituyeron: 260 artículos científicos, obtenidos de bases de datos reconocidas en ciencias para la salud, de este pool de evidencias, solo 66 se categorizaron como Piezas Investigativas; de las cuales 30 investigaciones; demostraron poseer rigor Metodológico y Empírico, siendo utilizadas para la generación de la malla de ítems que contiene el instrumento. Este hecho convierte la investigación en un modelo coherente que implica grandes esfuerzos en la construcción de la ciencia de los cuidados, correspondiente a la verdadera Enfermería Basada en la Evidencia, EBE.

En lo referido a la realización de la Validación Facial del *WSCDI* ésta aportó los elementos necesarios para el análisis semiótico de la prueba y fundamentó las

modificaciones necesarias tanto en el ítem como en el formato de respuesta en el *WSCDI*; mejoras que contribuyeron a mayor capacidad en la medición del atributo.

En cuanto a la Validación de Contenido del instrumento *WSCDI*, se demostró su cumplimiento al aplicar en forma simultánea dos sistemas de Validación de Contenido, para ampliar la capacidad de estatificación del instrumento: El método de Lawshe Normalizado por Tristán (2008) (cálculo de validez de contenido  $CVR'$  y el índice de validez de contenido: IVC), y el modelo expuesto por Escobar y Cuervo; la cual contiene los atributos, dimensiones, ítems y sistema de evaluación (suficiencia, coherencia, relevancia y claridad en cada ítem), que posteriormente fue sometido al análisis del Coeficiente de Concordancia de Kendall de la malla de ítems para datos ordinales, utilizada para la comprobación de la consistencia interna, homogeneidad y estabilidad del test calculado por medio del programa SPSS 20.

Resultados del cálculo del IVC de Lawshe para el instrumento *WSCDI* evidencia un valor de 0.797, ésta valoración indica que los ítems son unidades de análisis importantes, como parámetros clínicos en la valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria. Todos los ítems del *WSCDI* obtuvieron un  $CVR' > 0.57$ , donde el valor mínimo de los ítems en la evaluación, fue de 0.6; se determinando que todos los ítems están en el rango de "Ítems aceptables en el instrumento inicial".

Resultados del *W de Kendall para el instrumento WSCDI* obtuvo un puntaje de 0.758, el cual debe ser mayor de 0.5 para todo el test, el *W de Kendall*, obtenido, permite elucidar que se acepta la hipótesis del investigador, y por ende se rechaza la hipótesis nula, esto permite interpretar que la cifra estimada está comprendida en el rango (0.61 y 0.80), lo cual indica: "el instrumento *WSCDI* tiene un nivel de concordancia considerada como Buena". Ambas mediciones tuvieron aceptación de todo el instrumento y de la malla de ítems, pero luego del análisis semiótico y de la limpieza del instrumento, reflejo del juzgamiento por expertos, se decide retirar de los 87 ítems del formato inicial: 22 ítems por contener un *W Kendall* de 0.6 borderline y se crean 2 ítems más, dejando un instrumento cuyo Formato Final lo componen 67 ítems.

Las validaciones son más difíciles de lograr mientras mas abstracto sea el constructo que se desea medir, todas las mediciones estas expuestas a márgenes de error y nunca son perfectas, por tanto la TMR TOUS, es un constructo que demuestra capacidad de confrontación con la realidad práctica que vive enfermería y permite para el caso, los elementos centrales de la valoración del fenómeno sintomatológico tanto implícito como explícito de la mujer con enfermedad coronaria.

Con estas Validaciones iniciales aplicadas al diseño psicométrico propuesto, se "prueba teoría", expresada por la doctora Céspedes Cuesvas como la acción de poner a prueba la Teoría, para refutarla, confirmarla o expandirla; por lo tanto se demostró que la TOUS como marco teórico del instrumento *WSCDI*, puede aumentar su capacidad para articular nuevos o tal vez desconocidos síntomas en la categoría de Síntomas N y esto se considera un aporte a la confirmación y expansión teórica. Se genera capacidad en la disciplina para generar y transformar el conocimiento para la solución de los problemas de su práctica, disminuyendo las barreras entre médicos y profesionales de enfermería; se innova en la práctica basada en conocimiento científico, que se acerca más a su realidad cotidiana y a su filosofía del cuidado.

La investigación disciplinar en enfermería, demuestra en forma plausible que sí existe verdadero interés y compromiso, en buscar soluciones a las problemáticas del cuidado que afectan a muchas poblaciones de mujeres por este flagelo.

Se realza el avance de enfermería en la búsqueda de formas especiales y novedosas en el cuidado, mayores oportunidades a la mujer para comprender sus experiencias, validar sus significados y proveer la respuesta necesaria que le permita superar o trascender las dificultades que perturban su salud y bienestar.

Finalmente, incursionar en la psicometría, ir más allá del paradigma tradicional, es un reto que se asume con responsabilidad social disciplinar y ética; improntas nacientes de la formación de alto nivel, gestadas en los claustros universitarios comprometidos con los habitantes de su país. Tal vez esto contribuya a desmitificar el modelo de la mujer con cardiopatía isquémica, desde un enfoque clínico y se aportan elementos importantes en la identificación del modelo femenino de construcción de los factores psicosociales que contribuyen a elevar el riesgo de las mujeres para el desarrollo de cardiopatía isquémica.

## 5.2 Limitaciones

Teniendo en cuenta lo anterior y partiendo del concepto que interpretar los síntomas es complejo, algunos investigadores ya se han planteado la necesidad de continuar profundizando en las dimensiones de la experiencia del dolor; sino también en la identificación y clarificación del concepto de los síntomas, como de sus atributos, lo cual tendría que repercutir en la afinación y cambio en los puntos focales de las mediciones a futuro.

Derivado del proceso de revisión, Crítica Metodológica y Empírica, en el área temática: síntomas en la mujer con enfermedad coronaria, se evidencia escasa existencia de sistemas de medición. No hay homogeneidad en los hallazgos, se requiere por tanto tipificar los síntomas en el contexto cultural, puesto que el trasfondo cultural es un elemento conductor a la hora de evaluar sintomatología en la mujer, en este caso, la evidencia es más precaria y es una gran acondicionadora de su expresión. Un reflejo de esta realidad en la disparidad de los hallazgos, mientras algunos escasos estudios continúan afirmando que el dolor torácico no es síntoma importante en la mujer, la gran mayoría defienden la tesis que es el signo central de la expresión coronaria, aunque no es el equivalente a oclusión coronaria.

Un verdadero problema es que las evidencias de muchos estudios no son homogéneas, razón por la cual, existe dificultad para que las propuestas sean extrapolables a la mayoría de la población. Aunque existe un sin número de estudios en el área temática, publicados en revistas indexadas tanto nacionales como internacionales, es importante resaltar a la luz de la visión de la investigadora, la carencia de rigurosidad investigativa en varios estudios.

Las mayores limitaciones se focalizan en la carencia de rigor científico y metodológico de muchos de los trabajos revisados, de igual forma la carencia de consenso. Aunque existe una abundante cosecha de estudios cuantitativos, se podría decir son fuente primaria médica; los estudios cualitativos son exclusivamente reportados por enfermería y psicología, demostrando en estas disciplinas una coherente reflexión por las experiencias y significados de la salud del ser humano en una visión integral y holística, contraria al

modelo biomédico centrado en “el cuerpo enfermo”. Esto se convierte en una limitante, debido al menor número de estudios y a la hegemonía de estudios cuantitativos sobre los cualitativos.

La carencia de publicaciones colombianas que contextualicen y caractericen el cuadro sintomático de la mujer con enfermedad coronaria, son una de las principales falencias que no permiten con certeza poseer el conocimiento necesario para la construcción de instrumentos con gran pertinencia desde el significado semiótico diferenciador de las diversas regiones del país.

Existe un problema de SESGO DE PUBLICACIÓN, puesto que a pesar de contar con evidencia investigativa en Colombia, muchos de los trabajos no han sido publicados, por lo tanto no existen en el mundo de la evidencia como piezas investigativas; convirtiéndose en esfuerzos derrotados para el avance de la investigación disciplinar.

De acuerdo con lo anterior, se suma que las publicaciones de enfermería colombiana indexadas por Publindex, en los últimos años son cada vez menores. Lo anterior conduce a cuestionar el compromiso investigativo y la responsabilidad disciplinar de la comunidad científica de enfermería, relativo a la divulgación de los hallazgos investigativos; los cuales permiten no solo dar utilidad, evaluar y reconstruir el conocimiento por la misma comunidad, como también, aportar al mejoramiento en la calidad y producción de conocimiento por medio de la investigación<sup>773</sup>; situación que impide el avance en la práctica profesional como también el desarrollo teórico e investigativo de la ciencia y disciplina de enfermería<sup>774</sup>.

### 5.3 Recomendaciones

Se recomienda que el instrumento desarrollado **WSCDI**, sea sometido en otras etapas investigativas a nuevas validaciones que permitan, acelerar la curva de calidad psicométrica, por medio de: Validez de Criterio (concurrente o predictiva), Validez de Constructo por medio del Análisis Factorial y la obtención de la Confiabilidad por medio del Alfa de Conbrach. Estas mediciones le permitirán madurar en el tiempo y proveerán mayor garantía psicométrica al diseño planteado.

El nivel de aplicación del instrumento **WSCDI** construido, por lo pronto, es de utilidad investigativa y no a nivel clínico, debido a la necesidad de enfrentarlo a validaciones de mayor correlación de sus elementos constitutivos entre sí. Se piensa que en un futuro no lejano se pueda utilizar en el tamizaje de mujeres mayores de 45 años con síntomas de la enfermedad coronaria.

Es perentorio desarrollar un diseño en formato corto, posterior a otras validaciones, el cual esté más ajustado a los tiempos hospitalarios y proponer un sistema de educación continuo, enfocado en el entendimiento de la sintomatología específica de la mujer, tanto para todos los equipos de salud, como para la población en general.

---

<sup>773</sup> TRISTAN LOPEZ, Agustín. Op cit., p. 164.

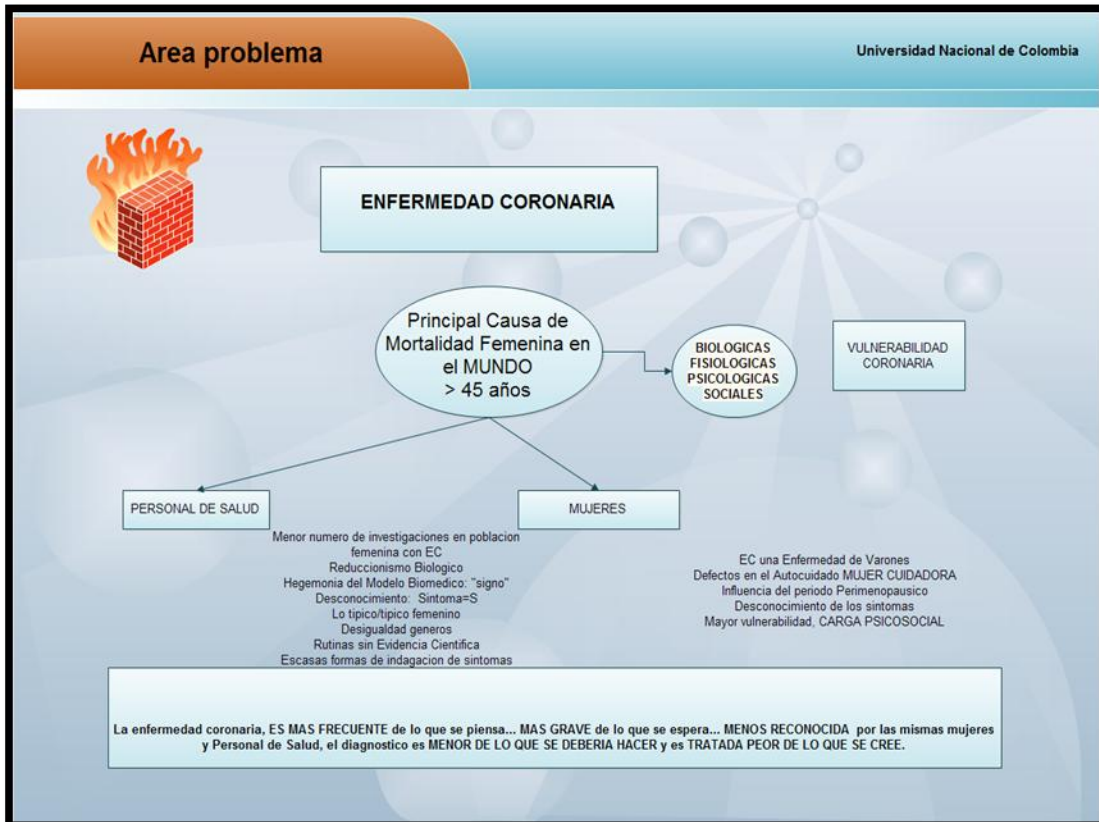
<sup>774</sup> *Ibíd.*, p. 165.

Por todo lo anterior, se piensa que esta investigación contribuye al avance de la enfermería en el área cardiovascular, se aportan elementos útiles para la investigación, la educación y la práctica reflexiva del cuidado centrado en el objeto de la disciplina; también se envía un mensaje novedoso e invitación a transformar los tradicionales patrones de valoración pensados desde el cuidado, aportantes a la reivindicación de la autonomía profesional y a la visibilización de la contribución de enfermería a la solución de los problemáticas focales de las sociedades del mundo, como lo es la enfermedad coronaria; de esta manera se lograría aportar: una mayor calidad diagnóstica clínica puede significar también, un mejor tratamiento para las mujeres no solo colombianas sino del mundo.



# Anexos Figuras

Figura 13. Área Problema



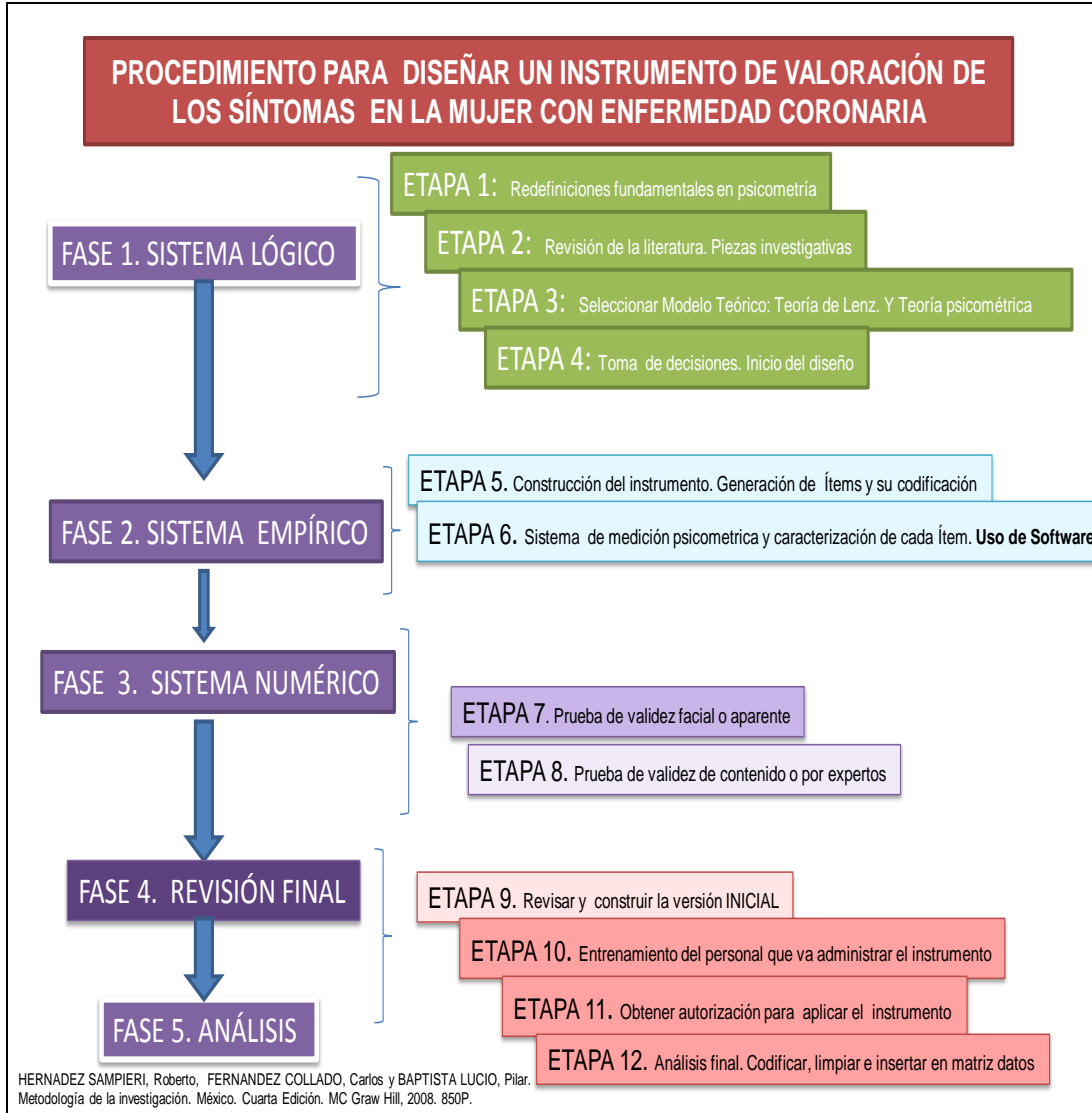
Fuente: Elaboración propia de la investigación.

**Figura 14. Características clínicas típicas de las mayores causas de molestia precordial aguda (isquemia/lesión).****CUADRO 12-2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS TÍPICAS DE LOS CUADROS PRINCIPALES QUE ORIGINAN MOLESTIA RETROESTERNAL AGUDA (Acute Chest Discomfort) Pág. 22**

CONDICION	DURACION	CALIDAD	LOCALIZACION	CARACTERISTICAS ASOCIADAS
Angina (Angina)	Más de 2 horas y menos de 10 min.	Opresivo Compresivo Constrictivo Tipo peso Ardoroso o quemante	Retroesternal principalmente con irradiación al cuello, la mandíbula, los hombros los brazos (a menudo el izquierdo), o como molestia circunscrita a tales sitios.	Precipitado por el ejercicio, exposición al frío y estrés psicológico.  Ritmo de S <sub>4</sub> Galope o insuficiencia mitral durante el dolor.
Angina Inestable (Unstable Angina)	10–20 min.	Similar a la angina pero más severo.	Similar a la angina	Similar a la angina, pero ocurre con bajos niveles bajos de ejercicio o a veces en reposo.
Infarto Agudo al Miocardio (Acute Myocardial Infarction)	Variable; a menudo más de 30 min.	Similar a la angina pero frecuentemente más severo	Similar a la angina	No se alivia con nitroglicerina  Puede acompañarse de falla cardíaca o arritmias


**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

**Figura 15. Procedimiento para diseñar un instrumento de valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria.**



**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

## Anexo 1. Aval Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE ENFERMERÍA  
UNIDAD DE GESTIÓN E INVESTIGACIÓN

UGI-0214-2010  
Bogotá D.C., 24 de Noviembre de 2010


Profesora  
**MAGDA LUCIA FLOREZ**  
Coordinadora Posgrados de Enfermería  
Facultad de Enfermería  
Universidad Nacional de Colombia

Respetada Profesora:


De la manera más atenta me permito remitirle las recomendaciones emitidas por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, en sesión del 22 de Noviembre de 2010 Acta No.17, una vez analizado el proyecto de Maestría en Enfermería "DISEÑO, VALIDACION FACIAL Y DE CONTENIDO DE UN INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LOS SÍNTOMAS EN LA MUJER CON ENFERMEDAD CORONARIA, ENMARCADA EN LA TEORIA DE LOS SÍNTOMAS DESAGRADABLES" de la estudiante Cándida Rosa Castañeda Valencia, directora profesora Magda Lucía Flórez, se permite dar aval desde los aspectos éticos y sugiere incluir las recomendaciones. Anexo formato Instrumento de Valoración de Aspectos Éticos diligenciados por los lectores asignados. (4 folios).


Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo. (Resolución No. 077 del 2006 del Consejo de Facultad de Enfermería).

Atentamente,



**SANDRA GUERRERO GAMBÓIA**  
Presidenta Comité de Ética  
Facultad de Enfermería  
Universidad Nacional de Colombia



Rebido Por:  Hora: 11:20

2010

---

Carrera 30 # 45.03 Torre de enfermería Piso 8 Oficina 805  
Conmutador: 57 (1) 3165000 Extensión 17020  
Telefax: 57 (1) 3165000 Extensión 17021  
Correo visotol@unal.edu.co  
Bogotá Colombia, Sur América  
C O L O M B I A

**Anexo 2: Solicitud Aval Ético IPS Confamiliares, Clínica San Marcel Manizales.**

Manizales, marzo 26 de 2012

Doctor

**CARLOS EDUARDO GOMEZ RAMIREZ**

Gerente Clínica San Marcel

Director científico de la IPS Confamiliares Manizales

Estimado doctor,


La Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá, viene adelantando la formación de Maestría de Enfermería con énfasis en cuidado Cardiovascular desde la ciudad de Manizales. En ese grupo me yo como estudiante CANDIDA ROSA CASTAÑEDA VALENCIA, identificada con CC: 24 497 297 de la Tebaida Quindío, a este tiempo ya terminé materias de maestría y me encuentro en la fase de TESIS.

Mi trabajo de investigación está adscrito a la línea de investigación de la Universidad Nacional: CUIDADO PARA LA SALUD CARDIOVASCULAR, en el tema de: MUJER CON ENFERMEDAD CORONARIA, clasificado por Colciencias en clase B. el título del proyecto es: "DISEÑO, VALIDACIÓN FACIAL Y DE CONTENIDO DE UN INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LOS SÍNTOMAS EN LA MUJER CON ENFERMEDAD CORONARIA, ENMARCADA EN LA TEORÍA DE LOS SÍNTOMAS DESAGRADABLES". El estudio es de tipo metodológico de características psicométricas, cuyo objetivo es la creación de un instrumento científico, que permita la valoración multidimensional de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria, teniendo en cuenta que no existe en la actualidad este tipo de herramientas clínicas.

Frente lo anterior, de manera muy respetuosa, solicitamos considerar la posibilidad de obtener el aval ético institucional para que sea realizado un primer TEST aplicado en promedio a 10 pacientes hospitalizadas que hubiesen cursado con la sintomatología, lo cual nos permitiría refinar dicho instrumento y colaboraría de manera importante a brindar la validez requerida y previamente verificada por panel de expertos en la temática cardiovascular. El proyecto cuenta con el aval escrito del comité de ética de la universidad nacional referido desde el 25 de noviembre de 2010 y se enmarca en la disposición de cumplir con cada uno de los requisitos como el consentimiento informado en los que se apoya la investigación. Dicha posibilidad, fomenta y estimula el avance de la investigación en nuestra Alma Mater, por tanto se estaría en condiciones concertar la forma de socializar los hallazgos con su institución, según se requiera. Anexo certificación de la UNAL.

Dicha prueba se planea para el mes de junio de 2012, por lo cual esperamos se pueda agendar la pertinencia del mismo frente a su comité de ética.

Respetuosamente,

  
CANDIDA ROSA CASTAÑEDA VALENCIA, Estudiante de Maestría de enfermería. Universidad Nacional de Bogotá. Enfermera Especialista en Cuidado Crítico. Docente Departamento Clínico. Universidad de Caldas.

CC: Marlon Carolina Catillo Aguirre. Enfermera Gestión de Calidad. IPS Confamiliares Manizales.

**Anexo 3. Aval Validación IPS Confamiliares, Clínica San Marcel Manizales.**

Manizales, 15 de Junio de 2012

FUUTS

Enfermera  
CANDIDA ROSA CASTAÑEDA VALENCIA  
Estudiante de Maestría de Enfermería – Universidad Nacional  
La ciudad

Cordial saludo

Después de analizada la solicitud por usted elevada con el fin de permitir la aplicación de la Escala de Valoración de los Síntomas en la Mujer con Cardiopatía Isquémica en las usuarias de Clínica San Marcel en los meses de julio y agosoto de 2012; quiero informarle que se ha autorizado la misma.

Atentamente

*Bládison Chica Montes*  
Bládison Chica Montes  
Médico Dirección Científica  
Confamiliares IPS



*La empresa de tu bienestar*

www.confamiliares.com  
confamiliares@confamiliares.com  
Manizales-Caldas-Colombia

Sede La 50  
Sede San Marcel  
Sede Centro  
Sede La Asunción

Carrera 25 calle 50 Tel:8783111 Fax:8783173  
Carrera 30 No. 93-25 Av. Alberto Mendoza Tel:8748680  
Carrera 24 No. 20-46 Tel:8842700  
Calle 51C Carrera 15B Tel:8954600

**Anexo 4. Modelo para la aplicación de la Crítica Metodológica y aplicación del Sistema Conceptual Teórico Empírico S-CTE. Estudios Cualitativos.**

ESTADO DEL ARTE DE LA INVESTIGACION: MODELO DE REVISION INTEGRATIVA Y SISTEMA CONCEPTUAL EMPIRICO								
DISEÑO DEL INSTRUMENTO PARA LA VALORACION DE LOS SINTOMAS EN LA MUJER CON ENFERMEDAD CORONARIA								
INFORMACION GENERAL		ELEMENTOS DEL MARCO DE REFERENCIA 25%		ELEMENTOS DEL MARCO TEORICO 5%	ELEMENTOS DEL MARCO DE DISEÑO 40%	ELEMENTOS DEL MARCO DE ANALISIS 30%	RESUMEN	PONDERACION DE LA EVIDENCIA PARA LA REVISION INTEGRATIVA (PE)
ODIGO	REFERENCIA DEL ARTICULO	DISCIPLINA ENFERMERIA (E)	PROBLEMA DE INVESTIGACION (PI) 5%	ASERVOS EN EL SOPORTE TEORICO DE LA INVESTIGACION (ST) 5%	TIPO DE ESTUDIO (TE) 5% -La Investigación convergente -asistencial. -Investigación-acción. -Fenomenológico. -Etnometodológico. -Análisis de contenido. -Estudio de caso. -Teoría fundamentada en los datos. -Estudio exploratorio. -Estudio descriptivo. -Estudio etnográfico. -Representaciones sociales. -Investigación participante. -Estudio hermenéutico de carácter evaluativo. -Investigación cualitativa e histórica. -Relato de experiencia. -Artículo de Reflexión.	VALIDEZ INTERNA (VI) 10% (coherencia entre el título y objetivos, marco referencia)	PRINCIPALES HALLAZGOS (PH)	Grado de clasificación Grado I= Alto Grado II= Medio Grado III= Baja calidad EC I EC II EC III
	AUTORES	MEDICINA (M)				OBJETIVO O MOTIVACION PARA EL ESTUDIO (O) 5%		
	TITULO PAIS AÑO	PSICOLOGIA (PS)	JUSTIFICACION (J) 5%	TÉCNICA O PROCESO DE ANÁLISIS DE DATOS ESTADÍSTICA (E) 5% -Descriptiva -Análisis multivariado -Pruebas correlacionadas univariables -Análisis de contenido - Modelo de regresión				
			REVISION BIBLIOGRAFICA Y SUSTENTACION DEL	POBLACION OBJETO (PO) 5% 1.MUJERES Y HOMBRES (M y H) 2,5 % 2.MUJERES				

			<b>AREA PROBLEMA (RB Y SAP)</b> 10% 30 estudios=100%		<b>EXCLUSIVAMENTE (M)</b> 5 %			
					<b>TAMAÑO DE LA MUESTRA (TM)</b> 5%	<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES (R/C)</b> 5% Discusión de resultados y conclusiones		
					<b>ESTRATEGIA DE SELECCIÓN DE INFORMANTES (SI)</b> 5% 1.POR SATURACION 2.POR CONVENIENCIA 3. OTROS.			
					<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN (CI)</b> 5%: -Síntomas de EC: 5% -Síntomas de SCA: 5% -Síntomas de IAM: 5% -Síntomas de Angina: 5% -Dolor de pecho inexplicable: 2%			
					<b>TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN (TRI)</b> 5%: -Narrativas: N -Observación participante: OP -Entrevistas semiestructuradas: ESE -Entrevistas estructuradas: EE -Listados estandarizados de síntomas: LES -Otros instrumentos OI			
					<b>CUMPLIMIENTO DE LOS ASPECTOS ÉTICOS (AE)</b> 10%			

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.



**Anexo 5. Modelo para la aplicación de la Crítica Metodológica y aplicación del Sistema Conceptual Teórico Empírico S-CTE. Estudios Cuantitativos.**

INFORMACIÓN GENERAL			ELEMENTOS DEL MARCO DE REFERENCIA 25%	ELEMENTOS DEL MARCO DE DISEÑO 45%	ELEMENTOS DEL MARCO DE ANÁLISIS 30%	RESUMEN	PONDERACION DE LA EVIDENCIA (PE)
CODIGO	REFERENCIA DEL ARTICULO	DISCIPLINA ENFERMERIA (E) MEDICINA (M)	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION (PP) 5%	TIPO DE ESTUDIO (TE) 5% -Randomizados -Controlados -Ensayos clínicos -Estudios descriptivos de corte transversal. Retrospectivo, prospectivo. -Estudios correlacionales	VALIDEZ INTERNA (VI) 10% (coherencia entre el título y objetivos, marco referencia)	PRINCIPALES HALLAZGOS (PH)	Grado de clasificación Grado I= Alto Grado II= Medio Grado III= Baja calidad EC I EC II EC III
	AUTORES						
	TITULO	PSICOLOGIA (PS)	OBJETIVO O MOTIVACION PARA EL ESTUDIO (O) 5%	POBLACION OBJETO (P) 10% -Mujeres y Hombres (M y H) 5% -Mujeres exclusivamente (M) 10%	TÉCNICA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS (AE): 10% -Estadística descriptiva -Análisis multivariado -Pruebas correlacionadas univariadas -Análisis de contenido -Modelo de regresión -Análisis no descrito: 5%		
	PAIS						
AÑO							
			JUSTIFICACION (J) 5%	TAMANO DE LA MUESTRA (TM) 5%			
			REVISION BIBLIOGRAFICA Y SUSTENTACION DEL AREA PROBLEMA (RB Y SAP) 10% 100 artículos=10%	TIPO DE MUESTREO (M) 5% -Por conveniencia: 4% -Teórico: 4% -Aleatorizado: 5%	DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES (DR/C) 10%		
				CRITERIOS DE INCLUSIÓN (CI) 5%: -Síntomas de SCA: 5% -Síntomas de IAM: 4% -Síntomas de Angina: 4% -Dolor de pecho inexplicable de alta probabilidad coronaria: 3% -Sin ningún tipo de antecedente:2%			
				CONFLICTOS ÉTICOS (CE) 5%			

				<b>TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN (TRI)</b> <b>10%:</b> -Registros médicos: 5% -Entrevistas semiestructuradas: ESE: 10% -Entrevistas estructuradas: EE 10% -Listados estandarizados de síntomas: LES: 10% -Otros instrumentos: 5%			
--	--	--	--	---	--	--	--

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

**Anexo 6. Modelo para la aplicación de la Crítica Metodológica y aplicación del Sistema conceptual Teórico Empírico S-CTE. Estudios Sumativos.**

INFORMACIÓN GENERAL			ELEMENTOS DEL MARCO DE REFERENCIA 40%	ELEMENTOS DEL MARCO DE DISEÑO 30%	ELEMENTOS DEL MARCO DE ANALISIS 30%	RESUMEN	PONDERACION DE LA EVIDENCIA PARA LA REVISION INTEGRATIVA (PE)
CODIGO	REFERENCIA DEL ARTICULO	DISCIPLINA	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA (PP) 10%	TIPO DE REVISIÓN (TR) 20% -Artículo de Revisión - Metanálisis - Meta-síntesis	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES (DR/C) 30%	PRINCIPALES HALLAZGOS (PH)	Grado de clasificación MEDIO Grado I= Alto Grado II= Medio Grado III= Baja calidad ES: MI ES: MII ES: MIII
		ENFERMERIA (E)					
	MEDICINA (M)						
AUTORES TITULO PAIS AÑO	PSICOLOGIA (PS)	MOTIVACION PARA EL ESTUDIO OBJETIVO DE INTERES (O) 10%	CONFLICTOS ÉTICOS (CE) 10%				
		REVISION BIBLIOGRAFICA Y SUSTENTACION DEL AREA PROBLEMA (RB Y SAP) 20% Sí 100 artículos=20%					

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

**Anexo 7. Modelo para la Crítica Empírica en todos los estudios.**

TEMA GENERAL: LOS SÍNTOMAS EN LA MUJER CON ENFERMEDAD CORONARIA					
DATOS ANALIZADOS					
SISTEMA LOGICO	SISTEMA EMPIRICO			CATEGORIZACION	
ATRIBUTO O CONSTRUCTO	DIMENSIONES	INDICADORES	EVIDENCIAS RELACIONADOS CON CADA SUBCATEGORIAS	PONDERACION	
<b>S Í N T O M A S  C O R O N A R I O S</b>	1.DISNEA	CALIDAD			
		INTENSIDAD			
		ANGUSTIA			
		DURACION -< 1 hora -De 1 a 3 horas - Más de 3 horas			
	2.NAUSEAS	CALIDAD			
		INTENSIDAD			
		ANGUSTIA			
		DURACION: -< 1 hora -De 1 a 3 horas - Más de 3 horas			
	3.FATIGA	CALIDAD			
		INTENSIDAD			
		ANGUSTIA			
		DURACION -< 1 hora -De 1 a 3 horas - Más de 3 horas			
	4.DOLOR DE TIPO ISQUÉMICO MANIFESTADO EN ALGUNA PARTE DEL CUERPO	CALIDAD			
		INTENSIDAD			
		ANGUSTIA			
		DURACION -< 1 hora -De 1 a 3 horas - Más de 3 horas			
	5.DISTRÉS	CALIDAD			
		INTENSIDAD			
		ANGUSTIA			
		DURACION -< 1 hora -De 1 a 3 horas. - Más de 3 horas			
	6.ANSIEDAD	CALIDAD			
		INTENSIDAD			

		ANGUSTIA	
		DURACION -< 1 hora -De 1 a 3 horas - Más de 3 horas	
	7.IRA/HOSTILIDAD	CALIDAD	
		INTENSIDAD	
		ANGUSTIA	
		DURACION -< 1 hora -De 1 a 3 horas -Más de 3 horas	
	8.DEPRESION	CALIDAD	
		INTENSIDAD	
		ANGUSTIA	
		DURACION -< 1 hora - De 1 a 3 horas - Más de 3 horas	

**Anexo 8. Sistema de Ponderación de los factores relevantes de la Crítica Metodológica para los Estudios Cualitativos.**

FACTOR	NUMERO DE CARACTERISTICAS	VALOR PORCENTUAL ESPECÍFICO ENCONTRADO SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS	VALOR OTORGADO POR EL GRUPO EVALUADOR PARA LA PONDERACION
MARCO DE REFERENCIA	1.Problema de investigación	5%	25%
	2.Objetivo del estudio	5%	
	3.Justificación	5%	
	4. Revisión bibliográfica Y sustentación área problema	10%	
MARCO TEORICO	1.Aservo en el soporte teórico	5%	5%
MARCO DE DISEÑO	2.Tipo de estudio: --La Investigación convergente-asistencial. -Investigación-acción. -Fenomenológico. -Etnometodológico. -Análisis de contenido. -Estudio de caso. -Teoría fundamentada en los datos. -Estudio exploratorio. -Estudio descriptivo.		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Estudio etnográfico.</li> <li>-Representaciones sociales.</li> <li>-Investigación participante.</li> <li>-Estudio hermenéutico e investigación de carácter evaluativo.</li> <li>-Investigación cualitativa e histórica.</li> <li>-Relato de experiencia.</li> <li>-Artículo de Reflexión.</li> </ul>	5%	40%
	3.Poblacion objeto: -H y M= 5% -M= exclusivamente 10%	5%	
	4.Tamaño de la muestra	5%	
	5.Estrategia de selección de los informantes PS= por saturación PC= por conveniencia	5%	
	6.Criterios de inclusión: -Síntomas de SCA -Síntomas de IAM -Síntomas de Angina -Dolor de pecho inexplicable	5%	
	7.Técnica de recolección de la información: -Narrativas: N -Observación participante: OP -Entrevistas semiestructuradas: ESE -Entrevistas estructuradas: EE -Listados estandarizados de síntomas: LES -Otros instrumentos OI	5%	
	8.Cumplimiento de los Aspectos éticos	10%	
MARCO DE ANALISIS	1.Validez interna (Coherencia entre título, objetivos y marco de referencia)	10%	30%
	2. Criterios de evaluación crítica: (Significado de contexto, patrones recurrentes y saturación).	10%	
	3. Técnica o proceso de análisis de datos (estadística): -Descriptiva -Análisis multivariado -Pruebas correlacionadas univariadas -Análisis de contenido - Modelo de regresión	5%	
	4.Principales hallazgos: Discusión de resultados y conclusiones	5%	
TOTAL PONDERADO			100%

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

### Anexo 9. Sistema de Ponderación de los factores relevantes de la Crítica Metodológica para los Estudios Cuantitativos.

FACTOR	NUMERO DE CARACTERISTICAS	VALOR PORCENTUAL ESPECÍFICO ENCONTRADO SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS	VALOR OTORGADO POR EL GRUPO EVALUADOR PARA LA PONDERACION
ELEMENTOS DEL MARCO DE REFERENCIA	1.Planteamiento del problema de investigación	5%	30%
	2.Objetivo del estudio	10%	
	3.Marco teórico	10%	
	4. Revisión bibliográfica y sustentación área problema.	5%	
ELEMENTOS DEL MARCO DE DISEÑO	1.Tipo de Estudio: -Randomizados -Controlados -Ensayos clínicos -Estudios descriptivos de corte transversal. Retrospectivo, prospectivo. -Estudios correlacionales -Estudios...	5%	35%
	2.Poblacion objeto: -H y M= 5% -M= exclusivamente 10%	10%	
	3.Tamaño de la muestra	5%	
	4.Tipo de muestreo: -Por conveniencia -Teórico -Aleatorizado	5%	
	5.Criterios de inclusión: -Síntomas de SCA -Síntomas de IAM -Síntomas de Angina -Dolor de pecho inexplicable de alta probabilidad coronaria	5%	
	6.Técnica de recolección de la información: -Registros médicos -Entrevistas semiestructuradas: ESE -Entrevistas estructuradas: EE -Listados estandarizados de síntomas: LES -Otros instrumentos OI	5%	
	7. Conflictos éticos	10%	
ELEMENTOS DEL MARCO DE ANALISIS	1.Validez interna (Coherencia entre título, objetivos y marco de referencia)	10%	

	<b>2.Técnica de Análisis estadístico de los datos:</b> -Estadística descriptiva -Análisis multivariado -Pruebas correlacionadas univariadas -Análisis de contenido -Modelo de regresión	10%	30%
	<b>4.Principales hallazgos: Discusión de resultados y conclusiones</b>	10%	
<b>TOTAL PONDERADO</b>			<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.



**Anexo 10. Sistema de Ponderación de los factores relevantes de la Crítica Metodológica para los Estudios Sumativos.**

FACTOR	NUMERO DE CARACTERISTICAS	VALOR PORCENTUAL ESPECÍFICO ENCONTRADO SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS	VALOR OTORGADO POR EL GRUPO EVALUADOR PARA LA PONDERACION
ELEMENTOS DEL MARCO DE REFERENCIA	1.Planteamiento del problema de investigación	5%	30%
	2.Objetivo del estudio	10%	
	3.Marco teórico	10%	
	4. Revisión bibliográfica y sustentación área problema.	5%	
ELEMENTOS DEL MARCO DE DISEÑO	5.Tipo de Revisión -Metanálisis -Metasíntesis -Artículo de Revisión -Artículo de Reflexión	5%	20%
	6. Conflictos éticos	5%	
ELEMENTOS DEL MARCO DE ANALISIS	7.Principales hallazgos: Discusión y conclusiones	10%	
TOTAL PONDERADO			50%

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

### Anexo 11. Rangos de ponderación de las Piezas de Investigación y de sus evidencias

RANGOS DE PONDERACION	RANGOS SOBRE PORCENTAJE <b>DE CALIDAD DE LAS EVIDENCIAS</b>	REFERENTE CUALITATIVO
III	<p><b>&lt; al 59%</b></p> <p>La investigación muy probablemente puede tener algún importante impacto en la confianza, en la estimación del efecto y tal vez puede cambiar sus estimaciones. Algunas otras evidencias carecen de estimación.</p> <p>-Existen estudios con una o más limitaciones severas. -Son opiniones de Expertos. -Carecen de evidencia investigativa directa. -Presenta ambas fallas penalizadas por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 15% Metodología. (coherencia interna y externa: marco de referencia, de diseño y de análisis)</li> <li>• 5% Bajo Aporte empírico.</li> <li>• 10% Limitaciones severas.</li> <li>• 10% Conflictos éticos.</li> </ul>	Bajo
II	<p><b>60% a 79%</b></p> <p>La investigación puede tener un importante impacto en la confianza y efecto de las estimaciones; además sus estimaciones pueden cambiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los estudios en su mayoría tienen demostrada alta calidad.</li> <li>• 10% algunos estudios tienen limitaciones severas.</li> <li>• Presenta en una o en otra, fallas penalizadas por: 15% defectos en la Metodología. (coherencia interna y externa: marco de referencia, de diseño y de análisis),</li> <li>• 5% Aporte empírico.</li> <li>• 5% Puede contener conflicto ético.</li> <li>• 5% Puede contener limitaciones de alguna importancia.</li> </ul>	Medio
I	<p><b>80% a 100%</b></p> <p>La investigación tiene muy poca probabilidad de cambiar la confianza del efecto de sus estimaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diversos estudios demuestran alta calidad y resultados consistentes.</li> <li>• En casos especiales: estudios multicéntricos, de gran calidad.</li> <li>• Óptimo desarrollo demostrado desde lo Metodológico. (Coherencia interna y externa: marco de referencia, de diseño y de análisis claros). Gran Aporte empírico. Rigurosidad en la evaluación de los datos.</li> </ul>	Alto

RANGOS SOBRE PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	REFERENTE CUALITATIVO
80% a 100	<b>Alto= I</b>
60% a 79%	<b>Medio= II</b>
<59%	<b>Bajo= III</b>

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

**Anexo 12. Crítica Metodológica para los Estudios Cualitativos.**

**MODELO PARA LA REVISION Y CRÍTICA METODOLOGICA**  
**ESTUDIOS CUALITATIVOS (ECUAL)**

ESTADO DEL ARTE DE LA INVESTIGACION: MODELO DE REVISION INTEGRATIVA Y SISTEMA CONCEPTUAL EMPIRICO SCT-E								
DISEÑO DEL INSTRUMENTO PARA LA VALORACION DE LOS SINTOMAS EN LA MUJER CON ENFERMEDAD CORONARIA								
INFORMACIÓN GENERAL			ELEMENTOS DEL MARCO DE REFERENCIA 25%	ELEMENTOS DEL MARCO TEORICO 5%	ELEMENTOS DEL MARCO DE DISEÑO 40%	ELEMENTOS DEL MARCO DE ANALISIS 30%	RESUMEN	PONDERACION DE LA EVIDENCIA PARA LA REVISION INTEGRATIVA (PE)
C O D I G O	REF ERE NCI A DEL ARTI CULO	DIS CIP LIN A  EN FE RM ERI A (E)	PROBLEMA DE INVESTIGACION (PI) 5%	ASERVO EN EL SOPORTE TEORICO DE LA INVESTIGACION (ST) 5%	TIPO DE ESTUDIO (TE) 5% -La Investigación convergente -asistencial. -Investigación-acción. - Fenomenológico. - Etnometodológico.	VALIDEZ INTERNA (VI) 10% (coherencia entre el título y objetivos, marco referencial)	PRINCIPALES HALLAZGOS (PH)	Grado de clasificación Grado I= Alto Grado II= Medio Grado III= Baja calidad EC I EC II EC III
	AUT ORE S	ME DIC INA (M)						
	TITU LO PAIS AÑO	PSI CO LO GIA (PS)	OBJETIVO O MOTIVACION PARA EL ESTUDIO (O) 5%	-Análisis de contenido. -Estudio de caso. -Teoría fundamentada en los datos. -Estudio exploratorio. -Estudio descriptivo. -Estudio etnográfico. - Representaciones sociales. -Investigación participante. -Estudio hermenéutico	CRITERIOS DE EVALUACIÓN CRÍTICA (EC) 10% (Significado de contexto, patrones recurrentes y saturación).			
			JUSTIFICA			TÉCNICA O		

			<p><b>CIÓN (J) 5%</b></p>	<p>e investigación de carácter evaluativo. -Investigación cualitativa e histórica. -Relato de experiencia. -Artículo de Reflexión.</p>	<p><b>PROCESO DE ANÁLISIS DE DATOS ESTADÍSTICA (E) 5%</b></p>		
			<p><b>REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y SUSTENTACIÓN DEL ÁREA PROBLEMA (RB Y SAP) 10%</b> 30 estudios=100%</p>	<p><b>POBLACION OBJETO (PO) 5%</b> 1.MUJERES Y HOMBRES (M y H) 2,5 % 2.MUJERES EXCLUSIVAMENTE (M) 5 %</p>	<p>- Descriptiva -Análisis multivariado -Pruebas correlacionadas univariantes -Análisis de contenido - Modelo de regresión</p>		
				<p><b>TAMAÑO DE LA MUESTRA (TM) 5%</b></p>	<p><b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES (R/C) 5%</b></p> <p>Discusión de resultados y conclusiones</p>		
				<p><b>ESTRATEGIA DE SELECCIÓN DE INFORMANTES (SI) 5%</b> 1.POR SATURACION 2.POR CONVENIENCIA 3. OTROS.</p>			
				<p><b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN (CI) 5%:</b> -Síntomas de EC: 5% -Síntomas de SCA: 5%</p>			

					<p>-Síntomas de IAM: 5%</p> <p>-Síntomas de Angina: 5%</p> <p>-Dolor de pecho inexplicable: 2%</p> <p>TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN (TRI) 5%:</p> <p>-Narrativas: N</p> <p>-Observación participante: OP</p> <p>-Entrevistas semiestructuradas: ESE</p> <p>-Entrevistas estructuradas: EE</p> <p>-Listados estandarizados de síntomas: LES</p> <p>-Otros instrumentos OI</p> <p>CUMPLIMIENTO DE LOS ASPECTOS ÉTICOS (AE) 10%</p>				
A	TOBOMEDIANA Natalia y CANAVAL ERAZO Gladys Eugenia. Las emociones y el estrés en personas con enfermedad	E y PS	PI: 5% Emociones y estrés en personas con enfermedad coronaria O: 5% Identificar las características afectivas, sentimientos y emociones que aparecen frecuentemente en personas con EC. Establecer dichas correlacion	ST: 5%	TE: 5% Transversal Correlacional PO: 2.5 % H y M: 2% TM: 5% , 65 personas con EC. SI: 5% , Por análisis de poder, con un delta de 0.5 y poder de 95% y significancia del 5% y una prueba de una cola. CI: 5%, Personas que asisten a consulta a dos instituciones de salud de Cali de tercer nivel. TRI: 2%	VI: 10% EC: 10% E: 4% Estadística descriptiva e inferencial: chi cuadrado, correlación de Spearman y Pearson. Más validación de contenido y de construcción del cuestionario.	PH: característica: Dominante-infalible y Auto-represión-Rigidez moral, se correlacionan en forma directa con el sentimiento de culpa. La auto-represión se correlacionó con sentimientos de inferioridad, miedo al descontrol, temor a la vida, timidez y sentimientos de incapacidad ocasional. Algunos grupos expresaron la necesidad de auto-reconocimiento externo: para llenar el vacío afectivo, se ocultan tras de la norma, el rito. La	La PE: 86.3 % EC:I	

	coronaria. Colombia, Abril 20 de 2010.		es: enfermedad coronaria y emociones. J: 5% RV y AP: 7.8% (26 referencias bibliográficas sustentan el estudio)		cuestionario para señalar las emociones y su frecuencia, pero el instrumento se encuentra en fase de desarrollo. AE: 10%	Validez. Problema detectado, uso de un instrumento en fase de desarrollo. R/C: 5%	rigidez, auto-represión. Las condiciones psicológicas estresantes activan lóbulo frontal y generan respuestas fisiológicas negativas y serios problemas cardiacos: IAM. El control excesivo y autocontrol de las emociones generan: falta de motivación, apatía y depresión, siendo muy importante su abordaje en el paciente cardiovascular R: Falta profundizar más en el conocimiento de las condiciones afectivas y emocionales de las personas con EC.	
J	MILLAN Eillen Maryibe y DIAZ H. Luz Patricia. Experiencia del dolor torácico en la mujer con infarto agudo de miocardio. Chía Cundinamarca, 2009.	E	PI: 5% Experiencia del dolor en la mujer post IAM. O: 5%, Comprender la experiencia del dolor torácico en la mujer con infarto del miocardio. J: 5% RV y SAP: 8.1% (solo 27 referencias bibliográficas)	ST: 5%	TE: 5%: Estudio cualitativo descriptivo con abordaje de tipo fenomenológico. PO: 5%, Mujeres exclusivamente TM: 5%, Estudio realizado en 9 mujeres con edad de 52 años, en su mayoría amas de casa. SI: 5%, por conveniencia. CI: 5% TRI: 5% Narrativas. AE: 10%. Se usó el método de Colaizzi, para describir los enunciados significativos.	VI: 10% EC: 10% Análisis y descripción del contenido. E: 5% R/C: 5%	PH: Se evidenciaron en la mujer experiencia de dolor torácico que ha sufrido un infarto agudo, que su experiencia está constituida por las siguientes categorías: -Miedo a la muerte. -Sensaciones relacionadas con el dolor: (dolor en la espalda, mareo, pérdida de fuerza o de energía, fatiga, falta de aire y dolor en el cuello.) -Las características del dolor: quemante, picada, opresivo. -Variabilidad en la expresión del dolor: dolor, dolorcito, procesos ascendentes y descendentes. -Consecuencias del dolor en la percepción, comunicación y	PE: 98.1% EC: I

							movimiento: pérdida de la percepción del tiempo, dificultad para comunicarse y expresarse e incapacidad para movilizarse. -Expresiones relacionadas con el Ser Supremo. -Percepción del estado de salud.	
K	RINCON O. Fanny, GARNICA Gloria, DURAN DE VILLALOBOS María Mercedes, RODRIGUEZ Jaime. Caracterización de los síntomas de angina en un grupo de mujeres con prueba de esfuerzo positiva. Bogotá Colombia. 2007.	E	PI: 5%, Caracterización de los síntomas de angina en mujeres. D: 5%, Caracterizar los síntomas de angina en relación con el de presentación, integración de roles y el esfuerzo percibido en un grupo de mujeres con prueba de esfuerzo positiva. I: 5% RV y SAP: 7.5% ( tan solo 25 referencias bibliográficas	ST: 5%	TE: 5% Estudio descriptivo exploratorio con abordaje cualicuantitativo. Duración 2 años. PO: 5%, mujeres con E.C. (prueba de esfuerzo +) TM: 5% Estudio realizado con 15 mujeres con dolor o disconfort torácico y prueba de esfuerzo positiva para enfermedad coronaria, con edades entre los 52 y 80 años. SI: 5% Por conveniencia. CI: 5% TRI: 5% Registros de las pruebas positivas y entrevista. AE: 10% Rigurosidad ética demostrada.	VI: 10% EC: 10% E: 4% Técnica de análisis de contenido de Berelson PROBLEMA DETECTADO: la especificidad y sensibilidad de la prueba de esfuerzo, puesto que existen personas con PE positiva sin enfermedad coronaria. R/C: 5%	PH: Referente a la descripción del patrón de presentación del dolor precordial: -En cuanto a la localización: En el pecho 80%, en región precordial (alta frecuencia), brazo izquierdo (8), cuello (4), otros lugares poco usuales hemitorax derecho (2), escápula izquierda y espalda alta (3). -En cuanto a la calidad: ¿cómo se llama esa sensación?: opresión: 86.6%, como una sensación de pesadez, no es dolor es una sensación de opresión, como un apretamiento interior. Una opresión generada desde adentro y sensación generada desde afuera. El síntoma es definido como dolor (40) y dolorcito (17.5%) (Subvaloración-subestimación del dolor). Simultaneidad de los síntomas: (2-6 síntomas la mayoría de componente respiratorio). 15 expresiones reflejan la subvaloración de los síntomas: sensación de palpitaciones, angustia, me fatigo mucho cuando	PE: 96.5% EC: I

						<p>camino, dolor en el brazo y desaliento en la pierna, cansancio y dificultad para respirar, sensación de mareo y desaliento, escalofrío, temblor, dolor de cabeza, gran estado de angustia, palpitación que oprime el pecho. Le ama la atención poca o nula presencia de síntomas frecuentes en las mujeres reportadas en la literatura: náuseas y vómito. Sensación punzante, picadita, pinchazo fuertísimo en el corazón, picadura durísima, dolor continuo, o a ratos. La categoría respiratoria fue emergente: poquito de ahogo, dificultad para respirar, como fatiga, alcance de la respiración.</p> <p>Como ola o proceso fluido (sensaciones o hechos desencadenados en hilos sintomáticos en áreas importantes del cuerpo: dolor en la mano, que sube por el brazo, luego en el pecho como opresión y ahogo. Comienza como un dolor y un destemplamiento hacia el brazo y el corazón.</p> <p>Expresiones atípicas: (R/ aspectos culturales) "destemplamineto, chapaleo, cortocircuito a nivel cerebral... no del corazón y trato de darme mareo".</p> <p>-En cuanto al tiempo: 46% menos de una hora, 20% lapsos de 1 hora a un día. 13.3 permanente</p>
--	--	--	--	--	--	---



						<p>o sea más de 8 días. 40% presentaron un lapso de 1 mes a 1 año, 33.5% más de un año. En relación al tiempo esperado para pedir ayuda: 53.3% no piden ayuda por: estar solas, no contaba con nadie, si se reagudiza busca a alguien, no deseaba molestar, porque era una molestia boba. Otras esperaron hasta 12 horas o en la noche para hablar del dolor.</p> <p>-En cuanto a los factores precipitantes: es evidente la implicación funcional en la angina: al subir escaleras o caminar rápido me agito, o me da eso, por andar, si barro, si lavo... hay que andar despacio.</p> <p>-En cuanto al afrontamiento, implicaciones y significados: se establecen cinco categorías: cambios en la intensidad de la actividad física, convivencia con el síntoma, informando a los allegados, consumo de medicamentos, consultando a personal de salud, Consecuencias o implicaciones del síntoma. Finalmente el estrés no tiene peso en el establecimiento de la sintomatología, diferente a lo que se encuentra en la literatura. Se recomienda hacer un acercamiento fenomenológico de la experiencia en la mujer de sus síntomas, para</p>
--	--	--	--	--	--	---

							comprender los motivos que generan las expresiones de los síntomas.	
M	SOTO MORALES Alejandra María. Factores que intervienen en la demora de la solicitud de atención médica o de enfermería, en mujeres que presentan dolor torácico de origen coronario. Chía, Cundinamarca, Colombia 2007.	E	PI: 5% Determinantes en la demora para conseguir atención en salud por parte de mujeres con dolor torácico squémico. D: 5%, identificar los actores que determinan la demora en la solicitud de atención en salud en doce mujeres que presentaron dolor tipo squémico coronario, que ingresaron a los institutos de salud en la ciudad de Bogotá. J: 5% RV y SAP: 2.4% (tan solo 3 referencias bibliográficas).	ST: 5%	TE: 5%, Descriptivo exploratorio de abordaje cualitativo. PO: 5% Mujeres exclusivamente TM: 5% , 12 mujeres con dolor torácico. SI: 5%, por saturación de los datos. CI: 5%, Síntomas de EC. TRI: 5% Entrevista semiestructurada, con guía temática. AE: 10% Rigurosidad ética demostrada.	VI: 10% EC: 10% E: 5% Análisis de contenido. R/C: 5%	PH: Los factores que determinan la opción de consultar por la sintomatología coronaria en la mujer son: 1. Momento: subestimación de la enfermedad (no pensaron que era del corazón, no pensaron que era peligroso, pensó que era un viento, sintió incapacidad y miedo, sintió que iba a morir y pedía a Dios que no le dejara morir. SOBRE LA VALORACION DE LOS SINTOMAS CORONARIOS: El dolor lo expresaron así: -Sentimientos desprotección de los seres queridos. -Deseos de no preocupar a nadie. -Incapacidad. -Miedo a la muerte. -subestimación del síntoma. -Atribución de los síntomas a otras causas. Las características del dolor: -Apretamiento. -Peso encajado. Los síntomas asociados, usan la categoría: -Ahogo, respiración trancada, asfixia, piel yerta, fría como una paleta, nervios, dolor al lado derecho del pecho, dentadura destemplada. Tiempo de los síntomas: la mayoría aprende a convivir con los síntomas. 2. Momento: Medición de la capacidad de	PE: 92.5% EC: I

						<p>respuesta. Afrontamiento instaurado: tratamientos caseros para el dolor o bebidas calientes.</p> <p>3. Momento, solicitud de algún tipo de ayuda: Existe dependencia a terceros.</p> <p>Finalmente se reporta enfermedad coronaria en menores de 45 años. El 40% de las mujeres se encontraban desempleadas por tanto, esto es un factor generador de estrés.</p> <p>En relación a la investigación, se debe GUIAR AL GRUPO DE ENFERMERIA EN LA VALORACION DE LA MUJER CON DOLOR TORACICO ISQUEMICO de manera integral, según el contexto. Dirigir procesos académicos enfocados a diferenciar y guiar el manejo de los síntomas en la mujer y dirigir procesos educativos a las comunidades de mujeres.</p>		
N	CORTES CASTRO, Luis Alberto. Tipificación del síntoma dolor torácico tipo isquémico en la	E	<p>PI: 5% Desconocimiento de las características típicas del dolor torácico isquémico en la mujer. D: 5%, Tipificar el síntoma: dolor torácico tipo isquémico en la mujer a la luz de la TOUS. J: 5% RV y SAP: 3.3 % (tan solo 12 artículos científicos)</p>	ST: 5%	<p>TE: 5% Descriptivo exploratorio de corte transversal, con abordaje cuali-cuantitativo. PO: 5% Mujeres exclusivamente entre los 50 a 95 años. TM: 5%, 30 mujeres con diagnóstico de AI o IMA en dos hospitales de Girardot en los meses de julio a noviembre de</p>	<p>VI: 10% EC: 10% E: 5% Análisis de contenido y cálculo de frecuencia. R/C: 5%</p>	<p>PH: La tipificación del dolor torácico en la mujer tipo isquémico en la mujer a la luz de la TOUS, mostro los siguientes resultados: -Grado de esfuerzo R/C el dolor: el 70% realizó esfuerzo mediano y alto. El 30% esfuerzo bajo o lo presento en reposo. -Perciben hay un daño en el corazón. -Relacionan la emoción y el estrés</p>	<p>PE: 93.3 % EC: I</p>

<p>mujer, a la luz de la Teoría de los Síntomas Desagradables. Chía Cundinamarca Colombia, 2007.</p>				<p>2005. SI: 5% por saturación. CI: 5% Síntomas de EC. TRI: 5% Entrevista semiestructurada, con guía teórica de la TOUS AE: 10% Rigor ético.</p>		<p>físico. -Respecto al afrontamiento: Necesidad de pedir ayuda, o resignación a la situación: creencia religiosa. P. 87. DIMENSIONES DEL DOLOR: -CALIDAD: la localización: 53.2% en tórax superior izquierdo, 39.9% en abdomen superior, 6.8% en múltiples zonas (antebrazo, cuello, mandíbula, escápula, hombro y tórax). -Denominación del sitio: 33% pecho, 20% corazón, 6.6% ulcera del pecho, estómago y esternón. 33% tórax izquierdo, pecho y espalda. -Manifestaciones de la calidad del dolor: dolor, dolorcito, fuerte, terrible, tremendo, muy duro, que pincha como aguja, agudo, cruel. Extenso, horrible, ardor, ardiente, ahorcaba, y reventaba. -La valoración cualitativa de la calidad arroja 9 categorías: gran compromiso del Ser (49%) cascada de síntomas (25%), síntomas gastrointestinales (4%), subvaloración de la gran sensación (3%) p. 87., vínculo o conexión entre las manifestaciones y el afrontamiento (3%), el síntoma como sensación de opresión (3%), como un proceso creciente (2.8%), desconexión del proceso vital (2%).</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--

							<p><b>-INTENSIDAD DEL DOLOR:</b> 93.4% intenso, y el 6.6% moderado.</p> <p><b>-DISTRIBUCION EN EL TIEMPO:</b> &lt;30 minutos el 40% de los casos, entre 30 min.-1h. Entre 1-6 horas y más de 6 horas: el 60% de los casos.</p> <p><b>TIEMPO DE INICIO DE LOS SINTOMAS:</b> El 46.6% de recién inicio los síntomas: agudos. El 36% hace 1 mes y el 10% hace 2 meses.</p> <p><b>ANGUSTIA O DESASON:</b> 19 casos (55%) expresan mayores niveles de angustia, 35% casos: presentaron pensamientos relativos a la muerte. El 10% incomprensión de los síntomas.</p> <p><b>SINTOMAS ASOCIADOS:</b> -Vomito: 95% casos -Mareo: 55% casos -Dolor de cabeza (53%) de los casos.</p> <p><b>OTROS SÍNTOMAS MENORES:</b> Sudoración. Decaimiento, asfixia, fatiga, frialdad, fiebre.</p> <p>La TOUS es permite el análisis del contexto del dolor torácico isquémico facilitando la comprensión y brinda los lineamientos necesarios para la comprensión sintomática contextual de la mujer con enfermedad coronaria. P. 88.</p>	
o	TAJE R Débor a. Mujer	PS	PI: 5% Subjetividad en la construcción del concepto	ST: 5%	TE: 5%, El tipo de diseño utilizado ha sido cualitativo de tipo	VI: 10% EC: 10% E: 5% Análisis de	PH: Se hizo un estudio de casos y controles comparativo, ente sectores de estratos	PE:95 .4% EC: I

<p>es y enfermedad cardiovascular. Género y subjetividad en la construcción del riesgo en enfermedad cardiovascular en mujeres jóvenes. Buenos Aires, Argentina 2005.</p>		<p>de vulnerabilidad cardiovascular en la mujer. D: 5%, identificar el modo característicamente femenino de construcción de los factores psicosociales que contribuyen al riesgo de las mujeres en lo relativo a las cardiopatías isquémicas. J: 5% RV y SAP: 5.4% [18 artículos científicos reportados].</p>		<p>exploratorio, sobre la base de un modelo de Casos y Controles, PO: 5% Mujeres exclusivamente entre los 35 y 55 años. TM: 5% 16 casos y 16 controles. De estratos altos y bajos. SI: 5% Por conveniencia. CI: 5% Casos con EC y caso control sin EC. TRI: 5% Entrevista semiestructurada, a pacientes e informantes claves. AE: 10%</p>	<p>contenido y análisis comparativo. R/C: 5%</p>	<p>bajos y altos, de personas con enfermedad coronaria, obteniendo: REFERENTE A LAS CARACTERÍSTICAS INTRAPSÍQUICAS: -DESARROLLO LABORAL: Cansancio reportan la mayoría, manifiestan cambios a partir del episodio isquémico. Los sectores más pobres no hacen ejercicio porque lo consideran una actividad para niños o jóvenes, mientras que en los estratos altos son parte del concepto estético. Existe la sensación de fragilidad del cuerpo, reproducen el riesgo de quebrarse, pero solo el material rígido se quiebra, lo cual representa la presencia de psiquismo en el discurso. -Expresan sensación quemando en el pecho: ardor. REFERENTE AL DESARROLLO YOICO: Los estratos más bajos tienen dificultad para pedir ayuda, en contraste con las del sector más alto, quienes expresan OMNIPRESENCIA, se sienten únicas y las mejores, se cargan con todo, trabajan como varones, siendo adictas al trabajo, tiene agenda completa y hacen poco uso del tiempo libre. p. 246. ESTRUCTURACION DEL NARCISIMO: Las mujeres más</p>
---	--	---	--	---	--	--

						<p>ricas sienten temor a ser subvaloradas por el solo hecho de ser mujeres, caso contrario sucede con las de estratos más bajos.</p> <p><b>MODALIDAD DE DESPLIEGUE DE EMOCIONES HOSTIL/EROTICA:</b></p> <p>Ambos grupos suelen enojarse con facilidad y en forma frecuente (Típica reacción Narcisista característica de las personas con afecciones cardiacas).</p> <p>La hostilidad en el sector más bajo es menor, puesto que se la tragan y explotan,; mientras que las del sector más alto: la expresan de forma explosiva.</p> <p>El sector más bajo tiende a evitar situaciones de conflicto, las del sector más alto, le ponen el pecho a todo (idealizar la imagen omnipotente).</p> <p>El sector más bajo no reconoce valor a lo erótico, las cardiacas se definen como "frías" con poco interés en lo sexual, y se consideran receptáculos de la sexualidad de sus maridos. El sector más alto solo ejerce la sexualidad con el propósito reproductivo, aunque señalan que la sexualidad es muy importante en sus vidas y que están menos atractivas y no responden como antes.</p> <p><b>FINALMENTE:</b> Con respecto a los modos de</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p> <b>subjetivación de género y su relación con la construcción del riesgo de enfermedad coronaria en las mujeres, se puede señalar de lo relevado que se ha encontrado y descrito modos específicos de construcción del riesgo de las modalidades tradicional y transicional, no encontrando que alguna de éstas modalidades este asociada a mayor vulnerabilidad femenina en la construcción del riesgo de cardiopatías isquémicas. A modo de reflexión final, esta tesis ha desmitificado el único modelo de riesgo en términos de factores subjetivos de cardiopatías isquémicas es el correspondiente a la modalidad de subjetivación y de estresores específicos de los "Varones ejecutivos".</b> </p> <p> <b>Asimismo se ha tenido especial recaudo en apartarse de la estereotipia y el esencialismo que constituye pensar que un estilo de pareja, familia, etc. pueda ser un Indicador "per se" de construcción del riesgo. Ha sido una tarea de desideologización de ciertas modalidades de organización de la vida cotidiana que se</b> </p>
--	--	--	--	--	--	---



							apartan del modelo "hegemónico" pero al mismo tiempo tratando de identificar cuales factores pudieran estar contribuyendo al proceso mórbido. P.247	
--	--	--	--	--	--	--	---	--

**TOTAL ESTUDIOS CUALITATIVOS 6 (5 DE ENFERMERIA Y 1 DE PSICOLOGIA).**

**Fuente:** Base de Datos de la Investigación

## Anexo 13. Crítica Metodológica para los Estudios Cuantitativos.

## CRITICA METODOLOGICA ESTUDIOS CUANTITATIVOS

INFORMACIÓN GENERAL		ELEMENTOS DEL MARCO DE REFERENCIA 25%	ELEMENTOS DEL MARCO DE DISEÑO 45%	ELEMENTOS DEL MARCO DE ANALISIS 30%	RESUMEN	PONDERACION DE LA EVIDENCIA (PE)
CODIGO	REFERENCIA DEL ARTICULO	DISCIPLINA ENFERMERIA (E) MEDICINA (M)	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION (PP) 5%	TIPO DE ESTUDIO (TE) 5% - Randomizados - Controlados - Ensayos clínicos - Estudios descriptivos de corte transversal. Retrospectivo, prospectivo. - Estudios correlacionales	VALIDEZ INTERNA (VI) 10% (coherencia entre el título y objetivos, marco referencia)	PRINCIPALES HALLAZGOS (PH)
	AUTORES					
	TITULO					
	PAIS AÑO					
	PSICOLOGIA (PS)	OBJETIVO O MOTIVACION PARA EL ESTUDIO (O) 5%	POBLACION OBJETO (P) 10% - Mujeres y Hombres (M y H) 5% - Mujeres exclusivamente (M) 10%	TÉCNICA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS (AE): 10% - Estadística descriptiva - Análisis multivariado - Pruebas correlacionadas univariadas - Análisis de contenido - Modelo de regresión - Análisis no descripto: 5%	Grado de clasificación Grado I= Alto Grado II= Medio Grado III= Baja calidad EC I EC II EC III	
	JUSTIFICACION (J) 5%	TAMAÑO DE LA MUESTRA (TM) 5%				
	REVISION BIBLIOGRAFICA Y SUSTENTACION DEL AREA PROBLEMA (RB Y SAP) 10% 100 artículos=10%	TIPO DE MUESTREO (M) 5% - Por conveniencia: 4% - Teórico: 4% - Aleatorizado: 5%	DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES (DR/C) 10%			
		CRITERIOS DE				

			<p><b>INCLUSIÓN (CI) 5%:</b>                  -Síntomas de SCA: 5%                  -Síntomas de IAM: 4%                  -Síntomas de Angina: 4%                  -Dolor de pecho inexplicable de alta probabilidad coronaria: 3%                  -Sin ningún tipo de antecedente: 2%</p> <p><b>CONFLICTOS ÉTICOS (CE) 5%</b></p> <p><b>TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN (TRI) 10%:</b>                  -Registros médicos: 5%                  -Entrevistas semiestructuradas: ESE: 10%                  -Entrevistas estructuradas: EE 10%                  -Listados estandarizados de síntomas: LES: 10%                  -Otros instrumentos: 5%</p>				
D	MACKAY, MH. RATNER PA. JHONSON JL. HUMPHRIES KH. BULLER CE. Gender Differences in Symptoms of Myocardial Ischaemia	M	<p><b>PP: 5%</b>  <b>O: 5%</b> Entender los principales síntomas de isquemia en la mujer, usando el catéter percutáneo de angioplastia como modelo de isquemia miocárdica.  <b>J: 5%</b>  <b>RB y SAP: 0.9%</b> (9 referencias bibliográficas)</p>	<p><b>TE: 5%.</b>                  Estudio descriptivo prospectivo.  <b>P: 5%</b> hombres y mujeres  <b>TM: 5%, 305 personas (39.7% mujeres)</b>  <b>M: 5%</b>, Aleatorizado  <b>CI: 5%</b>, personas sin emergencia coronaria, sin inestabilidad hemodinámica</p>	<p><b>VI: 10%</b>  <b>AE: 10%</b> Estadística descriptiva.  <b>DR/C: 10%</b></p>	<p><b>PH:</b> Se tomó la muestra de 305 personas que cumplían los criterios de inclusión, se sometían a coronariografía y oclusión coronaria con balón de angioplastia por un tiempo de dos minutos hasta obtener moderado o inestabilidad clínica.</p>	<p><b>PE: 82.9%</b>  <b>ECN: I</b> Experimental de riesgo para la salud física.</p>

	Oxford, England. 2011.		a, sin BRHH. CE: 2%. POR CONSIDERA RSE RIESGOSO PARA LA SALUD CARDIOVASCULAR. NO DICE EL CORTE EXPERIEMEN TAL EL ESTUDIO. Las consideraciones éticas no son muy claras, para garantizar el respeto por la población. TRI: 10% listado estandarizado de síntomas y EKG.		Posteriormente fueron exhaustivamente interrogados sus síntomas y el resultado demuestra que no hubo diferencias de género en la frecuencia de dolor torácico isquémico típico. Las mujeres reportaron con mayor frecuencia disconfort en la garganta y la mandíbula. No se encontró estadísticamente significancia en la diferencia de hombres y mujeres relativos a la frecuencia de los síntomas típicos coronarios.		
E	KLIGERMAN Seth and WHITE Charlie. Assessment of Acute Chest Pain in the Emergency Department: Evaluation of the Rule Out Myocardial Infarction Using Computer Assisted Tomography (ROMICAT) Trial and Its Future Complications. Baltimore, USA.	M	PP: 5% O: 5% Demostrar la utilidad de la Resonancia multicorte coronaria en la valoración de la persona con IAM J: 5% RB y SAP: 2.8%. (28 evidencias)	TE: 5%. Estudio descriptivo prospectivo. P: 5% hombres y mujeres TM: 5%, 368 personas M: 5%, Aleatorizada. CI: 5%, Todos con diversos grados de enfermedad coronaria. CE: 4%. Costo-efectivo. Sin declaración de conflicto. TRI: 10% Medición por scanner multicorte coronario y listado estandarizado de síntomas.	VI: 10%. AE: 10% Estadística descriptiva. DR/C: 10%.	PH: La utilidad de la Resonancia coronaria multicorte para la valoración de personas de riesgo bajo a moderado con dolor torácico, siendo más objetiva la valoración clínica de las personas con SCA, aportando un 100% de sensibilidad y un alto valor predictivo negativo del 98%, es más práctica, no solo por el costo, el tiempo y el horario disponible para la lectura del test (9 min.)	PE: 86.8% ECN: I Poco útil desde la valoración de los síntomas. NO SE USARÁ.

	2011.						
G	<p>RAVN FISHER A. CAIDLH K. HARTFORD M. KARISSON T. KIHLENS and PERERE. Community-Based Gender Perspectives of Triage and Treatment in Suspected Myocardial Infarction. Ireland. 2012.</p>	M	<p>PP: 5% O: 5%, Indagar las perspectivas de género en el triage en personas con SCA. J: 5% RB y SAP: 2.2% (22 evidencias soportan el estudio)</p>	<p>TE: 5%, Estudio descriptivo retrospectivo. P: 5% personas con síntomas de SCA: H y M. TM: 5% 3224 personas con sospecha de SCA. M: 4% 3224 personas (H y M) con síntomas de SCA menores de 80 años, en la municipalidad de Göteborg en 2004-2007. Que previamente fue evaluada por el servicio de ambulancias con EKG, telemedicina, de acuerdo con los síntomas y patrón EKG fueron enviados en forma directa a unidades de dolor torácico de la localidad. CI: 5% Altamente refinada. CE: 5%, sin declaración de conflicto. TRI: 10% -Registros médicos, - Entrevistas estructuradas: EE -Listados estandarizados de</p>	<p>VI: 10% AE: 10%, Test de Fisher de no permutación, técnica Parametrizado, técnica de puesta en común de Mantel y Modelo de regresión logística. Análisis multivariado de género. DR/C: 10%</p>	<p>PH: Parece haber evidencia en la prioridad que se le da a la mujer y a los hombres con SCA en priorizar su eventual ingreso a las unidades de dolor torácico pero no después de este. Se hicieron simultáneamente cuatro estudios que demuestran que las mujeres son admitidas menos frecuentemente que los hombres a las CCU por lo tanto son sometidas a menores procedimientos de revascularización y cirugía cardíaca. El estudio 3 indicó que la mujer con dolor torácico y otros síntomas, incrementan la sospecha de IAM, dan baja prioridad más que el hombre en ser despachadas para los centros. Las mujeres sufren de forma amenazante el IAM más frecuentemente dado por sus síntomas atípicos, siendo menos claros que en el hombre. Existe en los médicos que trabajan por fuera de la CCU la percepción de fondo que las familias no alertan la</p>	<p>PE: 86.2% ECN: I</p>

			<p>síntomas: LES -Otros instrumentos OI</p>		<p>posibilidad de ataque cardíaco por lo atípicos de los síntomas en la mujer con IAM "dilema de la mujer". Los síntomas reportados son: -síntomas agudos o en marcha: 28/27%. -Localización del dolor o del disconfort: en el pecho 73M/76H en el cuello: 9M/8H, en los hombros: 21H/22H, en la espalda 12M/6H en el abdomen: 5M/5H. -Otros síntomas: Disnea 23M/19H, sudor frío 16M/25H, náuseas 19M/15H y vómito 6/6, vértigo 9M/8H, síncope 4M/6H, arritmia 4/4, muerte súbita cardíaca 06/08 y shock cardiogénico 0.3M/08H.</p>	
RACINE M Mélanie et al. A Systematic Literature Review of 10 years of Research on Sex/Gender and Experimental Pain Perception. Part 1: ¿Are There Really differences Between		<p>PP: 5% O: 5%: Resumir y criticar los resultados de investigación en el laboratorio humano sobre el dolor, el sexo y el género. J: 5% RB y SAP: 10% (191 Artículos científicos)</p>	<p>TE: 5%, Revisión sistemática de 10 años de investigación en las diferencias relativas al Sexo/Genero y ESTUDIO EXPERIMENTAL del dolor ( ) percepción inducida en laboratorio, térmica, presión, isquemia, muscular, eléctrica,</p>	<p>VI: 10% AE: 10% DR/C: 10%</p>	<p>PH: Se provee información experimental de literatura sobre el dolor en los sexos, referente a la percepción de diversos estímulos nocivos y poco placenteros. Los estudios en laboratorio muestran en estos 10 años de investigación, no han producido claros y consistentes patrones diferenciadores en sexo en seres</p>	<p>PE: 97% ECN: I Limitación por La especificidad de los síntomas, aunque hay ponderación del dolor isquémico.</p>

<p>Women and Men? Montreal Quebec, Canadá 2012</p>			<p>química y visceral.  P: 5%: H y M.  TM: 5% Se consultó un total de 172 artículos publicados entre 1998 y 2008, que fueron recuperados, analizados y sintetizados.  M: 5% rastreo electrónico de la evidencia y crítica  revisión relevante.  CI: 2% sin ningún tipo de antecedente.  CE: 5% sin declaración de conflicto.  TRI: 10%  Revisión de expertos  Consulta a bases de datos electrónicas y consulta a múltiples bases de datos.</p>		<p>humanos relativos a la sensibilidad, por medio del uso de estimulación tónica profunda prolongada del estímulo, reconocidos por medio de la mímica del dolor. La información recuperada, sugiere que hombres y mujeres tienen un umbral de detección comparable en el dolor por frío y DOLOR ISQUEMICO, mientras que el dolor inducido por presión, es más bajo el umbral en la mujer que en el hombre. Existe una fuerte evidencia científica que la mujer tolera menos la presión y el estímulo térmico: frío o caliente, en comparación que los hombres. Las observaciones de este estudio parecen entrar en contradicción con los estudios revisados puesto que la mujer tiene mayor respuesta al dolor más que el hombre y siente más modalidades de dolor demostradas en el laboratorio.  <b>LIMITACIONES:</b>  Las mediciones experimentación es se hacen con jóvenes, en la mayoría universitarios</p>	
--	--	--	---	--	---	--

						sanos, que no representan a la población en general y no se incluyen las variables demográficas de la población. Las limitaciones desde lo ético atañen a las poblaciones con dolor crónico, en el cual se toman más de un medicamento, razón por la cual, se enfrenta al conflicto ético de la manipulación humana.	
J	RACINE Mélanie, et al. A Systematic Literature Review of 10 years of Research on Sex/ Gender and Experimental Pain Perception. Part 2: ¿Do Biopsychosocial Factors Alter Pain Sensivity differently in Women and Men? Montreal Quebec, Canadá 2012	M	PP: 5% O: 5%, Examinar los diversos factores psicosociales que pueden contribuir a las diferencias en la sensibilidad al dolor entre mujeres sanos y hombres. J: 5% RB y SAP: 10% (129 artículos científicos)	TE: 5%, Revisión sistemática de 10 años de investigación en las diferencias relativas al Sexo/Genero y el papel de los factores psicosociales que alteran la sensibilidad al dolor. P: 5%: H y M. TM: 5% Se consultó un total de 172 artículos publicados entre 1998 y 2008, que fueron recuperados, analizados y sintetizados. M: 5% rastreo electrónico de la evidencia y crítica revisión relevante. CI: 2% sin ningún tipo de	VI: 10% AE: 10% DR/C: 10%	PH: La participación de factores hormonales y fisiológicos, pueden ser inconsistentes o estar ausentes, algunos estudios sugieren que la sumatoria temporal de anodinia y la hiperalgesia secundaria puede estar más pronunciada en la mujer que en los hombres, la mujer expone menos eficiencia endógena de las vías en el sistema inhibitorio del dolor, pero esto no es aplicable a todo tipo de estímulo doloroso. Considerar los factores psicosociales, tales como la depresión, este podría no medir las diferencias de sexo en relación al dolor;	PE: 92% ECN: I Limitación por La inespecificidad de los síntomas.



			<p>antecedente. CE: 5% sin declaración de conflicto. TRI: 10% Revisión de expertos Consulta a bases de datos electrónicas y consulta a múltiples bases de datos.</p>		<p>mientras que el rol de la ansiedad es ambiguo. Los factores sociales y cognitivos en parte explican las diferencias en los sexos, pero aún se carece de información conducente a entender la influencia de los factores psicosociales sobre la experiencia del dolor en especial cuando este es crónico.</p>	
<p>O'BRIEN F, MCKEE G, MOSER D, O'DONNE LL S. MOONEY M. Acute coronary syndrome symptoms in patients presenting to accident and emergency departments in Ireland. Abstracts of the 9th Annual Spring Meeting on Cardiovascular Nursing / European Journal of Cardiovascular Nursing. Kentucky USA 2009</p>	M	<p>PP: 5% O: 5% Describir los síntomas de SCA en personas que acuden a los servicios de emergencias o accidentes y compararlos por género, edad y elementos diagnósticos. J: 5% RB y SAP: 2.9% (tan solo 29 evidencias soportan el estudio)</p>	<p>TE: 5% Estudio cuantitativo, descriptivo. Multicéntrico, 5 sedes hospitalarias y académicas en Dublín. P: 5%: H y M. TM: 5%: 387 datos consultados. M: 5% BARRIDO electrónico de las bases de datos de los servicios de urgencias y emergencias % CI: 5% CE: 5% Sin declaración de conflicto TRI: 5% Análisis de registros médicos. LIMITADA LA INFORMACIÓN</p>	<p>VI: 10% AE: 8% Estadística descriptiva y análisis de los registros. DR/C: 10%</p>	<p>PH: A pesar de los reportes previos acerca de las diferencias en las presentaciones del cuadro sintomatológico de los SCA entre hombres y mujeres, en este estudio irlandés, se demuestra similar cuadro clínico en H y M, al igual que los SCA con o sin elevación del ST. De otro lado, los paciente más ancianos presentan más a menudo cuadros "atípicos" (menos dolor o no tienen dolor en el pecho, dolor en la mano izquierda y acortamiento de la respiración) que los pacientes más jóvenes. Lo que sugiere educar a pacientes y clínicos la diferenciación de las</p>	<p>PE: 80.9% ECN: I Limitada la información sesgo de información</p>

					<p>presentaciones clínicas centradas en la edad.</p> <p>-El dolor o disconfort o presión precordial se reporta por el 83% de los casos.</p> <p>-Acortamiento de la respiración: 45% casos.</p> <p>-Sudoración 39.5% de los casos</p> <p>-Dolor en la mano izquierda: 34%.</p> <p>-Fatiga: 30%.</p> <p>-Alteraciones gástricas: 29 %.</p> <p>-Ningún tipo de estos síntomas: 19%</p> <p>-Terror o miedo: 19%</p> <p>NO HUBO DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA PRESENTACION DE LOS SINTOMAS.</p>	
P	<p>WANG H.-M X., LEINEWEBER C., KIRKEIDE R., SVANE B., SCHENCK-GUSTAFSSON K., THEORELL &amp; ORTHOGOMER K.</p> <p>Psychosocial Stress and Atherosclerosis: Family and Work Stress Accelerate</p>	<p>PP: 5% O: 5%, Examinar el impacto del estrés psicosocial, la experiencia en la familia y la vida laboral en la progresión de la enfermedad coronaria aterosclerótica en paciente mujeres con afecciones cardiacas en la ciudad de Estocolmo. J: 5% RB y SAP: 3.5 %, (35 evidencias soportan el estudio).</p>	<p>TE: 5%, Estudio descriptivo de corte longitudinal desarrollado en tres años. P: 5%, mujeres con exposición al estrés marital y laboral TM: 5%, 80 mujeres con edades mayores de 30-65 años. M: 10% CI: 5% antecedentes de sintomatología a coronaria. Ellas fueron admitidas con</p>	<p>VI: 10% AE: 10%, análisis multivariado controlado de los modelos mixtos ANOVA. Análisis de contenido. Análisis cuantitativo por medio de la arteriografía coronaria. DR/C: 10%:</p>	<p>PH: ESTRÉS MARITAL: El estudio demostró que el estrés marital, acelera en forma severa la progresión de la enfermedad coronaria subyacente, documentada por la progresión de enfermedad carotídea en estas mujeres con exposición a discordia marital. Por tanto el déficit de soporte social percibido, incrementa el riesgo de nuevos/recurrentes IAM y acelera</p>	<p>PE: 93.5% ECN: I</p>

<p>Progression of Coronary Disease in Women. The Stockholm Female Coronary Angiography Study. Houston Texas USA. 2007.</p>			<p>diagnóstico de AI e IAM, durante los años 1991-1994. Valoradas durante 6 meses del egreso de la hospitalización. CE: 5% sin conflictos declarados TRI: 10% L a medición del factor psicosocial: se hizo bajo la aplicación de la Escala de estrés marital SMSS usada en Estocolmo. El estrés laboral se midió utilizando la versión corta del cuestionario Karaseck estandarizado para la población suiza y evaluación angiográfica coronaria.</p>		<p>la enfermedad coronaria. El conflicto marital que genera estrés, se evidencia por altos niveles de catecolaminas, corticotropina y hormona de crecimiento en la mujer pero no en el hombre. El incremento de la reactividad cardiovascular durante el conflicto marital o de pareja, ha sido relacionado con HOSTILIDAD entre hombres pero no en mujeres, mientras que la reactividad en la mujer fue provocada por UNA RESPUESTA HOSTIL DE LOS MARIDOS hacia ellas. ESTRÉS LABORAL: El estudio demostró que el estrés provocado por el sitio de labor, se asoció a progresión de la enfermedad coronaria, ya que los ambientes deletéreos para la salud, causan estrés psicosocial que influyen la progresión de la aterosclerosis. Existe entonces evidencia para afirmar que el estrés laboral, está asociado con elevado riesgo de episodios coronarios en la mujer.</p>	
--	--	--	---	--	---	--

						<p><b>COMBINACION ESTRÉS LABORAL Y ESTRÉS MARITAL: este modelo interactuante de exposición simultánea, expresa que la mujer con esta doble exposición tiene una acelerada progresión de la enfermedad coronaria. La asociación entre estrés psicosocial y ateroesclerosis puede ser verdad y causal. Es conocida que las emociones estresoras, precipitan IAM tanto en hombres como mujeres, generando progresión de la ateroesclerosis, disfunción endotelial e inestabilidad de la placa ateromatosa. Las vías de daño son: la neuroendocrina, mecanismos que afectan el metabolismo e los lípidos, la activación del plasma y el fibrinógeno, incrementan la reactividad presora, se libera más cortisol y catecolaminas y otros mecanismos regulares fisiológicos; como también influencia: adherencia al tratamiento, los</b></p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

---

						<b>estilos de vida.</b>	
--	--	--	--	--	--	-------------------------	--

Q	<p>OLSON Marian B. Et al. Symptoms, Myocardial Ischaemia and Quality of Life in Women: Results from the NHLBI-Sponsored WISE Study. Los Angeles California USA 2003</p>	M	<p>PP: 5%  <b>O: 5%</b>, Evaluar la calidad de vida en la mujer con síntomas isquémicos coronarios bajo la angiografía coronaria  <b>J: 5%</b>  <b>RB y SAP: 2.7%</b> (27 evidencias soportan el estudio)</p>	<p>TE: 5% ,  <b>Estudio: descriptivo.</b>  <b>P: 10%</b> mujeres exclusivamente.  <b>TM: 5%</b>, 406 mujeres con dolor torácico y síntomas de isquemia  <b>M: 4%</b> por conveniencia.  <b>CI: 5%</b>  <b>CE: 5%</b>, sin conflicto ético.  <b>TRI: 10%</b>: se usaron tres  <b>TEST: el test de calidad saludable de vida: QoL, GR: general rating y el DASI, Duke Activity status index y el BDI. Beck depression inventory.</b></p>	<p>VI: 10%  <b>AE: 10%</b>: medidas de asociación multiparamétrica y análisis bivariado.  <b>DR/C: 10%</b></p>	<p>PH: El dolor torácico tiene importante impacto en la salud, el cual valorado en forma más estrecha por medio de la angiografía coronaria, en mujeres sospechosas de isquemia miocárdica. Se aplica el cuestionario WISE el cual muestra como síntomas coronarios más importantes, que impactan sobre la calidad de vida. Relacionado con los síntomas del dolor torácico. Estos son los síntomas reportados: dolor abdominal, sensación de malestar en la boca del estómago/indigestión, percepción de problemas estomacales, dolor en los brazos y en el hombro: generaba dolor en las personas. Sensación de muerte inminente, dolor en la espalda, dolor en la mandíbula, presión en el tórax, disconfort torácico: tipo peso, quemante, tos, mareo, caminante, piojoso, dolor de cabeza, dolor en</p>	<p>PE: 91.7%  <b>ECN: I</b></p>
---	---	---	---	--	--	--	-------------------------------------

						<p>la mandíbula, desmayos, dolor en el cuello, palpitaciones o FC rápida, acortamiento de la respiración, sudor, debilidad u fatiga.</p> <p>-La intensidad de los síntomas de dolor torácico, se estableció mediante el uso de una escala: de 0 a 5: en los rangos de :</p> <p>Tolerable que no necesita alivio. No tolerable no aliviado por con las medidas usuales.</p> <p>La duración de la sensación en el tiempo fue clasificada en:</p> <p>Menos de un minuto De 1 a 5 minutos De 5 a 15 minutos De 15 a 30 minutos Y más de 60 minutos.</p> <p>Relacionado con la depresión: la medición se hizo por medio del Beck Depression Inventory instrument de 21 ítems, que miden la existencia y severidad de los síntomas depresivos tanto en adultos como en adolescentes. Los ítems representan con más precisión los síntomas cognitivos, más que los síntomas del plano afectivo de la depresión, e incluyen ítems que describen esta</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>manifestación depresiva en relaciona: satisfacción con la vida, cambios en el humor, relaciones con otros, autoestima, apetito, sueño y libido.</p> <p>-Los desórdenes de ansiedad están asociados con bajas posibilidades de obstrucción coronaria.</p> <p>-Los resultados del actual estudio demuestran las evidentes variables fisiológicas y anatómicas que tienen importante impacto en la calidad de vida en las mujeres con enfermedad coronaria.</p> <p>-Los síntomas de dolor torácico son en realidad lo que más empobrece la calidad de vida de las personas.</p> <p>-EXISTE UNA NEGATIVA O POCO FUERTE ASOCIACIÓN ENTRE LOS ATRIBUTOS PSICOLÓGICOS, LOS SÍNTOMAS Y LA ENFERMEDAD CORONARIA EN ESTA POBLACIÓN DE MUJERES. -</p> <p>Variables fisiológicas y anatómicas pueden tener impacto en la salud relacionada con</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--



						<p>la calidad de vida en la mujer pero no de forma aislada.</p> <p>-Los síntomas de dolor torácico sin tener en cuenta las causas subyacentes, es el principal condicionante para la calidad de vida de las mujeres.</p> <p>-Estudios previos al WISE realizado por Rutledge et al. 2001 documentan que los desórdenes de ansiedad, se asociaron a baja probabilidad de EC obstructiva, confirmando de nuevo una asociación negativa entre los atributos psicológicos y los síntomas de EC en esta población. P. 1513. Por tal motivo Las mujeres con sin enfermedad coronaria que expresan ansiedad y depresión, pueden beneficiarse del diagnóstico y estrategias terapéuticas enfocadas a su manejo, entre los que se incluyen la ansiedad y la depresión; mientras que en poblaciones de mujeres se encuentra relativamente alta prevalencia de comorbilidad no cardiaca: migraña, reflujo</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

						<p>GE, esto no aclara si esta asociación representa una casusa efecto de síntomas de EC NO isquémica en la mujer.</p> <p>-Las mujeres sin EC obstructiva demostrada por angiografía, tienen mejor calidad de vida que aquellas que si tienen EC obstructiva.</p> <p>-El número y severidad de los síntomas inversamente es un predictor independiente del nivel de salud R/C calidad de vida en las mujeres. Por tanto el estudio sugiere que los síntomas de dolor torácico son primariamente determinantes de la calidad de vida de las mujeres comparado a las principales causas de los síntomas: EC obstructiva e isquemia miocárdica. POR LO ANTERIOR LOS SINTOMAS DE DOLOR TORACICO EN LA MUJER POR SI MISMOS MAS QUE LA EC SON EL DETERMINANAT E PRINCIPAL DE LA SALUD r/c CALIDAD DE VIDA. Estudios previos confirman esto, la asociación entre el número, frecuencia y</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

						<p>severidad de los síntomas, ya que los pacientes asintomáticos independiente de tener EC o no, sentían mejor calidad de vida y esta calidad declinaba con la aparición de los síntomas. En estudios de mujeres con síntomas torácicos, que fueron sometidas a coronariografía, se reportaron más síntomas en personas que no tenían enfermedad coronaria significativa sin tener en cuenta la edad ni el género y se confirma con estudios que han observado grandes cohortes de mujeres con y sin EC. P. 1512. Y todo converge en el empobrecimiento o de la capacidad funciona o capacidad de la mujer en realizar sus tareas domésticas, allí es donde radica en la mujer su sentido de salud relacionado con la calidad de vida.</p>	
R	<p>YOUNG HWANG Seon, ZERWIC Julie J. and HO JEONG Myung. Impact of</p>	E	<p>PP: 5% O: 5%: Describir las características e interpretación de los síntomas prodrómicos en pacientes</p>	<p>TE: 5% Estudio descriptivo P: 5% H y M TM: 5% 271 pacientes hospitalizados con síntomas</p>	<p>VI: 10% AE: 10%: análisis de contenido de las grabaciones y determinación de estadística inferencial. Análisis de</p>	<p>PH: -El 53% de hombres y 54% de las mujeres experimentaron síntomas prodrómicos: (angina o preinfarto y</p>	<p>PE: 88.2% ECN: I</p>

<p>Prodromal Symptoms on Prehospital Delay in Patients With First-Time Acute Myocardial Infarction in Korea. 2011</p>		<p><b>con un primer evento de IAM.</b>  <b>J: 5%</b>  <b>RB y SAP: 3.2</b>  <b>(32 artículos utilizados)</b></p>	<p><b>prodrómicos de IMA.</b>  <b>M: 5 % por conveniencia</b>  <b>CI: 5%</b>  <b>CE: 5% sin conflicto.</b>  <b>Consentimiento informado descrito.</b>  <b>TRI: 10%:</b>  <b>Entrevista semiestructurada.</b></p>	<p><b>regresión logística múltiple.</b>  <b>DR/C: 10%</b></p>	<p><b>síntomas de isquemia cardiaca antes del evento propiamente dicho)</b>  <b>-Los síntomas prodrómicos más frecuentes son: el dolor en el pecho, en el epigastrio y en la espalda.</b>  <b>- Otros estudios realizados en 515 mujeres, reporta que los síntomas prodrómicos más frecuentes son: la fatiga y el cansancio.</b>  <b>-Los síntomas prodrómicos producen retraso hospitalario.</b>  <b>-Además existe prevalencia de síntomas atípicos agudos en pacientes con síntomas prodrómicos, siendo estos mal reconocidos y generan mayor morbilidad.</b>  <b>-Su impacto clínico, es que los síntomas prodrómicos son los que se asocian con baja fracción de eyección y larga estancia hospitalaria, en este sentido su reconocimiento temprano ayudaría a buscar ayuda para evitar las complicaciones.</b>  <b>-En el estudio los pacientes que tuvieron síntomas prodrómicos, no le dieron valor a los síntomas, ni los</b></p>	
---	--	--	--	---	--	--

					<p>reconocieron, por lo tanto, consultaron en forma tardía, y solo el 40% visito el hospital orientado por sus síntomas prodrómicos, lo cual retrasa la consulta hospitalaria.</p> <p>-Reconocer los síntomas prodrómicos es un paso esencial en la mejoría del reconocimiento de un IAM por el personal de la salud.</p> <p>-De ahí la importancia de educar en síntomas prodrómicos.</p> <p>- Son cinco grupos de síntomas prodrómicos:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Dolor: en el pecho en el epigastrio, en los hombros, en el flanco o en la espalda.</li><li>2. Gastrointestinal: indigestion, nauseas-vomito, diarrea-dolor abdominal</li><li>3. Fatiga y debilidad: fatiga y debilidad general.</li><li>4. La cabeza: dolor de cabeza y vértigo</li><li>5. Otros: acortamiento de la respiracion, tos, esputo y escalofrío y taquicardia.</li></ol> <p>-Es importante recordar que sintoma prodrómico en estudio previos el 78% al 90% de las mujeres con IAM</p>	
--	--	--	--	--	--	--

						experimentan al menos un síntoma prodromico, una vez al mes, diario, o varias veces en la semana, o al mes ANTES del evento coronario.	
AA	D' ANTONO Bianca, DUPUES Gilles, FORTIN Christophe, ARSENAULT Andre and BURELLE Denis. Angina Symptoms in Men and Women with Stable Coronary Artery Disease and Evidence of Exercise-induced Myocardial Perfusion Defects. Montreal Quebec Canada. 2006	M	PP: 5% O: 5%, Examinar las diferencias en relación al dolor y síntomas asociados en paciente con isquemia miocárdica dependiente de ejercicio. J: 5% RB y SAP: 4.9% (49 evidencias soportan el estudio)	TE: 5% Estudio descriptivo de corte prospectivo y correlacional. P: 5% H y M. TM: 5%: 482 M Y 425 H. con una media de edad de los 58 años, al cuales se le realizara prueba de perfusión miocárdica: tomando una muestra específica de 38 M y 94 H que cumplieron los criterios de inclusión. M: 10% Muestra aleatorizada. CI: 5% CE: 5% sin conflicto mencionado. TRI: 10%	VI: 10% AE: 10% Análisis multivariado y grado de correlación de Pearson entre la medición enfocada a: localización del dolor torácico, extensión, intensidad, calidad, y la presencia de otros síntomas relacionados. DR/C: 10%	H: -Las diferencias sexuales para la expresión de los síntomas asociados a las imágenes de perfusión coronaria, pueden alterar el diagnóstico exacto de la isquemia específicamente en la mujer. -Localización: Las Mujeres perciben el dolor y otras sensaciones más enfocadas en el cuello y áreas cercanas al tórax superior. -el dolor típico: fue ubicado como dolor en el tórax, provocado por esfuerzo. -Localizado en región retro esternal y mejoró notablemente con vasodilatadores tipo NTG. -Los síntomas psicosociales, medidas por el Psiquiatric simple Index, mide el estado psicosocial, y se encontró que estas emociones tipo: depresión, ansiedad, rabia y deterioro cognitivo, la	PE: 94.9% ECN: I

						<p>habrían experimentado desde hacía una semana del EC. P. 814.</p> <p>-Finalmente las diferencias sexuales en la experiencia de los síntomas asociados con prueba de esfuerzo con isonitritos, evidencia que la isquemia se puede complicar temporalmente por la presencia de síntomas psicosociales que agravan la isquemia en la mujer.</p>	
CC	<p>DevON Holli, MOORE Betty Irene, RANKIN Sally and COOPER Bruce. Classifying Subgroups of Patients with Symptoms of Acute Coronary Syndrome: A Cluster Analysis. 2010</p>	E	<p>PP: 5% O: 5%, Identificar subgrupos de pacientes que se presentan con SCA basados en la presencia de síntomas clústers. J: 5% RB y SAP: % 4.5 (45 evidencias soportan el estudio).</p>	<p>TE: 5%, estudio descriptivo, de tipo exploratorio P: 10 % M exclusivamente, con edades entre los 24 años y los 97 años. TM: 5%, 256 mujeres que con diagnóstico de SCA fueron invitados a participar y se ubicaron en 4 subgrupos: -las que tenían síntomas mayor carga de síntomas. -las que tenían solo dolor en el pecho. -Las que tenían sudoración y debilidad. -Las que acortamiento de la</p>	<p>VI: 10% AE: 10% Estadística descriptiva y análisis de varianza ANOVA Y ANÁLISIS DE CLASE LATENTE, llamada análisis de clases de clusters latentes (Mplus versión 5.1) DR/C: 10%</p>	<p>H: -Los síntomas clúster se definen como la presencia de 3 o más síntomas concurrentes donde cada uno está relacionado con otros. Adicionalmente Kim Mc Guirre, incluyo que estos ocurren juntos, son estables y relativamente independientes unos de otros. -Durante el episodio agudo, rara vez una persona con SCA se presenta con un solo síntoma; el promedio de síntomas reportados está en un rango de 6.6 a 8.6 síntomas (DeVon, Ryan, Ochs &amp; Chapiro 2008). Estos síntomas ya han sido reportados en listas de</p>	<p>PE: 89.5% ECN: I Sesgo de población angina silente no se incluyo</p>

				<p>respiración y debilidad.  M: 5% por conveniencia  : SESGO EN LA SELECCION  CI: 5%  CE: 5% sin conflicto reportado.  TRI: 10%</p>		<p>chequeo por varios investigadores y ellos diferencian si son típicos y atípicos (Nourddine, Arevian, Adra, &amp; Punzntian 2008). Varias listas de chequeo usadas por los investigadores confirman que los síntomas no ocurren en forma aislada sino relacionada, en forma de grupos de síntomas: o clusters. (Ryan et al., 2007).  -La mayoría de los grupos experimentaron síntomas clásicos de dolor torácico y acortamiento de la respiración, pero ninguno sudoración. Se excluyeron síntomas como: tos nueva, desmayos y vomito por que al hacer el análisis final para el grupo 1: fueron RARAMENTE REPORTADOS.  La carga de los síntomas más pesados y que hacen parte de LOS SINTOMAS CLASICOS DEL SCA SON: ACORTAMIENTO DE LA RESPIRACION, SUDORACION, NAUSEAS, Y MAREO. Para el grupo 2: los síntomas de alta probabilidad de ocurrencia fueron:</p>	
--	--	--	--	---	--	--	--



					<p>SUDORACIÓN Y DEBILIDAD. Para el grupo 3. SUDORACION, DOLOR TORACICO, DEBILIDAD Y FATIGA INUSUAL. Para el grupo 4: se reportan 5 síntomas: ACORTAMIENTO DE LA RESPIRACION, DIFICULTAD RESPIRATORIA, DOLOR TORACICO, DEBILIDAD Y FATIGA INUSUAL. No hubo clústers que contuvieran solo los síntomas clásicos de SCA determinados por la AHA 2010, sin embargo los síntomas que generan mas carga por su dureza en la mujer son 8 de los cuales no todos son reportados como síntomas clínicos TIPICOS O CLASICOS, los cuales AUN NO ESTAN VALIDADOS POR ESTUDIOS DE INVESTIGACION. La significancia clínica de estos grupos requiere de otros estudios ampliados. Finalmente: el estudio de los síntomas clusters desde lo científico tiene varias razones importantes para su indagación: se pueden</p>	
--	--	--	--	--	---	--

						<p>ampliar las bases científicas subyacentes del mecanismo de los clusters, los investigadores pueden realizar estudios fisiológicos y determinar las causas comportamentales de los clusters, además se pueden diseñar y se pueden realizar test de intervención para mejorar no solo el conocimiento sino la intervención a los clusters, examinar los resultados de las mismas e implementar intervenciones que pongan en marcha planes diseñados para las personas a riesgo de SCA.</p>	
DD	<p>MIERES Jennifer H. et al. Signs and Symptoms of Suspected Myocardial Ischemia in Women: Results from the What is the Optimal Method for Ischemia Evaluation in Women? Trial. New York USA 2011</p>	M	<p>PP: 5% O: 5%, Comparar la frecuencia del dolor torácico y la determinación de isquemia miocárdica prueba de ejercicio vs SPECT J: 5% RB y SAP: 3.8% (38 evidencias soportan el estudio).</p>	<p>TE: 5%, estudio descriptivo prospectivo, multicéntrico. P: 10% mujeres exclusivamente. TM: 5%: 824 mujeres, en promedio de 63 años, con sospecha de enfermedad miocárdica isquémica. M: 10% aleatorizada en 43 centros de salud de Norteamérica. CI: 4% angina o dolor torácico de riesgo</p>	<p>VI: 10% AE: 10% Prueba del Chi cuadrado y asociación lineal/estadística probabilística. Criterios de Duke en Prueba de esfuerzo y SPECT usando análisis de varianza ANOVA. DR/C: 10%</p>	<p>H: -Este reporte detalla la evaluación contemporánea de la sintomatología específica en el género femenino y las mediciones de isquemia miocárdica. Las mujeres reportaron en forma frecuente angina y estos reportes de angina frecuentemente exhiben isquemia miocárdica, lo cual caracteriza el patrón típico específico en el género femenino.</p>	<p>PE: 82.8% ECN: I</p>

			<p>intermedio y alto para EC  CE: 5% sin declaratoria de conflicto.  TRI: 10%  SACSY: The Symptoms of Acute coronary Inventory, al cual se le realiza la validación de contenido. Se uso además, la lista de chequeo del grupo de enfermería que calificaran y determinarían los criterios de inclusión a los admitidos con SCA.</p>		<p>-La mayoría de las mujeres (79%) reportó moderada a pesada niveles de actividad física en casa con un consumo equivalente en mets entre 8.6 a 11.5. Estas mujeres tuvieron más frecuentemente episodios diarios de dolor torácico y era más probable que tuvieran un bajo score de Duke en el treadmill de 1 mm o depresión del segmento ST o anomalías en la tomografía con emisión de positrones.</p> <p>-Calidad del dolor torácico y sus características:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Angina y disnea fueron reportadas en todas las mujeres.</li> <li>2. El estrés fue el estímulo que provoca el dolor en la mayoría de las mujeres (69%), el 70% de las mujeres notan resolución del dolor con el descanso: esto es lo que tradicionalmente se ha usado para definir lo que corresponde a angina pectoris típica.</li> </ol> <p>-60% de las mujeres frecuentemente reportan episodios de dolor torácico, que ocurre por lo menos entre 1 a 3 veces por</p>	
--	--	--	--	--	--	--

						<p>semana y los síntomas se incrementan en frecuencia antes de realizar la prueba.</p> <p>-Como resultado las mujeres en forma frecuente notan que sus síntomas desencadenan insatisfacción con su vida.</p> <p>-Los patrones de dolor torácico en las 824 mujeres y contrastado con el método más óptimo para determinar la isquemia miocárdica fue: la prueba de ejercicio, lo cual demuestra una relación entre el dolor torácico (90%), la disnea aislada (9.5%), disnea combinada con el dolor 51.5%, síncope (7.1%), localización del dolor torácico: en el centro del pecho hacia el lado izquierdo: (79.2%), dolor en el cuello y mandíbula 11.1%, estrés relacionado con el dolor 70%, dolor que cede con el reposo 75.4%. angina en la noche 18.6%. que si se contrasta explica la poca tolerancia de la actividad física durante el día en la mujer con enfermedad coronaria y justifica además como en el descanso o en la</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

					<p>noche siente menos angina. Frecuencia del dolor torácico: menos de una semana: 70.9%, 1-3 veces por mes 39.1% de 1-3 veces por semana 31.8%, casi diario 9%, 1-3 veces al día 4.7%, más de 4 veces al día 2.7% y angina de reciente inicio 6.5%. Todo contrastado con el SPECT, donde se demuestra mayor capacidad del EKG DE EJERCICIO para determinar con mayor precisión los síntomas.</p> <p>-Por muchas décadas se ha venido sosteniendo en grandes reportes que frecuentemente la mujer siente síntomas de dolor torácico no específico o atípico, sin embargo el éxito del presente estudio está en diferenciar otros patrones específicos en las mujeres de síntomas de dolor torácico que han sido pobremente estudiados. Los datos revelan que que la comprensión de los riesgos en las mujeres sintomáticas, con independencia de la tipicidad del dolor, aparece en el precipicio de</p>	
--	--	--	--	--	---	--

						<p>despliegue en patrón emergente género específico. EL dolor torácico en la mujer NO DEBE CONSIDERARSE BENINGO, Estudios como el WISE confirmo que la mujer en el entorno de enfermedad coronaria no obstructiva; tienen más riesgo de eventos cardiovasculares , sumado a esto el WHI Women Health initiative demostró que las mujeres con dolor torácico inespecífico tienen un el doble de probabilidad de presentar un IAM. LO CUAL SIGNIFICA QUE LA MERA PRESENCIA DE DOLOR TORACICO INDICA UN ELEVADO RIESGO EN LA MUJER; para esta investigación, la mayor presencia de síntomas puede ser un parámetro adicional para definir el patrón típico género-especifico en la mujer, pero esto debe confirmarse con cohortes más grandes. LA DISCORDANCIA ENTRE UN SÍNTOMA PROFUNDO Y LA</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

						<p><b>CAPACIDAD FÍSICA PUEDE REFLEJAR UN FUNCIONAMIENTO DEL ROL DE LA MUJER DIFERENTE A LA DEL HOMBRE.</b></p> <p>-El estudio permite relatar como hallazgo que existe un patrón sintomático femenino, relacionado con los altos niveles de funcionamiento físico en estas mujeres. Permite entonces entender los altos niveles de riesgo y explica también el porqué de su manejo poco agresivo. Por lo tanto a pesar de que la mujer expone un menor rendimiento o funcionamiento físico en presencia de frecuentes u significativos episodios de dolor torácico, estos son significativos riesgos para elevar el dolor tipo isquémico.</p>	
EE	<p>MCSWEE NEY Jean C. CLEVES Mario A. WEIZHI Zhao, LEFLER Leanne L. And SHENGPING Yang. Cluster Analysis of Women's</p>	<p>PP: 5% O: 5%, Describir y comparar los síntomas prodrómicos y síntomas de IAM en mujeres de diversas razas: negra, blanca e hispánica. J: 5% RB Y SAP: 4.6% ( 46 Evidencias que</p>	<p>TE: 5%, estudio descriptivo retrospectivo multicentrico, basado en el autoreporte telefónico. Incluyo a 15 localidades de 8 estados de Norteamérica . P: 10%: mujeres</p>	<p>VI: 10% AE: 10%, se uso: análisis usando STATA 10.0 y la implementación de la clasificación del árbol binario de respuesta múltiple. DR/C: 10%</p>	<p>H: =Diversos algoritmos de síntomas prodrómicos fueron evaluados después de remover los infrecuentes síntomas prodrómicos &lt;20% y síntomas agudos &lt;15%, los síntomas fueron removidos si</p>	<p>PE: 93.8% ECN: I</p>	

<p>Prodromal and Acute Myocardial Infarction Symptoms by Race and Other Characteristics. USA 2010</p>		<p>soportan el estudio).</p>	<p>exclusivamente:  <b>TM: 5%: 1270 mujeres (43% negras, 42% blancas, 15% hispánicas)</b>  <b>M: 10% aleatorizada.</b>  <b>CI: 4%: IAM.</b>  <b>CE: 5% sin declaratoria de conflicto.</b>  <b>TRI: 10%, grabaciones de las comunicaciones y entrevista semiestructurada, de allí se desarrollaron dos instrumentos para incorporar los descriptores de los síntomas en la mujer basados en el recuento actual.</b>  <b>(MAPMISS: McSweeney Acute and Prodromal Myocardial Infarction Survey).</b>  <b>Análisis multivariado y multinomial (polytomous) , regresión logística</b></p>		<p>raramente se reportaban y no eran asociados significativamente con alguno de los seis factores de riesgo. Se dejan 60 de 33 síntomas prodrómicos y 22 de 37 síntomas agudos para el análisis.  <b>=SINTOMAS PRODROMICOS:</b>  <b>tres clúster fueron identificados por las mujeres con características verdaderamente prodrómicos.</b>  <b>Cada síntoma clúster en la mujer incrementa la frecuencia e intensidad y severidad de los síntomas prodrómicos.</b>  <b>Entre ellos están definidos por los grupos así:</b>  <b>VALORES (70=100%)</b>  <b>GRUPO 1: LAS MAS SILENCIOSAS O ASINTOMATICAS: SOLO REPORTAN MUY CANSADA, FATIGA INUSUAL.</b>  <b>GRUPO 2: GRUPO MEDIO O SINTOMATICO: MUY CANSADA, FATIGA INUSUAL Y DISTURBIOS EN EL SUEÑO.</b>  <b>GRUPO 3: LA MINORIA MAS JOVEN, EL MAS ANGUSTIOSO: MUY CANSADA, FATIGA INUSUAL, DISTURBIOS EN</b></p>	
---	--	------------------------------	--	--	---	--



					<p>EL SUÑO, ANSIEDAD, ACORTAMIENTO DE LA RESPIRACION, DEBILIDAD EN LAS MANOS, MANOS PESADAS Y HORMIGUEO. =SINTOMAS AGUDOS: (Entre el 70 al 100)): GRUPO 1 LAS ASINTOMATICAS S O SILENCIOSAS: SIN DOLOR TORACICO NI DISCONFORT, SOLO ACORTAMIENTO DE LA RESPIRACION. GRUPO 2: MEDIO O SINTOMATICAS: ACORTAMIENTO DE LA RESPIRACION. GRUPO 3: EL GRUPO MAS ANGUSTIOSO, MINORIAS MAS JOVENES: SIN DOLOR NI DISCONFORT TORACICO, MUY CANSADAS, FATIGA INUSUAL, ACORTAMIENTO DE LA RESPIRACION, DEBILIDAD EN LOS BRAZOS, ENTUMECIMIEN TO DE LAS MANOS, DEDOS Y MAREO LEVE. Finalmente SOBRE LOS SINTOMAS PRODROMICOS Y AGUDOS EN EL IAM: de 16 síntomas prodromales y 22 síntomas agudos, 11 síntomas fueron valorados</p>
--	--	--	--	--	---

						<p>evaluados en la fase aguda del IAM: tanto prodrómicos y agudos. De estos 11 síntomas, 8 fueron reportados por el 50% de las mujeres tanto prodromales como agudos. 2 síntomas: NINGUN DOLOR, NI DISCONFORT y ACORTAMIENTO DE LA RESPIRACION, tenían más del 80% del acuerdo, mientras que DEBILIDAD EN LAS MANOS Y PESADEZ tenían más del 65% de los acuerdos. EL DOLOR TORACICO, NI EL DISCOMFORT, fue frecuentemente reportado como síntoma prodrómico en ningún grupo de mujeres y solo las que lo reportaron, al menos el 80% quienes lo experimentaron este síntoma prodrómico solo lo reportaron en la fase aguda, independientemente del grupo de estudio.</p> <p>Por lo tanto, la asistencia y valoración de los síntomas clúster durante la clasificación de ingreso, permite valorar en la mujer una variedad de síntomas de no</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

						dolor torácico, pero que pueden ser parte del inicio de la experiencia de un IAM o un episodio de SCA.	
--	--	--	--	--	--	--	--

**TOTAL: PIEZAS INVESTIGATIVAS. 13 (Enfermería: 3 Medicina: 10) Se descarta el estudio de Kligerman et al., por su poco aporte a esta investigación. Se usan entonces solo 12 estudios.**

**Fuente:** Base de Datos de la Investigación

## Anexo 14. Crítica Metodológica para los Estudios Sumativos.

## CRITICA METODOLOGICA ESTUDIOS SUMATIVOS

INFORMACIÓN GENERAL			ELEMENTOS DEL MARCO DE REFERENCIA 40%	ELEMENTOS DEL MARCO DE DISEÑO 30%	ELEMENTOS DEL MARCO DE ANÁLISIS 30%	RESUMEN	PONDERACIÓN DE LA EVIDENCIA PARA LA REVISIÓN INTEGRATIVA (PE)
C O D I G O	REFERENCIA DEL ARTÍCULO	DISCIPLINA	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA (PP) 10%	TIPO DE REVISIÓN (TR) 20% -Artículo de Revisión - Metanálisis - Metasíntesis	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES (DR/C) 30%	PRINCIPALES HALLAZGOS (PH)	Grado de clasificación MEDIO Grado I= Alto Grado II= Medio Grado III= Baja calidad ES: MI ES: MII ES: MIII
	AUTORES TÍTULO PAÍS AÑO	ENFERMERIA (E) MEDICINA (M) PSICOLOGÍA (PS)	MOTIVACIÓN PARA EL ESTUDIO. OBJETIVO DE INTERÉS (O) 10%	CONFLICTOS ÉTICOS (CE) 10%			
			REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y SUSTENTACIÓN DEL ÁREA PROBLEMA (RB Y SAP) 20% Sí 100 artículos=20%				
B	SMITH Patrick J. and BLUMENTHAL	MPSUIAT	PP: 10% O: 10% RB y SAP: 20% (107 EVIDENCIA)	TR: 20%, Artículo de revisión. CE: 10%. Ninguno.	DR/C: 30%	PH: Los factores psicosociales y conductuales, incluidos el estado de ánimo (depresión, ansiedad, enojo y estrés), la personalidad (tipo A, D y la hostilidad) y el apoyo psicosocial	PE: 100% ES: I

	James A. Psychiatric and Behavioral Aspects of Cardiovascular Disease: Epidemiology, Mechanisms, and Treatment: Update: Systemic Diseases and the Cardiovascular System (IX).  España 2011	RI A	S soportan el artículo)			se asocian tanto al desarrollo como a la progresión de enfermedad cardiovascular y a eventos cardiovasculares recurrentes. Explicaciones aun en aclaración: la regulación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, la activación plaquetaria y la inflamación. Las intervenciones conductuales y psicológicas mejoran los resultados clínicos, AUNQUE NO SE HA DEMOSTRADO EN FORMA CONTUNDENTE, NI ESTAN CLAROS LOS MECANISMOS QUE EXPLICAN ESTA ASOCIACIÓN.	
C	RINCÓN OSORIO Fanny. La Mujer con Enfermedad Coronaria: Pautas para Volver a Pensar en su Cuidado. Sociedad colombiana de Cardiología, Capítulo de Enfermería y	E	PP: 10% O: 10% Reflexiones sobre el cuidado a la mujer con enfermedad coronaria RB y SAP: 5% (25 EVIDENCIA S soportan el artículo)	TR: 18%, Artículo de revisión. CE: 10%. Ninguno.	DR/C: 30%	PH: Problemas de interés revisados. P. 140. 1. Es importante resaltar la poca participación de la mujer en estudios de investigación, (sesgos de selección de muestras) siendo hegemónica la participación de los hombres. Esto no ha permitido que se entiendan los síntomas de las mujeres con esta enfermedad. 2. La problemática de la sensibilidad y especificidad de los estudios de diagnóstico en la mujer; el estudio WEIS, reporta disfunción coronaria microcirculatoria en el 47% de las mujeres estudiadas. 3. Existe documentada mayor prevalencia de situaciones de riesgo en la mujer con enfermedad coronaria lo que aumenta su vulnerabilidad cardiovascular. 4. Es necesario reconocer las diferencias anatomofisiológicas de la mujer con relación a los hombres. 5. Referente al afrontamiento de la angina, esto favorece la demora en la consulta y confunde la interpretación de los síntomas coronarios aumentando el riesgo cardiovascular.	PE: 83% ES: I

	Univer sidad Nacion al de Colomb ia. Bogotá 2008.					<p><b>5. Referido propiamente a los síntomas coronarios, se puede anotar:</b></p> <p>-La tensión psicológica: el estrés emocional usualmente se relaciona con problemas familiares no resueltos, la actividad física.</p> <p>-La actividad física, tiene doble vía de acción: una como desencadenante de la sintomatología y otra como medidas para controlar el dolor.</p> <p>-La localización del dolor: usualmente es en el tórax anterior pero la irradiación se hace frecuentemente en la escápula izquierda y a la mandíbula.</p> <p>-La calidad del discomfort, la definen como DOLOR.</p> <p>-En relación a la frecuencia: la definen como opresión, adormecimiento y sensación térmica.</p> <p>-Cascada de síntomas o secencialidad de síntomas variados: torácicos, gastrointestinales y cefalea y son los determinantes de la intensificación del dolor.</p>	
F	BARCLAY Laurie and LIE Désirée . Acute coronar y Syndromes May Be Misdiagnosed in Women . USA 2007	M	<p><b>PP: 10%</b> <b>O: 10%:</b> Entender el diagnóstico de tratamiento temprano de las mujeres con SCA y superar los mitos populares acerca de los síntomas isquémicos en hombres y mujeres.</p> <p><b>RB y SAP:</b> 20%, Análisis y Crítica de las revisiones de 69 evidencias seleccionadas de 361 posibles. <b>BUSQUED</b></p>	<p><b>TR: 20%, Metasíntesis</b> Basado en la revisión de diciembre 10. No. 24 de archivos de medicina interna. 2007.</p> <p><b>CE: 10% ninguno</b></p>	<b>DR/C:</b> 30%	<p><b>PH:</b> Los autores hicieron un rastreo en Medline desde 1970 a 2005 de artículos y bibliografía de los abstracts de personas con SCA en búsqueda de los reportes que establecieran las diferencias en los síntomas por sexo. Revisaron y analizaron la presentación de síntomas en 69 de 361 estudios posibles, con criterios de inclusión de angina inestable o IAM, de ellos seleccionó un pool de 69 estudios, encontrando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Las mujeres tuvieron más probabilidad de presentar en estados unidos angina e IAM 5.5 veces más que los hombres.</li> <li>2. Las mujeres tenían 10 años más que los hombres al momento de iniciar un IAM y tenían más comorbilidades entre ellas: la diabetes y la hipertensión arterial.</li> <li>3. Las mujeres fueron referidas en menos porcentaje a coronariografía y cirugía de revascularización que los hombres.</li> <li>4. Se encontró en la mujer más probabilidad de encontrar coronariografía normal.</li> <li>5. Existe mayor mortalidad a largo plazo en las mujeres que en hombres.</li> <li>6. En mujeres jóvenes la</li> </ol>	<p><b>PE:</b> 100% <b>ES: I</b></p>

			<b>A Y CRÍTICA EXHAUSTIVA DE LA LITERATURA.</b>		<p>mortalidad a corto plazo puede ser peor que en los hombres de la misma edad.</p> <p>7. Una tercera parte de los estudios de cohorte muestran que una de cuatro mujeres entrevistadas, con SCA se presentaron sin dolor en el pecho o discomfort.</p> <p>8. La ausencia de dolor torácico o discomfort se reportó más frecuentemente en mujeres que en hombres</p> <p>9. En los estudios de cohorte, 37% de las mujeres y el 27% de los hombres se presentaron sin dolor torácico y sin discomfort.</p> <p>10. La frecuencia de los síntomas asociados también fue diferente en hombres y mujeres.</p> <p>11. Las mujeres tenían más probabilidad de experimentar dolor en la mitad de la espalda o en la parte alta, acortamiento de la respiración, disnea paroxística nocturna, náuseas y vómito, indigestión, bajo apetito, debilidad o fatiga, tos, vértigo y palpitaciones.</p> <p>12. Más de un cuarto de los pacientes con IAM tenían síntomas silenciosos o no fueron reconocidos en forma similar tanto en hombres como mujeres (26% en mujeres y 27% en los hombres).</p> <p>13. El incremento en la edad fue el más importante predictor para la presentación de los SCA en ausencia de dolor torácico.</p>		
<b>S</b>	SHAW Leslee et al., STATE-OF-THE-ART PAPER : Insights From the NHLBI-Sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) Study.	<b>M</b>	<p><b>PP: 10%</b>  <b>O: 10%</b>                  Realizar el estado del Arte sobre diferencias específicas por género de los SCA.  <b>RB y SAP:</b>                  7.6%                  Análisis de las revisiones de 38 evidencias seleccionadas.</p>	<p><b>TR:</b> 19%                  Artículo de Revisión.  <b>CE: 10%</b>                  ninguno.</p>	<p><b>DR/C:</b>                  30%</p>	<p><b>PH:</b>                  -La mujer con estenosis coronaria crítica de las arterias coronarias, falla en la identificación que se encuentra críticamente en riesgo. Se respalda en que "esta es una enfermedad de los hombres".                  -La Enfermedad coronaria mata a más mujeres entre los: 35,45 y 55 años, mucho más que el cáncer de seno. P. 55.                  -El 52% de las mujeres mueren por síntomas relacionados con SCA y los hombres tan solo el 42%.                  -Según el WISE 1 de 4 mujeres con enfermedad coronaria isquémica, reportan previo al tratamiento: síntomas depresivos.                  -Otras formas casi no conocidas de factores disparadores de la EC son la liberación de PCR, estrechez de los vasos de la retina y calcificación coronaria.                  -El fibrinógeno, la PCR, la IL-6 los reactantes de fase aguda, están</p>	<p><b>PE:</b>                  88.4%  <b>ES: I  </b></p>

<p><b>Part I:</b> Gender Differences in Traditional and Novel Risk Factors, Symptom Evaluation, and Gender-Optimized Diagnostic Strategies. In: Journal of American College of Physician. USA, 2006.</p>				<p>involucrados significativamente en la fisiopatología de la EC en la mujer. Por tal motivo, la mujer es más afectada por entidades de tipo inflamatorio como: lupus eritematoso sistémico, tiroiditis, artritis reumatoide en comparación con el hombre. 9S.</p> <p>-el aumento en la calcificación de las coronarias en mujeres mayores de 50 años, significa el desarrollo de la EC.</p> <p>-La mujer anémica con EC aguda, tiene 4 veces más riesgo de una muerte súbita y eventos adversos cardiovasculares, comparado con grupos de mujeres sin anemia.</p> <p>-Frente a los síntomas coronarios, la mujer se diferencia del hombre respecto a Frecuencia, tipo y calidad de los mismos. 10S</p> <p>-Los síntomas prodrómicos a menudo son inusuales y se caracterizan por: fatiga, disturbios en el sueño y acortamiento de la respiración.</p> <p>-Los síntomas diferenciadores de género asociados al SCA y que son característicos de la mujer son: dolor o discomfort torácico, disnea, fatiga, diaforesis, dolor o discomfort en el brazo izquierdo, disnea y diaforesis.</p> <p>-Las mujeres presentan más dolor torácico que los hombres por lo cual son evaluadas (4 millones de visitas de mujeres a los hospitales y 2.4 millones de visitas de los hombres con la misma sintomatología).</p> <p>-La angina típica que se define como el dolor torácico durante la actividad física e incluye dolor torácico, dolor en el hombro y en el brazo izquierdo. En este sentido, las mujeres más ancianas, presentan cuadros similares a los hombres, y desarrollan angina típica, lo cual no sucede con las mujeres más jóvenes, las cuales expresan mayormente angina atípica.</p> <p>-Frente a los casos de dolor torácico en hombres mayores de 55 años, estos cuando fueron llevados a la coronariografía, presentaron más anomalías coronarias obstructivas aproximadamente el 90% de los casos, mientras que en las mujeres con el mismo rango de edad solo se reportó este fenómeno en el 55-90% de los casos.</p> <p>-Por lo tanto el dolor torácico es</p>	
--	--	--	--	--	--



						<p>menos preciso y poco predictores de coronariografía aguda en los estudios de series contemporáneos menores de 2A.</p> <p>-Las mujeres tienen anomalías propias en el segmento ST, mostrando descenso del segmento lo cual es signo de pobre sensibilidad y especificidad de obstrucción coronaria comparada con el comportamiento en el hombre, donde se obtiene una sensibilidad y especificidad del 80%.</p> <p>-La tolerancia al ejercicio y al estrés que este mismo genera, es mal tolerado por la mujer, pues presentan una inadecuada frecuencia cardíaca y en test de ejercicio con protocolo Bruce, la mujer desencadena con mayor severidad, depresión y ansiedad que generan dolor torácico.</p> <p>-El voltaje del QRS en el EKG de la mujer, es inducido en realidad por la función hormonal. Adicionalmente la mujer tiene alteraciones intrínsecas en el segmento ST inducidas durante el ciclo menstrual y por la disminución en sangre de los niveles de estradiol, que aumentan la frecuencia cardíaca y es responsable de la severidad de la isquemia en el EKG.</p>	
<b>T</b>	<p>BAIRE Y MERZ C. Noel, et al. STATE -OF- THE- ART PAPER : Insights From the NHLBI- Sponso red Women 's Ischemi a Syndro me Evaluat ion (WISE) Study. Part II:</p>	<b>M</b>	<p><b>PP:</b> 10% <b>O:</b> 10% Conocer las diferencias específicas de en relativas a la forma de presentación, diagnóstico y resultados en los SCA desde una mirada enfocada al género y la explicación micro y macro vascular de la enfermedad coronaria. <b>RB y SAP:</b> 20% Análisis de las revisiones</p>	<p><b>TR:</b> 20% Artículo de Revisión. <b>CE:</b> 10% Ninguno.</p>	<p><b>DR/C:</b> 30%</p>	<p><b>H:</b> -La mujer con síntomas de EC, tiene de forma persistente y refractaria, dolor torácico, requiriendo por esta razón más hospitalizaciones que el hombre, pero menos bienestar por los frecuentes reportes de ansiedad o síntomas depresivos asociados a este desorden, que limitan y deterioran la calidad de vida y produce significativas limitaciones para la vida diaria. P. 22S. -Las mujeres con episodio de muerte súbita cardíaca, presenta síntomas atípicos: fatiga, acortamiento de la respiración y dolor torácico atípico. -En conclusión, el vasto camino de los síntomas en la mujer, la funcionalidad, inhabilidad y calidad de vida indica que hay una anormal y poca claridad sobre la clínica típica de la mujer con EC. P. 24S</p>	<p><b>PE:</b> <b>100%</b> <b>ES: I</b></p>

<p>Gender Differences in Presentation, Diagnosis, and Outcome With Regard to Gender-Based Pathophysiology of Atherosclerosis and Macrovascular and Microvascular Coronary Disease. Florida, USA 2006.</p>		<p>de 101 evidencias seleccionadas Y CRITICADAS.</p>				
<p><b>U</b> LERMAN Amir and SOPKO George .  Women and Cardiovascular Heart Disease: Clinical Implications from the Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE)</p>	<p><b>M</b></p>	<p><b>PP: 10%</b> <b>O: 8%</b> Brindar información respecto al comportamiento de la enfermedad coronaria en la mujer según el estudio WISE. <b>PROBLEM A:</b> Poco claro el objetivo. <b>RB y SAP: 3.2%</b> Análisis de tan solo 16 evidencias seleccionadas.</p>	<p><b>TR: 8%</b> <b>Artículo de Revisión.</b> <b>CE: 10%</b> ninguno</p>	<p><b>DR/C:</b> 30%</p>	<p><b>PH:</b> -La evaluación clínica es una manera de aproximarse al diagnóstico de enfermedad coronaria, cuyos síntomas típicos se empiezan a conocer por medio de la historia clínica y el examen físico. Los síntomas típicos de dolor torácico subesternal, y opresión irradiada al brazo izquierdo, puede no ser en realidad el síntoma primario. 59S -Los síntomas: disnea, fatiga y pérdida de la energía parecen ser los síntomas dominantes en la mujer. 60S -El comienzo de los síntomas y su relación con la actividad física, tiene mayor relevancia clínica que su localización, ya que la mujer reporta síntomas ligados a la actividad diaria y estrés mental durante el ejercicio. -Situaciones especiales de orden social son importantes conocer en la mujer, puesto que un ambiente estresante y la respuesta al estrés mental puede ser más alta en la mujer que en el hombre. P.60S.</p>	<p><b>PE: 69.2%</b> <b>ES: II</b> <b>Bajo soporte bibliográfico, solo 16 artículos.</b></p>

	Study ¿Are We Smarter? 2006 USA						
W	ARSLAN ENGIN Cynthia and ENGIN Milo. Physiological and Anatomical Bases for Sex Differences in Pain and Nauseas Presenting Symptoms of Acute Coronary Syndromes. USA 2010.	M	PP: 10% O: 10% Entender las diferencias entre Hombres y Mujeres en relación a los síntomas de EC y las náuseas. <b>RB y SAP:</b> <b>18%</b> Análisis de las revisiones de 90 evidencias seleccionadas.	TR: 20% <b>Artículo de Revisión.</b> CE: 10% ninguno	DR/C: 30%	PH: -La enfermedad coronaria puede manifestarse como SCA: e incluye IAM/AI. Numerosos estudios ponen de manifiesto que la mujer consulta a los departamentos de emergencias, más tarde por síntomas de EC. -Los síntomas más comunes del ataque cardiaco para Hombre y Mujeres identificados por la Asociación Americana del Corazón y el Instituto Nacional del Pulmón, el corazón y la Sangre son: Dolor torácico o discomfort torácico, acortamiento de la respiración, náuseas, cefalea y dolor en el estómago o mandíbula. -Las Mujeres, probablemente experimentan menos dolor torácico pero más probablemente: náuseas u vómito y menos posibilidades de tener quejas o síntomas reconocidos que causen el SCA. -El Hombre y la Mujer pueden reportar dolor en forma diferente, puesto que ellos han sido socializados para tener una respuesta diferente frente al dolor. -La evidencia conduce a asegurar que los Hombres y las Mujeres sienten más dolor, pero el que menos dice del dolor es el hombre; el hombre cree que debe tolerar más dolor por ser hombre, pero ambos sexos son sensibles al dolor de la misma forma. -Las náuseas: las mujeres tienen mayor probabilidad que el hombre de experimentar SCA.	PE: <b>98%</b> ES: I
X	VACCARINO Viola, BADIMONN Lina. Et al. Ischaemic Heart Disease in Women : ¿Are There Sex Differences in Pathop	M	PP:10% O: 10% <b>Determinar las diferencias fisiopatológicas, comorbilidades y desenlaces en hombres como mujeres.</b> <b>RB y SAP:</b> <b>20%</b> <b>Evidencias empleadas para la</b>	TR: 20% <b>Artículo de amplia Revisión.</b> CE: 10 % ninguno mencionado.	DR/C: 30%	PH: -La enfermedad cardiovascular es la principal causa de mortalidad de las mujeres en todo el mundo y viene creciendo el fenómeno desde hace 20 años. -Las mujeres comparten con los hombres los mismos factores de riesgo cardiovasculares y aunque en el periodo menopáusico la agresividad de estos eventos sean mayores, hay reportada menos enfermedad obstructiva coronaria aterosclerótica en la mujer que en el hombre. Pero los mecanismos no son totalmente claros y se requiere su clarificación. -Sección de factores de riesgo psicosocial: Existe evidente y	PE: <b>100%</b> ES: I

<p>hysiology and Risk Factors ? Position Paper from the Working Group on Coronary Pathophysiology and Microcirculation of the European Society of Cardiology. Atlanta USA 2011</p>		<p><b>discusión.</b></p>		<p><b>contundente información que el estrés psicosocial puede influenciar no solo el curso sino el comienzo de la enfermedad cardiovascular y esto es especialmente importante en la mujer. P.3. En el estudio INTERHEART la exposición a factores de riesgo psicosocial, entre los que se incluye la depresión es una fuente importante de exposición para la mujer tanto en la casa como en el trabajo. Y se asociado con grados de significancia a eventos: IAM en hombres significancia de 3.5 y en mujeres de 9.0.</b></p> <p><b>-La depresión es más prevalente en mujeres que en hombres. Representa el 40% en mujeres jóvenes con IAM, la cual se encuentra ligada al empobrecimiento de la calidad de vida y de su estado de salud.</b></p> <p><b>Uno de sus graves problemas es la forma como condiciona la adherencia al tratamiento médico y está ligada su aparición a mujeres con hábito tabáquico y estilos de vida sedentarios.</b></p> <p><b>-Distrés emocional crónico: los estados de ansiedad, el estrés marital y la exposición a situaciones adversas tempranas en la vida, son en realidad riesgosas para la salud cardiovascular. Estudios escandinavos demuestran que el estrés marital generan consecuentemente eventos coronarios como también la proliferación aterosclerótica en las coronarias, verificado por estudios angiograficos. Caso contrario, también demostró que la satisfacción marital, está ligada con menor tasa de esclerosis coronaria medida por ultrasonido y existe menor rapidez en la progresión de la aterosclerosis carotidea. El estrés psicológico: el trauma, el maltrato infantil, es un factor de riesgo emergente para enfermedad cardiovascular y es más comúnmente encontrado en las mujeres que en hombres. El trauma es un factor de riesgo de depresión el cual expone además a mayor EC y expone a los niños a mayor trauma.</b></p> <p><b>-El estrés agudo: los eventos estresores agudos, la rabia aguda, los cambios repentinos en el humor y las emociones extremas, estos eventos estresores son conocidos</b></p>	
--	--	--------------------------	--	---	--

						como <b>CARDIOMIOPATIA DE TAKOTSUBO</b> y es exclusivamente encontrada en las mujeres.	
Y	DEVON Hollis A. SABBAN Karen L. and GARRET Donna K. Recognizing and Responding to Symptoms of acute coronary Syndromes and Stroke in Women. California USA. 2011.	E	PP:10% O: 10% El propósito de la revisión es la actualización del conocimiento de los síntomas del SCA y el ataque isquémico cerebral en mujeres. Conocer la apropiada respuesta de los síntomas y la implicación del cuidado de enfermería para estas mujeres. RB y SAP: 18.4% (92 Evidencias empleadas para la discusión)	TR: 20% Artículo de amplia Revisión. CE: 10% ninguno mencionado.	DR/C: 30%	H: -Es controversial la significancia clínica que rodea el concepto de SCA y el nivel de interpretación de lo típico y atípico del mismo. Recientes y numerosos estudios aportan evidencias que la mujer experimenta más frecuentemente: disnea, indigestión, náuseas y fatiga durante los SCA. Por tanto se ha convertido en un mito, este conocimiento. -Un estudio de caso, en una mujer de 69 años con historia de enfermedad coronaria, inicia su cuadro agudo con: acortamiento de la respiración, severo dolor en la espalda. La pasada semana había presentado fatiga inusual y pérdida del apetito, finalmente conducida al centro de salud. -Existe información limitada sobre las diferencias de género para los síntomas de SCA, pero los actuales estudios puntualizan que la mujer experimenta de forma significativamente <b>FATIGA INUSUAL (2008), ACORTAMIENTO DE LA RESPIRACION (1998), DOLOR EN LA PARTE ALTA DE LA ESPALDA (2000-2002), NAUSEAS Y VÓMITO (1998-2008), BAJO APETITO (2003), INDIGESTION (1999), PALPITACIONES (2008) Y DOLOR EN LA MANDIBULA Y EN EL CUELLO (2008).</b> Algunos autores describen que es más probable encontrar el síntoma de dolor torácico en hombres que mujeres, así que 29 estudios soportan que el 535 de las mujeres encuestadas, no referían dolor torácico y la diaforesis es controversial. -Los síntomas típicos de enfermedad coronaria son: dolor torácico o marcador del síntoma. Los síntomas atípicos son un grupo de síntomas denominados así: -Dolor en la parte de la espalda alta, o en el abdomen, fatiga inusual, desmayos, palpitaciones, debilidad, indigestión, miedo inusual y bajo apetito.	PE: 98.4% ES: I
Z	CANTO John G. GOLD	M	PP:10% O: 10% Describir la presentación	TR: 20% Artículo de amplia Revisión.	DR/C: 30%	H: -Las mujeres presentan más angina inestable, pero menos IAM, como sucede en el hombre.	PE: 97.2 % ES: I Eviden

	BERG Robert J. HAND Mary M. BONO W Robert O. SOPK O George PEPIN E Carl J. And LONG Terry. Symptom Presentation of Women with Acute Coronary Syndromes: Myth vs. Reality . USA 2007.		ón de los síntomas de SCA, tanto típicos como atípicos RB y SAP: 17.2% (86 Evidencias empleadas para la discusión).	Se analizaron y criticaron, 361 artículos y de ellos se eligieron 69 para el estudio. CE: 10% ninguno menciona do.		-Hay importantes limitaciones en la literatura para interpretar los síntomas de EC, puesto que muchos estudios se basan que en la definición e SCA, la persona tenga dolor torácico o discomfort. Otros grupos de pacientes con ausencia de dolor torácico yo discomfort. Es importante recordar que muchos IAM pueden ser silenciosos, no guardan la relación de dolor torácico típica y pasa de manera inadvertida por las personas. Los síntomas frecuentemente relacionados por estudios de investigación conducen a determinar estos síntomas como relevantes en la mujer: -malestar torácico, con discomfort en el centro del pecho. .A los pocos minutos, se desaparece y vuelve a parecer. Los diversos tipos de malestar son: sensación de presión, apretamiento, o dolor intenso o solo dolor. -Se presentan discomfort en otras áreas del cuerpo: incluye dolor o discomfort en la espalda, el cuello, la mandíbula y el estómago. Otros síntomas son: sensación de frío o calor que acompaña al dolor torácico, náuseas. Referente a los mitos y realidades del dolor torácico, se puede decir: que la mujer tiene menos probabilidad de reportar dolor torácico o discomfort torácico, probablemente estas diferencias no sean lo suficientemente tan grandes como para justificar la diferenciación sexo especifica de los síntomas, para lo cual, se debe indagar cada vez más y optimizar la evidencia.	cia contra dictoria respect o al dolor en la mujer con SCA
A A	LEUZZI C. Coronary Artery Disease: Clinical Presentation, Diagnosis and Prognosis in Women.	M	PP:10% O: 10%, Contribuir al esclarecimiento del diagnóstico o diferencial de los síntomas de la EC en la mujer. RB y SAP: 14.2% (71 Evidencias empleadas	TR: 20% Artículo de amplia Revisión. CE: 10% ninguno menciona do.	DR/C: 30%	H: -Referente a la presentación clínica de la mujer con SCA, se puede dejar constancia: -Aproximadamente 60% de los casos, la presentación inicial de la enfermedad cardiovascular en la mujer es el IAM. LA MITAD DE ESTAS PRESENTAN EPISODIOS DE MUERTE SUBITA CARDIACA la cual viene precedida de síntomas atípicos en forma frecuente, relatando: dolor en la parte superior de la espalda, disnea, indigestión, náuseas, vómito y debilidad. -Las mujeres reportan más dolor en la mandíbula y cuello que los	PE: 94.2% ES: I

	Móden a Italy 2010		para la discusión).			<p>hombres.</p> <p>-Los hombre exponen más dolor torácico que las Mujeres, pero la presentación típica de dolor en la mujer refleja la compleja expresión de la enfermedad en la mujer, algunos autores comentan que los cambios en las representaciones derivadas del género están representados por factores multidimensionales entre ambos sexos, explicadas por su percepción de los síntomas, causados por: factores psicológicos, ambientales, anatomo-biologicos existentes entre hombres y mujeres.</p> <p>-Otro factor importante que influencia la expresión de los síntomas: la edad avanzada o &gt; de 65 años, demuestra que las mujeres a medida que maduran, expresan dolor más típico y más complicaciones del SCA.</p> <p>El acortamiento de la respiración, es el síntoma más sugestivo de SCA en la mujer con diabetes.</p> <p>-El dolor torácico típico está claramente asociado a menores tasas de obstrucción coronaria. Por lo pronto se hace necesario que se diseñen investigaciones con estudios que involucren grandes cohortes de mujeres que puedan ayudar aclarar las dificultades actuales de interpretación clínica.</p>	
B B	WELC H Eugeni a, COTTR ELL Damon B. Acute Corona ry Syndro mes and Wome n: There are Differe nces. Washi ngton USA 2008	E	PP: 10% O: 10%, Debelar el significado de las diferencias en la mujer con el hombre, en relación a los síndromes coronarios agudos, en una base de relación explicadas por género e influencias psicosocial es. RB y SAP: 14.2% (71 Evidencias empleadas para la	TR: 20% Articulo de Revisión. CE: 10% ninguno menciona do.	DR/C: 30%	H: -Las mujeres típicamente tiene un diagnóstico de SCA a edades más avanzadas que los hombres y tiene más comorbilidades a esta edad como: tabaquismo e HTA. -Típicamente la mujer son mayores 10 años que sus congéneres masculinos cuando presentan el primer evento coronario. -La evidencia conduce a afirmar que las mujeres que presentan SCA tienen diferenciaciones específicas de los hombres. -Las mujeres tiene menor probabilidad de presentar dolor torácico que los hombres de las mismas edades. La calidad del dolor la expresan como: un apuñalada, o muy agudo. -Las mujeres tienen más posibilidad de presentar náuseas y vómito, disnea referida a la espalda y al cuello, asociado con otros síntomas como: indigestión y palpitaciones. -Las mujeres tiene menor probabilidad de presentar diaforesis	PE: 94.2% ES: I

		discusión).			<p>que los hombres.</p> <p>-Las mujeres que presentan su SCA y no refieren dolor precordial, presentan más síntomas típicos y sus edades siempre son mayores que la población en general.</p> <p>-Las personas que expresan síntomas atípicos, generalmente duran más tiempo hospitalizadas, necesitan más soporte por lo cual aumenta su riesgo de pobres resultados. P. 274.</p>	
--	--	-------------	--	--	--	--

**TOTAL: PIEZAS INVESTIGATIVAS. 13 (Enfermería: 3 Medicina: 10) Se descarta el estudio de Lerman et al., por su poca aporte a esta investigación. Se usan entonces solo 12 estudios.**

Fuente: Base de Datos de la Investigación

**Anexo 15. Critica Empírica. Hallazgos y evidencias de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria. Estudios Cualitativos.**

TEMA GENERAL: LOS SÍNTOMAS EN LA MUJER CON ENFERMEDAD CORONARIA					
DATOS ANALIZADOS					
SISTEMA LOGICO	SISTEMA EMPIRICO			CATEGORIZACION	
ATRIBUTO O CONSTRUCTO	DIMENSIONES	INDICADORES	EVIDENCIAS RELACIONADOS CON CADA SUBCATEGORIAS	PONDERACION	
SÍNTOMAS	1.DISNEA	CALIDAD	-Falta de aire. (MILLAN Eillen Maryibe, DIAZ H. Luz Patricia).p.40 -Los síntomas asociados, usan la categoría: Ahogo, respiración trancada, asfixia. SOTO MORALES Alejandra María. P. 62.	1	
		INTENSIDAD			
		ANGUSTIA			
		DURACION -< 1 hora -De 1 a 3 horas - Más de 3 horas			
	2.NAUSEAS	CALIDAD			
		INTENSIDAD			
		ANGUSTIA			
		DURACION: -< 1 hora			



R O N A R I O S		-De 1 a 3 horas - Más de 3 horas		
	3.FATIGA	CALIDAD	-Mareo, pérdida de fuerza o de energía, fatiga. (MILLAN Eillen Maryibe, DIAZ H. Luz Patricia).p.40	
		INTENSIDAD		
		ANGUSTIA		
		DURACION	-< 1 hora -De 1 a 3 horas - Más de 3 horas	
4.DOLOR DE TIPO ISQUÉMICO MANIFESTADO EN ALGUNA PARTE DEL CUERPO	CALIDAD	<p>-Sensaciones relacionadas con el dolor: (dolor en la espalda, dolor en el cuello.) (MILLAN Eillen Maryibe, DIAZ H. Luz Patricia).p.40</p> <p>-Las características del dolor: quemante, picada, opresivo. (MILLAN Eillen Maryibe, DIAZ H. Luz Patricia).p.40.</p> <p>-La sensación la definen como: opresión: 86.6%,, como una sensación de pesadez, no es dolor es una sensación de opresión, como un apretamiento interior. Una opresión generada desde adentro y sensación generada desde afuera. El síntoma es definido como dolor (40) y dolorcito (17.5%) (Subvaloración-subestimación del dolor). Simultaneidad de los síntomas: (2-6 síntomas la mayoría de componente respiratorio). 15 expresiones reflejan la subvaloración de los síntomas: sensación de palpitaciones, angustia, me fatigo mucho cuando camino, dolor en el brazo y desaliento en la pierna, cansancio y dificultad para respirar, sensación de mareo y desaliento, escalofrío, temblor, dolor de cabeza, gran estado de angustia, palpitación que oprime el pecho. Li ama la atención la poca o nula presencia de síntomas frecuentes en las mujeres reportadas en la literatura: náuseas y vómito. Sensación punzante, picadita, pinchazo fuertísimo en el corazón, picadura durísima, dolor continuo, o a ratos. La categoría respiratoria fue emergente: poquito de ahogo, dificultad para respirar, como fatiga, alcance de la respiración. Como ola o proceso fluido (sensaciones o hechos desencadenados en hilos sintomáticos en áreas importantes del cuerpo: dolor en la mano, que sube por el brazo, luego en el pecho como opresión y ahogo. Comienza como un dolor y un destemplanamiento hacia el brazo y el corazón.</p> <p>Expresiones atípicas: (R/ aspectos culturales) "destemplamineto, chapaleo, cortocircuito a nivel cerebral... no del corazón y trato de darme mareo". RINCON O. Fanny, GARNICA Gloria, DURAN DE VILLALOBOS María Mercedes, RODRIGUEZ Jaime. P. 171-172.</p> <p>- Las características del dolor: Apretamiento, -Peso encajado, dolor al lado derecho del pecho. SOTO MORALES Alejandra María. P. 62.</p> <p>- CALIDAD-Denominación del sitio: 33% pecho, 20% corazón, 6.6% ulcera del pecho, estómago y esternón.</p>	       	

		<p>33% tórax izquierdo, pecho y espalda. - Manifestaciones de la calidad del dolor: dolor, dolorcito, fuerte, terrible, tremendo, muy duro, que pincha como aguja, agudo, cruel. Extenso, horrible, ardor, ardiente, ahorcaba, y reventaba. CORTES CASTRO, Luis Alberto.p.87</p> <p>-Expresan sensación quemando en el pecho: ardor. TAJER Débora. P. 246.</p>	
	LOCALIZACION	<p>-En el pecho 80%, en región precordial (alta frecuencia), brazo izquierdo (8), cuello (4), otros lugares poco usuales hemitorax derecho (2), escápula izquierda y espalda alta (3). RINCON O. Fanny, GARNICA Gloria, DURAN DE VILLALOBOS María Mercedes, RODRIGUEZ Jaime. P. 171-172.</p> <p>-La localización: 53.2% en tórax superior izquierdo, 39.9% en abdomen superior, 6.8% en múltiples zonas (antebrazo, cuello, mandíbula, escápula, hombro y tórax). Denominación del sitio: 33% pecho, 20% corazón, 6.6% ulcera del pecho, estómago y esternón. 33% tórax izquierdo, pecho y espalda. CORTES CASTRO, Luis Alberto.p.87.</p>	
	INTENSIDAD	<p>-Variabilidad en la expresión del dolor: dolor, dolorcito, procesos ascendentes y descendentes. (MILLAN Eillen Maryibe, DIAZ H. Luz Patricia).p.40</p> <p>-INTENSIDAD DEL DOLOR: 93.4% intenso, y el 6.6% moderado. CORTES CASTRO, Luis Alberto.p.87.</p>	
	ANGUSTIA	<p>-Perciben hay un daño en el corazón, -Relacionan la emoción y el estrés físico, Respecto al afrontamiento: Necesidad de pedir ayuda, o resignación a la situación: creencia religiosa. P. 87.</p> <p>- La valoración cualitativa de la calidad arroja 9 categorías: gran compromiso del Ser (49%) cascada de síntomas (25%), síntomas gastrointestinales (4%), subvaloración de la gran sensación (3%) p. 87., vínculo o conexión entre las manifestaciones y el afrontamiento (3%), el síntoma como sensación de opresión (3%), como un proceso creciente (2.8%), desconexión del proceso vital (2%).</p> <p>- ANGUSTIA O DESASON: 19 casos (55%) expresan mayores niveles de angustia, 35% casos: presentaron pensamientos relativos a la muerte. El 10% incomprensión de los síntomas. CORTES CASTRO, Luis Alberto.p.87.</p>	
	DURACION	<p>-En cuanto al tiempo: 46% menos de una hora, 20% lapsos de 1 hora a un día. 13.3 permanente o sea más de 8 días. 40% presentaron un lapso de 1 mes a 1 año, 33.5% más de un año. En relación al tiempo esperado para pedir ayuda: 53.3% no piden ayuda por: estar solas, no contaba con nadie, si se reagudiza busca a alguien, no deseaba molestar, porque era una molestia boba. Otras esperaron hasta 12 horas o en la noche para hablar del dolor. RINCON O. Fanny, GARNICA Gloria, DURAN DE VILLALOBOS María Mercedes, RODRIGUEZ Jaime. P. 171-172.</p> <p>- Tiempo de los síntomas: la mayoría aprende a convivir con los síntomas (cronicidad). SOTO</p>	

		MORALES Alejandra María. P. 62. - DISTRIBUCION EN EL TIEMPO: <30 minutos el 40% de los casos, entre 30 min.-1h. Entre 1-6 horas y más de 6 horas: el 60% de los casos. TIEMPO DE INICIO DE LOS SINTOMAS: El 46.6% de recién inicio los síntomas: agudos. El 36% hace 1 mes y el 10% hace 2 meses. CORTES CASTRO, Luis Alberto.p.87.	
	SINTOMAS ACOMPANANTES MENORES	-Sudoración. Decaimiento, asfixia, fatiga, frialdad, fiebre. CORTES CASTRO, Luis Alberto.p.88. -Vomito: 95% casos, -Mareo: 55% casos, -Dolor de cabeza (53%) de los casos. CORTES CASTRO, Luis Alberto.p.87	
	ENCUANTO AL FRONTAMIENTO , IMPLICACIONES Y SIGNIFICADOS	-Se establecen cinco categorías: cambios en la intensidad de la actividad física, convivencia con el síntoma, informando a los allegados, consumo de medicamentos, consultando al personal de salud. RINCON O. Fanny, GARNICA Gloria, DURAN DE VILLALOBOS María Mercedes, RODRIGUEZ Jaime. P. 171-172. -Instauran manejos caseros para aliviar el dolor. SOTO MORALES Alejandra María. P. 62.	
5 DISTRÉS	CALIDAD	-Las condiciones psicológicas estresantes activan lóbulo frontal y generan respuestas fisiológicas negativas y serios problemas cardiacos: IAM. (TOBO MEDINA Natalia y CANAVAL ERAZO Gladys Eugenia. P.30 -El estrés no tiene peso en el establecimiento de la sintomatología, diferente a lo que se encuentra en la literatura. RINCON O. Fanny, GARNICA Gloria, DURAN DE VILLALOBOS María Mercedes, RODRIGUEZ Jaime. P. 171-172. -El 40% se encontraba desempleada. SOTO MORALES Alejandra María. P. 62.	 
	INTENSIDAD		
	ANGUSTIA		
	DURACION -< 1 hora -De 1 a 3 horas. - Más de 3 horas		
6.ANSIEDAD	CALIDAD	- Expresiones relacionadas con el Ser Supremo. - Percepción ALTERADA del estado de salud. (MILLAN Eillen Maryibe, DIAZ H. Luz Patricia).p.40 -Dependencia de terceros, piel yerta, fría como una paleta, nervios, dentadura destemplada. SOTO MORALES Alejandra María. P. 58-64 -Cansancio en la mayoría y manifiestan cambios a partir del episodio isquémico. Existe la sensación de fragilidad del cuerpo, reproducen el riesgo de quebrarse (rigidez) lo cual representa la presencia de psiquismo en el discurso. TAJER Débora. P. 246.	 
	INTENSIDAD		

		AD	
		ANGUSTIA	
		DURACION -< 1 hora -De 1 a 3 horas - Más de 3 horas	
7.IRA/HOSTILIDAD	CALIDAD	<p>-REFERENTE AL DESARROLLO YOICO: Los estratos más bajos tienen dificultad para pedir ayuda, en contraste con las del sector más alto, quienes expresan OMNIPRESENCIA, se sienten únicas y las mejores, se cargan con todo, trabajan como varones, siendo adictas al trabajo, tiene agenda completa y hacen poco uso del tiempo libre. p. 246.</p> <p>-MODALIDAD DE DESPLIEGUE DE EMOCIONES HOSTIL/EROTICA: Ambos grupos suelen enojarse con facilidad y en forma frecuente (Típica reacción Narcisista característica de las personas con afecciones cardíacas).</p> <p>La hostilidad en el sector más bajo es menor, puesto que se la tragan y explotan,; mientras que las del sector más alto: la expresan de forma explosiva. El sector más bajo tiende a evitar situaciones de conflicto, las del sector más alto, le ponen el pecho a todo (idealizar la imagen omnipotente). El sector más bajo no reconoce valor a lo erótico, las cardíacas se definen como “frías” con poco interés en lo sexual, y se consideran receptáculos de la sexualidad de sus maridos. El sector más alto solo ejerce la sexualidad con el propósito reproductivo, aunque señalan que la sexualidad es muy importante en sus vidas y que están menos atractivas y no responden como antes. TAJER Débora. P. 247.</p>	
		INTENSIDAD	
		ANGUSTIA	
		DURACION -< 1 hora -De 1 a 3 horas -Más de 3 horas	
8.DEPRESION	CALIDAD	<p>-La característica: Dominante-infalible y Auto-represión-Rigidez moral, generan culpa, incapacidad, El control excesivo y autocontrol de las emociones generan: falta de motivación, apatía y depresión, La auto-represión se correlacionó con sentimientos de inferioridad, miedo al descontrol, temor a la vida, timidez y sentimientos de incapacidad ocasional.(TOBO MEDINA Natalia y CANAVAL ERAZO Gladys Eugenia).p.31</p> <p>- Miedo a la muerte, -Consecuencias del dolor en la percepción, comunicación y movimiento: pérdida de la</p>	   

		percepción del tiempo, dificultad para comunicarse y expresarse e incapacidad para movilizarse. (MILLAN Eillen Maryibe, DIAZ H. Luz Patricia).p.40 -Miedo a la muerte. Pedirle a Dios que no la deje morir, Incapacidad. TAJER Débora. P. 246.	
		INTENSIDAD	
		ANGUSTIA	
		DURACION	
		-< 1 hora - De 1 a 3 horas - Más de 3 horas	

### BIBLIOGRAFIA CRITICA EMPIRICA ESTUDIOS CUALITATIVOS

**Pieza investigativa (E. CUALITATIVO):** TOBO MEDINA Natalia y CANAVAL ERAZO Gladys Eugenia. Las emociones y el estrés en personas con enfermedad coronaria. En: Revista Aquichan. Chía Colombia, Abril 20 de 2010. Vol. 10 No. 1 P.19-33.

**Pieza Investigativa (E. CUALITATIVO).** MILLAN Eillen Maryibe, DIAZ H. Luz Patricia. Experiencia del dolor torácico en la mujer con infarto agudo de miocardio. En: Avances en Enfermería. Chía Cundinamarca, 2009. Vol. XXVII No.2 P.33-42.

**Pieza Investigativa (E. CUALITATIVO).** RINCON O. Fanny, GARNICA Gloria, DURAN DE VILLALOBOS María Mercedes, RODRIGUEZ Jaime. Caracterización de los síntomas de angina en un grupo de mujeres con prueba de esfuerzo positiva. En: revista colombiana de cardiología. Bogotá, mayo-junio, 2007. Vol.14 No.3 P.159-172.

**Pieza Investigativa (ECUALITATIVO).** SOTO MORALES Alejandra María. Factores que intervienen en la demora de la solicitud de atención médica o de enfermería, en mujeres que presentan dolor torácico de origen coronario. En: Avances en Enfermería. Chía Cundinamarca, 2007. Vol. XXV No.2 P.58-64.

**Pieza Investigativa (ECUALITATIVO).** CORTES CASTRO, Luis Alberto. Tipificación del síntoma dolor torácico tipo isquémico en la mujer, a la luz de la Teoría de los Síntomas Desagradables. En: Revista Avances en Enfermería. Chía Cundinamarca Colombia, 2007. Vol. XXV No. 2 P. 76-78.

**Pieza Investigativa (ECUALITATIVO).** TAJER Débora. Mujeres y enfermedad cardiovascular. Género y subjetividad en la construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en mujeres jóvenes. En: Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario de investigaciones. Buenos Aires, Argentina noviembre, 2005. Vol. XIII. P. 239-248.

TOTAL: 6 PIEZAS INVESTIGATIVAS. (Enfermería: 5 y Psicología: 1)

**Fuente:** Base de Datos de la Investigación

### Anexo 16. Crítica Empírica. Hallazgos de las evidencias de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria. Estudios Cuantitativos.

TEMA GENERAL: LOS SÍNTOMAS EN LA MUJER CON ENFERMEDAD CORONARIA DATOS ANALIZADOS				
SISTEMA LOGICO	SISTEMA EMPIRICO			CATEGORIZACION
ATRIBUTO O CONSTRUCTO	DIMENSIONES	INDICADORES	EVIDENCIAS RELACIONADOS CON CADA SUBCATEGORIAS	PONDERACION
<b>SÍNTOMAS CORONARIOS</b>	<b>1.DISNEA</b>	<b>CALIDA D</b>	-Disnea 23M/19H. . RAVN-FISHER A. CAIDAHL K. HARTFORD M. KARLSON T, SKIHLGREN S and PERERS E. p.141. -Acortamiento de la respiración: 45% casos. O'BRIEN, F, MCKEE G, MOSER, D, O'DONNELL, S. P.27. -Acortamiento de la respiración. OLSON Marian B. Et al., p. 1512-1513. -Angina y disnea fueron reportadas en todas las mujeres. MIERES Jennifer H. et al. P. 1265-1266.	I I
		<b>INTENSIDAD</b>		
		<b>ANGUSTIA</b>		
		<b>DURACION</b> -< 1 hora -De 1 a 3 horas - Más de 3 horas		
	<b>2.NAUSEAS</b>	<b>CALIDA D</b>	-Náuseas 19M/15H y vómito 6/6. RAVN-FISHER A. CAIDAHL K. HARTFORD M. KARLSON T, SKIHLGREN S and PERERS E. p.141	I
		<b>INTENSIDAD</b>		
		<b>ANGUSTIA</b>		
		<b>DURACION:</b> -< 1 hora -De 1 a 3 horas - Más de 3 horas		
	<b>3.FATIGA</b>	<b>CALIDA D</b>	-Fatiga: 30%. O'BRIEN, F, MCKEE G, MOSER, D, O'DONNELL, S. P.27. -Debilidad y fatiga. OLSON Marian B. Et al., p. 1512-1513	I
		<b>INTENSIDAD</b>		
		<b>ANGUSTIA</b>		

		<p><b>DURACION</b>                  -&lt; 1 hora                  -De 1 a 3 horas                  - Más de 3 horas</p>	
	<p><b>4.DOLOR DE TIPO ISQUÉMICO MANIFESTADO EN ALGUNA PARTE DEL CUERPO</b></p>	<p>CALIDA D</p> <p>-Las mujeres reportaron con mayor frecuencia discomfort en la garganta y la mandíbula. (MACKAY, MH. RATNER PA. JHONSON JL. HUMPHRIER KH. BULLER CE.)</p> <p>-Es más objetiva la valoración clínica de las personas con SCA, frente a la RNM aportando un 100% de sensibilidad y un alto valor predictivo negativo del 98%, es más práctica, no solo por el costo, el tiempo y el horario disponible para la lectura del test (9 min.) (LIGERMAN Seth and WHITE Charlie.)</p> <p>Localización del dolor o del discomfort: en el pecho 73M/76H en el cuello: 9M/8H, en los hombros: 21H/22H, en la espalda 12M/6H en el abdomen: 5M/5H. RAVN-FISHER A. CAIDAHL K. HARTFORD M. KARLSON T, SKIHLGREN S and PERERS E. p.141.</p> <p>-Hombres y mujeres tienen un umbral de detección comparable en el dolor por frío y DOLOR ISQUEMICO, mientras que el dolor inducido por presión es más bajo el umbral en la mujer que en el hombre. Fuerte evidencia: la mujer tolera menos la presión y el estímulo térmico: frío o caliente, la mujer tiene mayor respuesta al dolor, más que el hombre y siente más modalidades de dolor. La sumatoria temporal de anodinia y la hiperalgesia secundaria puede estar más pronunciada en la mujer, la mujer expone menos eficiencia endógena de las vías en el sistema inhibitorio del dolor, pero esto no es aplicable a todo tipo de estímulo doloroso. (RACINE Mélanie et al.) Part: 1)</p> <p>-No hubo diferencia en la presentación de los síntomas en hombres y mujeres, ni en la expresión de los SCA, solo que en los más ancianos se presentaron síntomas más atípicos y además:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El dolor o discomfort o presión precordial se reporta por el 83% de los casos.</li> <li>- Dolor en la mano izquierda: 34%. O'BRIEN, F, MCKEE G, MOSER, D, O'DONNELL, S. P.27.</li> <li>- El dolor torácico tiene importante impacto en la salud, el cual es valorado en forma más estrecha por medio de la angiografía coronaria, en mujeres sospechosas de isquemia miocárdica. Se aplica el cuestionario WISE el cual muestra como síntomas coronarios más importantes, que impactan sobre la calidad de vida.</li> <li>-El dolor torácico tiene importante impacto en la salud. El discomfort torácico es denominado: tipo peso, quemante, ligero.</li> <li>- Los síntomas de dolor torácico sin tener en cuenta las causas subyacentes, es el principal condicionante para la calidad de vida de las mujeres.</li> <li>-Estudios previos al WISE realizado por Rutledge et al. 2001 documentan que los desórdenes de ansiedad, se asociaron a baja probabilidad de EC obstructiva, confirmando de nuevo una asociación negativa entre los atributos psicológicos y los síntomas de EC en esta</li> </ul>	<p>I</p> <p>I POCO UTIL</p> <p>I</p> <p>I</p>

		<p>población. P. 1513. Por tal motivo Las mujeres con sin enfermedad coronaria que expresan ansiedad y depresión, pueden beneficiarse del diagnóstico y estrategias terapéuticas enfocadas a su manejo, entre los que se incluyen la ansiedad y la depresión; mientras que en poblaciones de mujeres se encuentra relativamente alta prevalencia de comorbilidad no cardiaca: migraña, reflujo GE, esto no aclara si esta asociación representa una casusa efecto de síntomas de EC NO isquémica en la mujer.</p> <p>-Las mujeres sin EC obstructiva demostrada por angiografía, tienen mejor calidad de vida que aquellas que si tienen EC obstructiva.</p> <p>-El número y severidad de los síntomas inversamente es un predictor independiente del nivel de salud R/C calidad de vida en las mujeres. Por tanto el estudio sugiere son los síntomas de dolor torácico son primariamente determinantes de la calidad de vida de las mujeres comparado a las principales causas de los síntomas: EC obstructiva e isquemia miocárdica. POR LO ANTERIOR LOS SINTOMAS DE DOLOR TORACICO EN LA MUJER POR SI MISMOS MAS QUE LA EC SON EL DETERMINANTE PRINCIPAL DE LA SALUD r/c CALIDAD DE VIDA. Estudios previos confirman esto, la asociación entre el número, frecuencia y severidad de los síntomas, ya que los pacientes asintomáticos independiente de tener EC o no, sentían mejor calidad de vida y esta calidad declinaba con la aparición de los síntomas. En estudios de mujeres con síntomas torácicos, que fueron sometidas a coronariografía, se reportaron más síntomas en personas que no tenían enfermedad coronaria significativa sin tener en cuenta la edad ni el género y se confirma con estudios que han observado grandes cohortes de mujeres con y sin EC. P. 1512. Y todo converge en el empobrecimiento de la capacidad funciona o capacidad de la mujer en realizar sus tareas domésticas, allí es donde radica en la mujer su sentido de salud relacionado con la calidad de vida.</p> <p>OLSON Marian B. Et al., p. 1512-15.</p> <p>-La mujer expone un menor funcionamiento físico en presencia de frecuentes y significativos episodios de dolor torácico, estos son importantes riesgos para elevar el dolor tipo isquémico. La mayoría de las mujeres (79%) reportó moderados a pesados niveles de actividad física en casa, con un consumo equivalente en Mets entre 8.6 a 11.5. Estas mujeres tuvieron más frecuentemente episodios diarios de dolor torácico y era más probable que tuvieran un bajo score de Duke en el treadmill de 1 mm o depresión del segmento ST o anomalías en la tomografía con emisión de positrones.</p> <p>- Lo cual significa que la mera presencia de dolor torácico indica un elevado riesgo en la mujer. MIERES Jennifer H. et al. P. 1265-1266.</p>	
		<p><b>INTENSIDAD</b> -La intensidad de los síntomas de dolor torácico, se estableció mediante el uso de una escala: de 0 a 5: en los rangos de Tolerable que no necesita alivio. No tolerable no aliviado por con las medidas usuales.</p>	



		<p>OLSON Marian B. Et al., p. 1512-1513                      -El 70% de las mujeres notan resolución del dolor con el descanso: esto es lo que tradicionalmente se ha usado para definir lo que corresponde a angina pectoris típica. MIERES Jennifer H. et al. P. 1265-1266.</p>	
		<b>ANGUSTIA</b>	
		<p><b>DURACION</b>                      -&lt; 1 hora                      -De 1 a 3 horas                      - Más de 3 horas</p> <p>-No se encontró estadísticamente significancia en la diferencia de hombres y mujeres relativos a la frecuencia de los síntomas típicos coronarios. (MACKAY, MH. RATNER PA. JHONSON JL. HUMPHRIER KH. BULLER CE.)                      - La duración de la sensación en el tiempo fue clasificada en:                      Menos de un minuto                      De 1 a 5 minutos                      De 5 a 15 minutos                      De 15 a 30 minutos                      Y más de 60 minutos. OLSON Marian B. Et al., p. 1512-1513                      -El 60% de las mujeres frecuentemente reportan episodios de dolor torácico, que ocurre por lo menos entre 1 a 3 veces por semana y los síntomas se incrementan en frecuencia antes de realizar la prueba.                      -. Frecuencia del dolor torácico: menos de una semana: 70.9%, 1-3 veces por mes 39.1% de 1-3 veces por semana 31.8%, casi diario 9%, 1-3 veces al día 4.7%, más de 4 veces al día 2.7% y angina de reciente inicio 6.5%. Todo contrastado con el SPECT, donde se demuestra mayor capacidad del EKG DE EJERCICIO para determinar con mayor precisión los síntomas. MIERES Jennifer H. et al. P. 1265-1266.</p>	I
		<b>LOCALIZACION</b>	
		<p>-Localización: Las Mujeres perciben el dolor y otras sensaciones más enfocadas en el cuello y áreas cercanas al tórax superior.                      -El dolor típico: fue ubicado como dolor en el tórax, provocado por esfuerzo.                      -La prueba de ejercicio, lo cual demuestra una relación entre el dolor torácico (90%), la disnea aislada (9.5%), disnea combinada con el dolor 51.5%, síncope (7.1%), localización del dolor torácico: en el centro del pecho hacia el lado izquierdo: (79.2%), dolor en el cuello y mandíbula 11.1%, estrés relacionado con el dolor 70%, dolor que cede con el reposo 75.4%. angina en la noche 18.6%. que si se contrasta explica la poca tolerancia de la actividad física durante el día en la mujer con enfermedad coronaria y justifica además como en el descanso o en la noche siente menos angina                      MIERES Jennifer H. et al. P. 1265-1266.</p>	
	<b>5 SINTOMAS sormaticos de menor complejidad y Pródromo</b>	<b>CALIDA D</b>	
		<p>Síntomas prodromicos:                      - El 53% de hombres y 54% de las mujeres experimentaron síntomas prodromicos: (angina o preinfarto y síntomas de isquemia cardiaca antes del evento propiamente dicho) que se presentan en los 60 días previos al evento cardiovascular.                      -Los síntomas prodromicos más frecuentes son: el dolor en el pecho, en el epigastrio y en la espalda.                      - Otros estudios realizados en 515 mujeres, reporta que</p>	

	<p><b>s</b>  <b>Son los que empiezan a parecer entre 2 meses y mas de 24 horas</b></p>	<p>los síntomas prodrómicos más frecuentes son: la fatiga y el cansancio.</p> <p>-Los síntomas prodrómicos producen retraso hospitalario. Reconocer los síntomas prodrómicos es un paso esencial en la mejoría del reconocimiento de un IAM por el personal de la salud.</p> <p>-Además existe prevalencia de síntomas atípicos agudos en pacientes con síntomas prodrómicos, siendo estos mal reconocidos y generan mayor morbilidad.</p> <p>-Su impacto clínico es que los síntomas prodrómicos son los que se asocian con baja fracción de eyección y larga estancia hospitalaria, en este sentido su reconocimiento temprano ayudaría a buscar ayuda para evitar las complicaciones.</p> <p>-En el estudio los pacientes que tuvieron síntomas prodrómicos, no le dieron valor a los síntomas, ni los reconocieron, por lo tanto, consultaron en forma tardía y solo el 40% visito el hospital orientado por sus síntomas prodrómicos, lo cual retrasa la consulta hospitalaria.</p> <p>- Son cinco grupos de sintomas prodrómicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dolor: en el pecho en el epigastrio, en los hombros, en el flanco o en la espalda.</li> <li>2.Gastrointestinal: indigestion, nauesas-vomito, diarrea-dolor abdominal</li> <li>3. Fatiga y debilidad: fatiga y debilidad general.</li> <li>4.la cabeza: dolor de cabeza y vértigo</li> <li>5. otros: acortamiento de la respiracion, tos, esputo y escalofrio y taquicardia.</li> </ol> <p>-Es importante recordar que sintoma prodrómico en estudio previos el 78% al 90% de las mujeres con IAM experimentan al menos un síntoma prodrómico: diario, o varias veces en la semana, o al mes ANTES de sucederse el evento coronario. YOUNG HWANG Seon, ZERWIC Julie J. and HO JEONG Myung. P. 196</p> <p>-La mayoría de los grupos experimentaron síntomas clásicos de dolor torácico y acortamiento de la respiración, pero ninguno sudoración. Se excluyeron síntomas como: tos nueva, desmayos y vomito por que al hacer el análisis final para el grupo 1: fueron RARAMENTE REPORTADOS. La carga de los síntomas más pesados y que hacen parte de LOS SINTOMAS CLASICOS DEL SCA SON: ACORTAMIENTO DE LA RESPIRACION, SUDORACION, NAUSEAS, Y MAREO. Para el grupo 2: los síntomas de alta probabilidad de ocurrencia fueron: SUDORACIÓN Y DEBILIDAD. Para el grupo 3. SUDORACION, DOLOR TORACICO, DEBILIDAD Y FATIGA INUSUAL. Para el grupo 4: se reportan 5 síntomas: ACORTAMIENTO DE LA RESPIRACION, DIFICULTAD RESPIRATORIA, DOLOR TORACICO, DEBILIDAD Y FATIGA INUSUAL.</p> <p>=Durante el episodio agudo, rara vez una persona con SCA se presenta con un solo síntoma; el promedio de síntomas reportados está en un rango de 6.6 a 8.6 síntomas (DeVon, Ryan, Ochs &amp; Chapiro 2008). Estos síntomas ya han sido reportados en listas de chequeo por varios investigadores y ellos diferencian si son típicos y atípicos (Nourddine, Arevian, Adra, &amp; Punzntian 2008). Es importante definirlos como clásicos y no típicos. . DeVON Holli, MOORE Betty</p>	
--	--	---	--

		<p>Irene, RANKIN Sally and COOPER Bruce.P.386-397.                  =SINTOMAS PRODROMICOS: tres clusters fueron identificados por las mujeres con características verdaderamente prodrómicos. Cada síntoma cluster en la mujer incrementa la frecuencia e intensidad y severidad de los síntomas prodrómicos. Entre ellos están definidos por los grupos así: VALORES (70=100%)                  GRUPO 1: LAS MAS SILENCIOSAS O ASINTOMATICAS: solo reportan muy cansada, fatiga inusual.                  GRUPO 2: GRUPO MEDIO O SINTOMATICO: muy cansada, fatiga inusual y disturbios en el sueño.                  GRUPO 3: LA MINORIA MAS JOVEN, EL MAS ANGUSTIOSO: muy cansada, fatiga inusual, disturbios en el sueño, ansiedad, acortamiento de la respiración, debilidad en las manos, manos pesadas y hormigueo.”                  SINTOMAS AGUDOS: (Entre el 70 al 100%):                  GRUPO 1 LAS ASINTOMATICAS O SILENCIOSAS: sin dolor toracico ni discomfort, solo acortamiento de la respiración.                  GRUPO 2: MEDIO O SINTOMATICAS: acortamiento de la respiración.                  GRUPO 3: EL GRUPO MAS ANGUSTIOSO, MINORIAS MAS JOVENES: sin dolor ni discomfort torácico, muy cansadas, fatiga inusual, acortamiento de la respiración, debilidad en los brazos, entumecimiento de las manos, dedos y mareo leve.                  Finalmente SOBRE LOS SINTOMAS RPODROMICOS Y AGUDOS EN EL IAM: de 16 síntomas prodromales y 22 síntomas agudos, 11 síntomas fueron valorados evaluados en la fase aguda del IAM: tanto prodrómicos y agudos. De estos 11 síntomas, 8 fueron reportados por el 50% de las mujeres tanto prodromales como agudos. 2 síntomas: NINGUN DOLOR, NI DISCONFORT y ACORTAMIENTO DE LA RESPIRACION, tenían más del 80% del acuerdo, mientras que DEBILIDAD EN LAS MANOS Y PESADEZ tenían más del 65% de los acuerdos. EL DOLOR TORACICO, NI EL DISCOMFORT, fue frecuentemente reportado como síntoma prodrómico en ningún grupo de mujeres y solo las que lo reportaron, al menos el 80% quienes lo experimentaron este síntoma prodrómico solo lo reportaron en la fase aguda, independientemente del grupo de estudio.                  MCSWEENEY Jean C. CLEVES Mario A. WEIZHI Zhao, LEFLER Leanne L. And SHENGPING Yang. P. 3.</p>	
	<p><b>Síntomas somáticos menos graves</b></p>	<p><b>Entre las 24-primera s horas</b></p>	
	<p><b>5 DISTRÉS</b></p>	<p>CALIDA D                  -ESTRÉS MARITAL: El estudio demostró que el estrés marital, acelera en forma severa la progresión de la enfermedad coronaria subyacente. Por tanto el déficit de soporte social percibido, incrementa el riesgo de nuevos/recurrentes IAM y acelera la enfermedad coronaria. El conflicto marital que genera estrés y el incremento de la reactividad cardiovascular durante el conflicto marital o de pareja, ha sido relacionado con HOSTILIDAD entre hombres pero no en mujeres,</p>	

		<p>mientras que la reactividad en la mujer fue provocada por UNA RESPUESTA HOSTIL DE LOS MARIDOS hacia ellas.</p> <p>ESTRÉS LABORAL: El estudio demostró que el estrés provocado por el sitio de labor, se asoció a progresión de la enfermedad coronaria, ya que los ambientes deletéreos para la salud, causan estrés psicosocial que influyen la progresión de la aterosclerosis. Existe entonces evidencia para afirmar que el estrés laboral, está asociado con elevado riesgo de episodios coronarios en la mujer.</p> <p>COMBINACION ESTRÉS LABORAL Y ESTRÉS MARITAL: la mujer con esta doble exposición tiene una acelerada progresión de la enfermedad coronaria. Es conocida que las emociones estresoras, precipitan IAM tanto en hombres como mujeres, generando progresión de la aterosclerosis, disfunción endotelial e inestabilidad de la placa ateromatosa. WANG H.-X. et al. p. p.252-253.</p> <p>- El estrés fue el estímulo que provoca el dolor en la mayoría de las mujeres (69%). MIERES Jennifer H. et al. P. 1265-1266.</p>	
		<b>INTENSIDAD</b>	
		<b>ANGUSTIA</b>	
		<b>DURACION</b> -< 1 hora -De 1 a 3 horas. - Más de 3 horas	
	<b>6.ANSIEDAD</b>	<b>CALIDAD</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El Rol de la ansiedad es ambiguo frente al dolor. (RACINE Mélanie et al.) Part: 2)</li> <li>--Terror o miedo: 19%. O'BRIEN, F, MCKEE G, MOSER, D, O'DONNELL, S. P.27.</li> <li>-Los desórdenes de ansiedad están asociados con bajas posibilidades de obstrucción coronaria, posicionando que la enfermedad coronaria sin mujeres</li> <li>-Existe una negativa o poco fuerte asociación entre los atributos psicológicos, los síntomas y la enfermedad coronaria en esta población de mujeres. Los desórdenes de ansiedad están asociados con bajas posibilidades de obstrucción coronaria, posicionando que la enfermedad coronaria sin mujeres. OLSON Marian B. Et al., p. 1512-1513</li> <li>-Los síntomas psicosociales, medidas por el Psiquiatric simple Índice, mide el estado psicosocial, y se encontró que estas emociones tipo: ansiedad y deterioro cognitivo, la habrían experimentado desde hacía una semana del EC. D' ANTONO Bianca, DUPUES Gilles, FORTIN Christophe, ARSENAULT Andre and BURELLE Denis. P.814-815.</li> </ul>	I I
		<b>INTENSIDAD</b>	
		<b>ANGUSTIA</b>	

		<b>DURACION</b> -< 1 hora -De 1 a 3 horas - Más de 3 horas	
<b>7.IRA/HOSTILIDAD</b>	<b>CALIDAD</b>	-Los síntomas psicosociales, medidas por el Psiquiatric simple Índex, mide el estado psicosocial, y se encontró que estas emociones tipo: Rabia y deterioro cognitivo, la habrían experimentado desde hacía una semana del EC. D' ANTONO Bianca, DUPUES Gilles, FORTIN Christophe, ARSENAULT Andre and BURELLE Denis. P.814-815.	
	<b>INTENSIDAD</b>		
	<b>ANGUSTIA</b>		
	<b>DURACION</b> -< 1 hora -De 1 a 3 horas -Más de 3 horas		
<b>8.DEPRESION</b>	<b>CALIDAD</b>	- Considerar los factores psicosociales, tales como la depresión, este podría no medir las diferencias de sexo en relación al dolor. (RACINE Mélanie et al.) Part: 2) - Relacionado con la depresión: Beck Depression Inventory instrument de 21 ítems, que miden la existencia y severidad de los síntomas depresivos tanto en adultos como en adolescentes. Los ítems representan con más precisión los síntomas cognitivos, más que los síntomas del plano afectivo de la depresión, e incluyen ítems que describen esta manifestación depresiva en relaciona: satisfacción con la vida, cambios en el humor, relaciones con otros, autoestima, apetito, sueño y libido. OLSON Marian B. Et al., p. 1512-1513. - Los síntomas psicosociales, medidas por el Psiquiatric simple Índex, mide el estado psicosocial, y se encontró que estas emociones tipo: depresión y deterioro cognitivo, la habrían experimentado desde hacía una semana del EC. D' ANTONO Bianca, DUPUES Gilles, FORTIN Christophe, ARSENAULT Andre and BURELLE Denis. P.814-815.	I
	<b>INTENSIDAD</b>		
	<b>ANGUSTIA</b>		
	<b>DURACION</b> -< 1 hora - De 1 a 3 horas		



**Pieza Investigativa (E.CUANTITATIVO).** OLSON Marian B. Et al. Symptoms, Myocardial Ischaemia and Quality of Life in Women: Results from the NHLBI-sponsored WISE Study. In: European Heart Journal. Los Angeles California USA, 2003 Vol. 24 P. 1506–1514.

**Pieza Investigativa (E.CUANTITATIVO).** WANG H.-X., LEINWEBER C., KIRKEEIDE R., SVANE B., SCHENCK-GUSTAFSSON K., THEORELL & ORTH-GOMER K. Psychosocial Stress and Atherosclerosis: Family and Work Stress Accelerate Progression of Coronary Disease in Women. The Stockholm Female Coronary Angiography Study. In: Journal of Internal Medicine. Houston Texas USA, 2007. Blackwell Publishing Ltda. Vol. 261. P. 245–254.

**Pieza Investigativa (E.CUANTITATIVO).** YOUNG HWANG Seon, ZERWIC Julie J. and HO JEONG Myung. Impact of Prodromal Symptoms on Prehospital Delay in Patients With First-Time Acute Myocardial Infarction in Korea. In: Journal of Cardiovascular Nursing. Korea, mayo-junio 2011. Vol. 26 No. 3 P. 194-201.

**Pieza Investigativa (E.CUANTITATIVO).** D' ANTONO Bianca, DUPUES Gilles, FORTIN Christophe, ARSENAULT Andre and BURELLE Denis. Angina Symptoms in Men and Women with Stable Coronary Artery Disease and Evidence of Exercise-induced Myocardial Perfusion Defects. Montreal Quebec Canada. In: American Heart Journal. 2006, Vol.151 No. 4 P. 813-819.

**Pieza Investigativa (E.CUANTITATIVO).** DeVON Holli, MOORE Betty Irene, RANKIN Sally and COOPER Bruce. Classifying Subgroups of Patients with Symptoms of Acute Coronary Syndromes: A Cluster Analysis. In: Research Nursing Health. International Institute of Health. October, 2010. Vol. 33 No. 5 P. 386 397.

**Pieza Investigativa (E.CUANTITATIVO).** MIERES Jennifer H. et al. Signs and Symptoms of Suspected Myocardial Ischemia in Women: Results from the What is the Optimal Method for Ischemia Evaluation in Women? Trial. In: Journal of Women's Health. New York USA, 2011. Vol. 20 No. 9 P. 1261-1269.

**Pieza Investigativa (E.CUANTITATIVO).** MCSWEENEY Jean C. CLEVES Mario A. WEIZHI Zhao, LEFLER Leanne L. And SHENGPING Yang. Cluster Analysis of Women's Prodromal and Acute Myocardial Infarction Symptoms by Race and Other Characteristics. In: Journal Cardiovascular Nursing. USA, 2010. Vol. 25 No. 4 P. 311-322.

**Fuente:** Base de Datos de la Investigación

### Anexo 17. Crítica Empírica. Hallazgos de las evidencias de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria. Estudios Sumativos.

TEMA GENERAL: LOS SÍNTOMAS EN LA MUJER CON ENFERMEDAD CORONARIA				
DATOS ANALIZADOS				
SISTEMA LOGICO	SISTEMA EMPIRICO			CATEGORIZACION
ATRIBUTO O CONSTRUCTO	DIMENSIONES	INDICADORES	EVIDENCIAS RELACIONADOS CON CADA SUBCATEGORIAS	PONDERACION
<b>SÍNTOMAS CORONARIOS</b>	1.DISNEA	CALIDAD	-Acortamiento de la respiración, disnea paroxística nocturna. BARCLAY Laurie and LIE Désirée. 2007 -Los síntomas diferenciadores de género asociados al SCA y que son característicos de la mujer son: disnea. SHAW Leslee. Et al. STATE-OF-THE-ART PAPER: Part 1. P. 9S. -Los síntomas: disnea, fatiga y pérdida de la energía parecen ser los síntomas dominantes en la mujer. LERMAN Amir and SOPKO George. P. 60S -Acortamiento de la respiración. Arslanian Engoren Cynthia and Engoren Milo. P. 386.. -El acortamiento de la respiración, es el síntoma más sugestivo de SCA en la mujer con diabetes. LEUZZI C. p. 428. - Tienen mayor probabilidad de disnea referida a la espalda y al cuello. WELCH Eugenia, COTTRELL Damon B. p.273-274.	ES=I
		INTENSIDAD		
		ANGUSTIA		
		DURACION -< 1 hora -De 1 a 3 horas - Más de 3 horas		
	2.NAUSEAS	CALIDAD	-Náuseas y vómito, indigestión, (BARCLAY Laurie and LIE Désirée. 2007) -Las náuseas: las mujeres tienen mayor probabilidad que el hombre de experimentar SCA por medio de las náuseas. Arslanian Engoren Cynthia and Engoren Milo. P. 389. -Las mujeres tienen más posibilidad de presentar náuseas y vómito. WELCH Eugenia, COTTRELL Damon B. p.273-274.	ES=I



		INTENSIDAD	
		ANGUSTIA	
		DURACION: -< 1 hora -De 1 a 3 horas - Más de 3 horas	
3.FATIGA	CALIDAD	-Los síntomas diferenciadores de género ponen de manifiesto que la mujer expresa más fatiga asociados al dolor torácico. SHAW Leslee. Et al et al. STATE-OF-THE-ART PAPER: Part 1. P. 9S.	
	INTENSIDAD		
	ANGUSTIA		
	DURACION:	-< 1 hora -De 1 a 3 horas - Más de 3 horas	
4.DOLOR DE TIPO ISQUÉMICO MANIFESTADO EN ALGUNA PARTE DEL CUERPO	CALIDAD	-Una tercera parte de los estudios de cohorte muestran que una de cuatro mujeres entrevistadas, con SCA se presentaron sin dolor en el pecho o discomfort. La ausencia de dolor torácico o discomfort se reportó más frecuentemente en mujeres que en hombres. (BARCLAY Laurie and LIE Désirée. 2007 -Los síntomas diferenciadores de género asociados al SCA y que son característicos de la mujer son: dolor o discomfort torácico, dolor o discomfort en el brazo izquierdo. Las mujeres presentan más dolor torácico que los hombres por lo cual son evaluadas (4 millones de visitas de mujeres a los hospitales y 2.4 millones de visitas de los hombres con la misma sintomatología). SHAW Leslee. Et al. STATE-OF-THE-ART PAPER: Part 1. P. 9S. -La mujer con síntomas de EC, tiene de forma persistente y refractaria, dolor torácico, requiriendo por esta razón más hospitalizaciones que el hombre, pero menos bienestar por los frecuentes reportes de ansiedad o síntomas depresivos asociados a este desorden, que limitan y deterioran la calidad de vida y produce significativas limitaciones para la vida diaria. BAIREY	ES=I

		<p><b>MERZ C. Noel, et al. STATE-OF-THE-ART PAPER: Part 2. P. 22S.</b></p> <p>--Las mujeres con episodio de muerte súbita cardiaca, presenta síntomas atípicos: fatiga, acortamiento de la respiración y dolor torácico atípico. <b>BAIREY MERZ C. Noel, et al. STATE-OF-THE-ART PAPER: Part 2. 24S</b></p> <p>--El comienzo de los síntomas y su relación con la actividad física, tiene mayor relevancia clínica que su localización, ya que la mujer reporta síntomas ligados a la actividad diaria y estrés mental durante el ejercicio. <b>LERMAN Amir and SOPKO George. P.40S.</b></p> <p>-La actividad física, tiene doble vía de acción: una como desencadenante de la sintomatología y otra como medidas para controlar el dolor. <b>Rincón Osorio Fanny. P. 140.</b></p> <p>-Los síntomas más comunes del ataque cardiaco para Hombre y Mujeres identificados por la Asociación Americana del Corazón y el Instituto Nacional del Pulmón, el corazón y la Sangre son: Dolor torácico o discomfort torácico. -El Hombre y la Mujer pueden reportan dolor en forma diferente, puesto que ellos han sido socializados para tener una respuesta diferente frente al dolor.</p> <p>-La evidencia conduce a asegurar que los Hombres y las Mujeres sienten más dolor, pero el que menos dice del dolor es el hombre; el hombre cree que debe tolerar más dolor por ser hombre, pero ambos sexos son sensibles al dolor de la misma forma. <b>Arslanian Engoren Cynthia and Engoren Milo. P. 386. 389.</b></p> <p>- Los síntomas de dolor torácico son en realidad lo que más empobrece la calidad de vida de las personas. <b>OLSON Marian B. Et al., P. 1512-1513. Arslanian Engoren Cynthia and Engoren Milo. P. 389.</b></p> <p>- Es importante recordar que muchos IAM pueden ser silenciosos, no guardan la relación de dolor torácico típica y pasa de manera inadvertida por las personas. Los síntomas frecuentemente relacionados como relevantes en la mujer:</p> <p>-malestar torácico, con discomfort en el centro del pecho. .A los pocos minutos, se desaparece y vuelve a parecer. Los diversos tipos de malestar son: sensación de presión, apretamiento, o dolor intenso o solo dolor. <b>CANTO John G. GOLDBERG Robert J. HAND Mary M. BONOW Robert O. SOPKO George, PEPINE Carl J. And LONG Terry. P. 2405-2406.</b></p> <p>La enfermedad coronaria no siempre tiene los síntomas ni mucho menos dolor torácico, malestar torácico, con discomfort en el centro del pecho. A los pocos minutos, se desaparece y vuelve a parecer. Los diversos tipos de malestar son: sensación de presión, apretamiento, o dolor intenso o solo dolor. <b>DEVON Holli A. SABAN Karen L. and GARRET Donna K. P. 372.</b></p> <p>-Las mujeres reportan más dolor en la mandíbula y cuello que los hombres. <b>LEUZZI C. p. 428.</b></p> <p>-La calidad del dolor la expresan como: un apuñalada, o muy agudo.</p> <p>-Las mujeres que presentan su SCA y no refieren dolor precordial, presentan más síntomas típicos y sus edades siempre son mayores que la población en general. . <b>WELCH Eugenia, COTTRELL Damon B. p.273-274.</b></p>	
	<p><b>INTENSI</b></p>	<p>-En los estudios de cohorte, 37% de las mujeres y el 27% de los hombres se presentaron sin dolor torácico y sin</p>	

	<b>DAD</b>	discomfort. (BARCLAY Laurie and LIE Désirée. 2007)	
	<b>ANGUSTIA</b>	-La calidad del discomfort, la definen como DOLOR. Rincón Osorio Fanny. P. 140.	
	<b>DURACION</b>	-En relación a la frecuencia: la definen como opresión, adormecimiento y sensación térmica. Rincón Osorio Fanny. P. 140.  -< 1 hora  -De 1 a 3 horas  - Más de 3 horas	
	<b>LOCALIZACION</b>	-Las mujeres tenían más probabilidad de experimentar dolor en la mitad de la espalda o en la parte alta. (BARCLAY Laurie and LIE Désirée. 2007). -La localización del dolor: usualmente es en el tórax anterior pero la irradiación se hace frecuentemente en la escápula izquierda y a la mandíbula. Rincón Osorio Fanny. P. 140.	ES=I
	<b>AFRONTAMIENTO</b>	- Referente al afrontamiento de la angina, esto favorece la demora en la consulta y confunde la interpretación de los síntomas coronarios aumentando el riesgo cardiovascular. Rincón Osorio Fanny. P. 140.	
	<b>OTROS SINTOMAS SOMATICOS MENORES</b>	-Tos, vértigo y palpitaciones. Más de un cuarto de los pacientes con IAM tenían síntomas silenciosos o no fueron reconocidos en forma similar tanto en hombres como mujeres (26% en mujeres y 27% en los hombres). (BARCLAY Laurie and LIE Désirée. 2007) -Diaforesis SHAW Leslee. Et al. STATE-OF-THE-ART PAPER: Part 1. P. 10S. -Cascada de síntomas o secuencialidad de síntomas variados: torácicos, gastrointestinales y cefalea y son los determinantes de la intensificación del dolor. Rincón Osorio Fanny. P. 140. -Cefalea y dolor en el estómago o mandíbula. Arslanian Engoren Cynthia and Engoren Milo. P. 386. -Se presentan discomfort en otras áreas del cuerpo: incluye dolor o discomfort en la espalda, el cuello, la mandíbula y el estómago. Otros síntomas son: sensación de frío o calor que acompaña al dolor torácico, náuseas. CANTO John G. GOLDBERG Robert J. HAND Mary M. BONOW Robert O. SOPKO George, PEPINE Carl J. And LONG Terry. P. 2405-2406. - Aproximadamente 60% de los casos, la presentación inicial de la enfermedad cardiovascular en la mujer es el IAM. LA MITAD DE ESTAS PRESENTAN EPISODIOS DE MUERTE SUBITA CARDIACA la cual viene precedida de síntomas atípicos en forma frecuente, relatando: dolor en la parte superior de la espalda, disnea, indigestión, náuseas, vómito y debilidad. LEUZZI C. p. 428. - Las mujeres tiene menor probabilidad de presentar diaforesis que los hombres y tienen otros síntomas asociados como: indigestión y palpitaciones. . WELCH Eugenia, COTTRELL Damon B. p.273-274. -Tienen indigestión asociados a los síntomas (BARCLAY Laurie and LIE Désirée. 2007)	

5 DISTRES S	CALIDA D	<p>-La tensión psicológica: el estrés emocional usualmente se relaciona con problemas familiares no resueltos, la actividad física. Rincón Osorio Fanny. P. 140.</p> <p>- Existe evidente y contundente información que el estrés psicosocial puede influenciar no solo el curso sino el comienzo de la enfermedad cardiovascular y esto es especialmente importante en la mujer. P.3.</p> <p>-Distress emocional crónico, el estrés marital y la exposición a situaciones adversas tempranas en la vida, son en realidad riesgosas para la salud cardiovascular. Estudios escandinavos demuestran que el estrés marital genera consecuentemente eventos coronarios como también la proliferación aterosclerótica en las coronarias, verificado por estudios angiograficos. Caso contrario, también demostró que la satisfacción marital, está ligada con menor tasa de esclerosis coronaria medida por ultrasonido y existe menor rapidez en la progresión de la aterosclerosis carotidea.</p> <p>- El estrés psicológico: el trauma, el maltrato infantil, es un factor de riesgo emergente para enfermedad cardiovascular y es más comúnmente encontrado en las mujeres que en hombres. El trauma es un factor de riesgo de depresión el cual expone además a mayor EC y expone a los niños a mayores traumas. VACCARINO Viola, BADIMONN Lina. Et al. P.3</p>	
	INTENSI DAD		
	ANGUST IA		
	DURACI ON	<p>-&lt; 1 hora</p> <p>-De 1 a 3 horas.</p> <p>- Más de 3 horas</p>	
6.ANSIED AD	CALIDA D	<p>-Situaciones especiales de orden social son importantes conocer en la mujer, puesto que un ambiente estresante y la respuesta al estrés mental puede ser más alta en la mujer que en el hombre. LERMAN Amir and SOPKO George. P.60S. Los estados de ansiedad son riesgosos para la salud cardiovascular de la mujer. VACCARINO Viola, BADIMONN Lina. Et al. P.3-4.</p>	
	INTENSI DAD		
	ANGUST IA		
	DURACI ON	<p>-&lt; 1 hora</p> <p>-De 1 a 3</p>	

		<p>horas</p> <p>- Más de 3 horas</p>	
	7.IRA/HOSTILIDAD	<p><b>CALIDAD</b></p> <p>-El estrés agudo: los eventos estresores agudos, la rabia aguda, los cambios repentinos en el humor y las emociones extremas, estos eventos estresores son conocidos como <b>CARDIOMIOPATIA DE TAKOTSUBO</b> y es exclusivamente encontrada en las mujeres. <b>VACCARINO Viola, BADIMONN Lina. Et al. P. 3 .</b></p>	
		<p><b>INTENSIDAD</b></p>	
		<p><b>ANGUSTIA</b></p>	
		<p><b>DURACION:</b></p> <p>-&lt; 1 hora</p> <p>-De 1 a 3 horas</p> <p>- Más de 3 horas</p>	
	8.DEPRESION	<p><b>CALIDAD</b></p> <p>-Bajo apetito, debilidad o fatiga <b>BARCLAY Laurie and LIE Désirée. 2007)</b></p> <p>-Según el <b>WISE</b> 1 de 4 mujeres con enfermedad coronaria isquémica, reportan previo al tratamiento: síntomas depresivos. <b>SHAW Leslee. Et al et al. STATE-OF-THE-ART PAPER: Part 1. P. 9S.</b></p> <p>- En el estudio <b>INTERHEART</b> la exposición a factores de riesgo psicosocial, entre los que se incluye la depresión es una fuente importante de exposición para la mujer tanto en la casa como en el trabajo. Y se asociado con grados de significancia a eventos: <b>IAM</b> en hombres significancia de 3.5 y en mujeres de 9.0.</p> <p>-La depresión es más prevalente en mujeres que en hombres. Representa el 40% en mujeres jóvenes con <b>IAM</b>, la cual se encuentra ligada al empobrecimiento de la calidad de vida y de su estado de salud.</p> <p>Uno de sus graves problemas es la forma como condiciona la adherencia al tratamiento médico y está ligada su aparición a mujeres con hábito tabáquico y estilos de vida sedentarios. <b>A. VACCARINO Viola, BADIMONN Lina. Et al. P. 3-4.</b></p>	ES=I
		<p><b>INTENSIDAD</b></p>	
		<p><b>ANGUSTIA</b></p>	
		<p><b>DURACION</b></p>	

		<b>ON</b>  - < 1 hora  - De 1 a 3 horas  - Más de 3 horas	
--	--	---	--

## BIBLIOGRAFIA CRITICA EMPÍRICA ESTUDIOS SUMATIVOS

**Pieza Investigativa (E.SUMATIVO).** SMITH Patrick J. and BLUMENTHAL James A. Psychiatric and Behavioral Aspects of Cardiovascular Disease: Epidemiology, Mechanisms, and Treatment: Update: Systemic Diseases and the Cardiovascular System (IX). En: Revista Española de Cardiología. España, 2011. Vol. 64 No. 10 P. 924-933.

**Pieza Investigativa (E.SUMATIVO).** RINCÓN OSORIO Fanny. La Mujer con Enfermedad Coronaria: Pautas para Volver a Pensar en su Cuidado. En: Enfermería Cardiovascular. Sociedad colombiana de Cardiología, Capitulo de Enfermería y Universidad Nacional de Colombia. Editorial Distribuna. Bogotá 2008. P.131-146.

**Pieza Investigativa (E.SUMATIVO).** SHAW Leslee. Et al et al. STATE-OF-THE-ART PAPER: Insights From the NHLBI-Sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) Study. Part I: Gender Differences in Traditional and Novel Risk Factors, Symptom Evaluation, and Gender- Optimized Diagnostic Strategies. In: Journal of American College of Physician. USA, 2006. Vol. 47.P.21-29.

**Pieza Investigativa (E.SUMATIVO).** BAIREY MERZ C. Noel, et al. STATE-OF-THE-ART PAPER: Insights From the NHLBI-Sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) Study. Part II: Gender Differences in Presentation, Diagnosis, and Outcome With Regard to Gender-Based Pathophysiology of Atherosclerosis and Macrovascular and Microvascular Coronary Disease. In: Journal American College of Cardiology. Florida, United States of North America. February 7, 2006. Vol. 47 No. 3 Supplement S. P. 4S–20S.

**Pieza Investigativa (E. SUMATIVO).** ARSLANIAN ENGOREN Cynthia and ENGOREN Milo. Physiological and Anatomical Bases for Sex Differences in Pain and Nausea as Presenting Symptoms of Acute Coronary Syndromes. In: Heart & Lung. USA, September-October 2010. Vol. 39 P. 386-393.

**Pieza Investigativa (E. SUMATIVO).** LERMAN Amir and SOPKO George. Women and Cardiovascular Heart Disease: Clinical Implications from the Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) Study ¿ Are We Smarter? In: Journal of the American College of Cardiology JACC, USA, February 7, 2006 Vol. 47, No. 3 Supplement S. P.59S– 62S

**Pieza Investigativa (E.SUMATIVO).** BARCLAY Laurie and LIE Désirée. Acute coronary Syndromes May Be Misdiagnosed in Women. In: Medscape Education. USA, december 14, 2007. 5 p.

**Pieza Investigativa (E.SUMATIVO).** VACCARINO Viola, BADIMONN Lina. Et al. Ischaemic Heart Disease in Women: Are There Sex Differences in Pathophysiology and Risk Factors? Position Paper from the Working Group on Coronary Pathophysiology and Microcirculation of the European Society of Cardiology. In: Cardiovascular Research. 2011 Vol. 90 9-17.

**Pieza Investigativa (E. SUMATIVO).** DeVON Holli A. SABAN Karen L. and GARRET Donna K. Recognizing and Responding to Symptoms of acute coronary Syndromes and Stroke in Women. In: JOGNN. JOGNN and the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. California USA.2011. Vol. 40 No. 3 P. 372-382.

**Pieza Investigativa (E.SUMATIVO).** CANTO John G. GOLDBERG Robert J. HAND Mary M. BONOW Robert O. SOPKO George, PEPINE Carl J. And LONG Terry. Symptom Presentation of Women with Acute Coronary Syndromes: Myth vs. Reality. In: Archives of internal Medicine. December10, 2007. Vol. 167. No. 22. P. 2405-2413.

**Pieza Investigativa (E.SUMATIVO).** LEUZZI C. Coronary Artery Disease: Clinical Presentation, Diagnosis and Prognosis in Women. In: Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Disease. Italy, 2010 No. 20. P. 426-435.

**Pieza Investigativa (E.SUMATIVO).** WELCH Eugenia, COTTRELL Damon B. Acute Coronary Syndromes and Women: There are Differences. In: Critical Care Nursing Clinics of North American. Washington USA, 2008. Vol. 20. P. 273-276.

**Fuente:** Base de Datos de la Investigación

## Anexo 18. Guía de información para el participante en la validación del instrumento



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

### “Valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria”.

**TITULO DEL ESTUDIO:** “Validez Facial y de Contenido de un instrumento para la valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria”.

**NOMBRE DE LA INVESTIGADORA:** Cándida Rosa Castañeda Valencia.

**PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN:** Validar el instrumento de valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria.

**PROCEDIMIENTO:** Para realizar este procedimiento de información a la mujer que participa en la validación del instrumento, se requiere que usted:

- Responder el cuestionario que se le dará a continuación, cualquier pregunta que no entienda, le puede informar a la persona que orienta la indagación.
- La realización de esta actividad le tomará a lo sumo: 20 minutos.
- Todos sus aportes son importantes.
- Esta actividad NO TRATA DE EVALUAR lo que usted sabe de enfermedad coronaria, SINO DE CONOCER sobre los síntomas coronarios que usted vivió.
- El modo de responder de cada pregunta aparece al frente, por lo cual usted debe tomar la opción que más se acerque a su vivencia.
- Usted puede solicitar información o aclaración en caso de duda sobre el instrumento a la investigadora.
- Esta actividad tiene el Aval o permiso ético de la Clínica San Marcel desde el 15 de junio de 2012 y de la Universidad Nacional de Colombia, desde el 25 de mayo de 2011.
- Sobre los riesgos y beneficios: su participación en esta actividad está exenta de retribución económica alguna solo el valor de favorecer el desarrollo investigativo en las ciencias de la salud.
- Esta investigación no provoca daños, lesiones físicas ni le expone a sufrimiento psicológico; tal vez puede usted recordar situaciones de conflicto vividas durante su evento coronario, pero recuerde que podrá expresar sus sentimientos, estaremos atentos a escucharla y ayudarle.
- El beneficio a corto plazo de participar en esta investigación, será el conocimiento de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria.
- Se garantiza que su participación es anónima, pero si desea participar en forma voluntaria, deberá dejar por escrito su consentimiento informado. Se asegura su confidencialidad y es absolutamente importante recordar: que usted no está obligada a participar, y puede abandonar este estudio en cualquier momento, sin dar justificaciones.
- Por tal motivo en la Clínica San Marcel de Manizales, el cuidado de su salud no se verán afectados en lo absoluto.
- La información que se obtenga del instrumento, esta codificada y esto incluye sus datos personales, por tal motivo, en la investigación no se utilizará su nombre personal, ni su identidad será revelada, ni publicada durante ni después de la publicación de la investigación.
- La información por usted suministrará hace parte de la reserva investigativa, la cual se mantendrá en un lugar seguro y no será utilizada sino con fines académicos y sin revelar su identidad.
- Reciba de parte de la investigadora, una gran felicitación por apoyar con su importante participación, el desarrollo de esta etapa investigativa.

MUCHAS GRACIAS

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.



## Anexo 19. Guía de procedimiento institucional para la recolección de la información



### OBJETIVO

Esta guía deja constancia del proceso investigativo y provee de información suficiente para el desarrollo de la actividad de validación facial en la Clínica San Marcel. Es importante tener en cuenta que dentro de éste procedimiento, se contemplan una serie de garantías institucionales que se orientan a respetar el descanso y la recuperación de las mujeres con eventos coronarios.

### CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

<b>VALIDACION FACIAL POBLACION FEMENINA PARTICIPANTE</b>	
<b>Título de la investigación: "Validez facial y de contenido de un instrumento para la valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria".</b>	
<b>CRITERIOS DE INCLUSION</b>	
8.	Mujer con edad > 45 años.
9.	Estar hospitalizada con diagnóstico médico confirmado de: SCA con o sin EST evento coronario agudo, en una institución de salud de Manizales.
10.	Tener diagnóstico de SCA intrahospitalario no asociado a procedimientos quirúrgicos inmediatos.
11.	Estar consciente.
12.	Estar clínicamente estable.
13.	No tener dificultades para la audición y comunicación verbal.
14.	Consentir su participación en la investigación.
<b>CRITERIOS DE EXCLUSION</b>	
7.	Estar clínicamente inestable y/o inconsciente
8.	Tener afasia o sordera.
9.	Tener diagnóstico de SCA en el postoperatorio inmediato de cualquier tipo.
10.	Tener diagnóstico de SCA post quirúrgico inmediato de CABG.
11.	No consentir su participación en la investigación.
12.	Ser Hombre.

**ACTIVIDADES:** Se realizará las validaciones con mujeres, todos los días, dado el flujo cama tan alto que posee la Clínica San Marcel y la población limitada con que cuenta la clínica; en horarios de 2:00 a 6:00 pm y se respetará los horarios de almuerzo, visitas de familiares y amigos; como también la realización de procedimientos terapéuticos o estados emocionales alterados que no faciliten la recolección de información..

- A la persona que participa, se le garantizan el anonimato y se recuerda la libertad de participar o no en el estudio, sin dar justificaciones.
- Los gastos que se deriven por esta actividad y en el desarrollo de la investigación, serán cubiertos por la investigadora en su totalidad.
- En todo momento se estará atento a resolver cualquier inquietud relacionada con el proyecto.
- Se deja claro a las participantes que no existe ninguna retribución económica por su participación y que si no desea participar en este proceso investigativo, no se genera ningún tipo de alteración de la relación de la persona con los cuidadores institucionales.
- Los resultados investigativos se socializarán en la Clínica al finalizar el proyecto y cuando se obtenga el aval por parte de la universidad Nacional.

---

### FIRMA DEL INVESTIGADOR Ciudad y fecha

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

## Anexo 20. Plan psicoterapéutico de preparación para la validación del instrumento: “valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Este es el grupo de sugerencias impartidas por el Asesor de Psicología, respecto al afrontamiento e intervención en crisis, que pueden ser necesarias durante la realización de la validación.

1. Previo al desarrollo de la sesión de validación, se debe realizar una introducción corta sobre el trabajo e informar claramente los objetivos de la misma.
2. Buscar el momento propicio y cómodo para facilitar la comunicación con la mujer, se debe evitar usar el tiempo de visitas familiares, los momentos de sueño o descanso, o luego de intervenciones terapéuticas, que requieran el espacio necesario para recuperar su homeostasis.
3. Usar para el encuentro, un lenguaje impecable, honesto, sutil y respetuoso.
4. Mantener abierta la posibilidad del dialogo.
5. Evitar profundizar en aspectos emotivos advertidos como negativos.
6. En forma rápida advertir el estado emocional actual de la mujer previo al abordaje.
7. Mantener la concentración de la persona, evitar que la validación se desvíe del tema, en tal caso, se debe redireccionar la atención al cuestionario de forma puntual.
8. Permitir por medio de una buena comunicación, poder aclarar o precisar la información.
9. Disponer en lo posible, a la mujer adulta mayor, del acompañamiento familiar o en el caso de estar presente un familiar, permitir su participación, sin ser esta última una condición.
10. Al terminar el cuestionario, es posible hacer preguntas adicionales que les permita ampliar conceptos.
11. Para los casos en que se presenten emociones que demuestren excesiva sensibilidad, tales como: llanto, angustia, tristeza o rabia, es necesario que el facilitador detenga temporalmente el proceso, le permita su expresión, le provea apoyo emocional y posteriormente en el momento que la mujer esté preparada, se permita reiniciar el proceso. Solo en el caso de un evento de crisis aplicar, **el Anexo 22. Primeros auxilios psicológicos en crisis emocional.**
12. Referente al tiempo para la realización de la validación, es importante recordar que este es ilimitado, pero en caso de utilizar un exceso de tiempo para el caso, entonces precisar en qué punto y tal vez el porqué de esta situación.
13. Finalmente, es importante para la investigación agradecerle a la mujer su participación y el valor que representa su acción para el buen curso de la investigación y de sus resultados.

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

**Anexo 21. Consentimiento informado escrito, para participar en la validación del instrumento.**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**TITULO DEL ESTUDIO:** "Validez Facial y de Contenido de un instrumento para la valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria"

Yo: \_\_\_\_\_

Declaro voluntariamente que he leído y entendido el contenido de la guía de información para la participación en la validación facial de la investigación presente, he recibido información oportuna y he el sentido del estudio con la investigadora: Cándida Rosa Castañeda Valencia y/o delegada:

Entiendo que el objetivo es ayudar a conocer los síntomas que sentimos las mujeres con enfermedad coronaria y comprendo que puedo retirarme o abstenerme de contestar, cuando quiera, sin dar explicaciones y que esta decisión de NO Participación, no repercutirá sobre la relación médica durante lo que me resta de hospitalización y mucho menos sobre los cuidados de enfermería que a diario recibo.

Por tal motivo, doy mi consentimiento por escrito y consiento en participar en forma libre en este estudio; entiendo que la información obtenida, tendrá un manejo confidencial y será empleada sólo para propósitos académicos.

Se me informó que por mi participación no hay ningún tipo de retribución económica y sólo tendré a cambio la satisfacción de aportar al avance y construcción del conocimiento en enfermería.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA O HUELLA DIGITAL DE LA PERSONA Ciudad y fecha**

Dejo constancia que he dado información suficiente y relevante a la participante del estudio, he resuelto sus dudas y confirmo que comprende el significado del consentimiento informado:

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL INVESTIGADOR Ciudad y fecha**

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

## Anexo 22. Guía de Primeros Auxilios psicológicos en situaciones de crisis emocional.<sup>775</sup>

**DEFINICION:** Procedimiento mediante el cual se realiza intervención psicológica en el momento de crisis emocional a la mujer; es una ayuda breve e inmediata de apoyo, que busca restablecer la estabilidad emocional y lograr recuperar las condiciones de equilibrio personal. Esta técnica puede ser realizada por cualquier persona que conozca y maneje los conceptos; dista de la psicoterapia, puesto que ésta debe ser orientada por un profesional de la salud mental.

**META:** Favorecer el afrontamiento a través de una serie de cinco pasos concretos: permitir una adecuada expresión de sentimientos, control de lo subjetivo de la situación e inicio del proceso de solución final del problema, favorecido por la disminución de la intensidad de la emotividad negativa.

**DURACION:** de minutos a horas. **DONDE:** En cualquier sitio, hasta en el lugar del hecho traumático.

### PASOS DE LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS

**PRIMER PASO:** Realizar contacto psicológico. Se genera el espacio para el desarrollo de la empatía y sintonía con la situación emotiva o sentimientos y necesidades de persona durante la crisis. Se centra en la escucha de los mensajes como los vive y siente la persona. En este paso se invita hablar, a relatar los hechos entender sus reacciones y a establecer reflexión sobre lo experimentado. El objetivo es que la persona se sienta escuchada, aceptada y apoyada; evitando enjuiciar y ante todo permitir que la misma persona realice el análisis de las cosas.

**SEGUNDO PASO:** Analizar las dimensiones del problema. Enfocada a entender las dimensiones en tiempo de la situación: presente, pasado inmediato y futuro inmediato. Relativo al presente, invita a indagar: ¿Qué fue lo que sucedió, qué piensa de ello, qué piensa se puede hacer, cómo se siente? En el pasado inmediato posiblemente se encuentra el nicho de la crisis, su indagación se centra en: ¿Quién, cómo, dónde, cuándo? Sobre el futuro inmediato: indagar los riesgos y soluciones inmediatas.

**TERCER PASO:** Sondear posibles soluciones. Permite identificar una serie de soluciones, inmediatas o mucho más tardías. Lo cual implica dejar como plan el acompañamiento que puede ser de un familiar o persona en especial que apoye el caso.

**CUARTO PASO:** Iniciar acciones concretas. La persona que realiza la terapia, será el facilitador o mediador según las circunstancias, para apoyar a la persona durante la crisis y por tanto no debe abandonarla ni dejarla sola.

**QUINTO PASO:** Verificar el progreso. Implica el seguimiento y verificación de la evolución del caso. Nunca olvidar informar el suceso al equipo de salud donde se encuentra hospitalizada la persona; ya que se podría necesitar, en caso de persistir la crisis emocional, de la asistencia de especialistas en Salud Mental.

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

---

<sup>775</sup> D'ANDREA, María Isabel y CARRASCO, Gustavo Armando. Primeros auxilios psicológicos en situaciones de crisis. En: Revista electrónica de Portales Médicos.com. [Consultado septiembre 20, 2012]. Disponible en Internet: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1495/1/Primeros-auxilios-psicologicos-en-situaciones-de-crisis.html>

### Anexo 23. Planilla para la Validación de Contenido o Juicio de Expertos.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

#### Planilla para la validación de contenido (juicio de expertos).

**Respetado Juez:** Usted ha sido seleccionado para la evaluar: “EL INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LOS SÍNTOMAS EN LA MUJER CON ENFERMEDAD CORONARIA”; como parte central de la investigación: “Validez Facial y de Contenido de un instrumento para la valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria”. Su juicio es de gran relevancia para lograr la validez de este instrumento y para que los resultados que se pretenden, sean garantía de un óptimo desarrollo metodológico, lo cual aporta no solo aporta al área investigativa de Enfermería, de las Ciencias de la Salud; sino al desarrollo de la Psicometría y a sus aplicaciones. De antemano, reciba nuestro agradecimiento por su valiosa colaboración.

Nombres y Apellidos del Juez:

\_\_\_\_\_

Cargo Actual:

\_\_\_\_\_

Formación académica:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tiempo:

\_\_\_\_\_

Áreas de experiencia

Profesional: \_\_\_\_\_

Institución:

Objetivo de la investigación: Diseñar y validar un instrumento de valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria, enmarcada en la teoría de los síntomas desagradables de Lenz y colaboradores.

Fecha y hora de la validación:

D: \_\_\_ M: \_\_\_ A: \_\_\_\_\_

Objetivo del Juicio de Experto: Cuantificar la validez del contenido de la malla de ítems que componen el instrumento; determinar si el instrumento contiene los ítems representativos y relevantes de todas las dimensiones que forman la definición del concepto o constructo en el estudio: Síntomas en la mujer con enfermedad coronaria.

Ciudad:

\_\_\_\_\_

Objetivo de la Prueba: Validación Facial y de Contenido del instrumento.

Estos son los INDICADORES RELACIONADOS para su enjuiciamiento, POR FAVOR: califique cada uno de los ítems según corresponda.

CATEGORIA	CALIFICACION	INDICADOR
SUFICIENCIA  Los ítems que pertenecen a una misma dimensión, bastan para obtener la medición de ésta.	No cumple con el criterio	1. Los ítems no son suficientes para medir la dimensión.
	Bajo nivel	2. Los ítems miden algún aspecto de la dimensión pero no corresponden a la dimensión total.
	Moderado nivel	3. Se deben incrementar algunos ítems para evaluar la dimensión completamente.
	Alto nivel	4. Los ítems son suficientes.
CLARIDAD  El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	No cumple con el criterio	1. No es claro el ítem.
	Bajo nivel	2. El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	Moderado nivel	3. Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
COHERENCIA  El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. No cumple con el criterio	1. El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Bajo nivel	2. El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión.
	3. Moderado nivel	3. El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.
	4. Alto nivel	4. El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA  El ítem es importante por lo tanto, debe ser incluido.	1. No cumple con el criterio	1. El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo nivel	2. El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	3. El ítem es relativamente importante.







a	idad								
Síntom a	VIII. Ansieda d								

¿Existe alguna dimensión que hace parte del constructo que no fue evaluada? ¿Cuál?:

---



---



---

**Finalmente:** Para los casos de equivalencia semántica, se dejará una casilla por ítems, ya que se valorará si la traducción o el cambio en el vocabulario son suficientes.

**Reconocimientos:** La presente plantilla es una adaptación del valioso modelo propuesto por ESCOBAR PÉREZ Jazmine y CUERVO MARTINEZ Ángela. Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. En: Avances en Medición. Universidad Nacional de Bogotá, 2008. Vol. 6 P. 27-36.

A esta plantilla se le adicionan los conceptos del modelo de Lawshe 1975, modificado por el doctor TRISTAN LÓPEZ Agustín. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento. En: Revista Avances en Medición. México, 2008 Vol. 6 P. 37-48.

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

**Anexo 24. Formato de Validación Facial por población objeto. Prueba Piloto.**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**INSTRUMENTO PARA LA VALORACION DE LOS SÍNTOMAS EN LA MUJER CON ENFERMEDAD CORONARIA****FORMATO PARA LA EVALUADA**

Conociendo que tuve un evento cardiaco, deseo dejar registrada en forma VOLUNTARIA los SINTOMAS INICIALES que sentí durante este EVENTO CORONARIO. Al lado derecho ubico las respuestas marcadas con una X.

Un ejemplo sencillo es: ¿Cuándo los síntomas empezaron, sentí dolor o molestia en alguna parte del cuerpo? SI (X) NO ( )

<b>PREGUNTAS SOBRE LOS SÍNTOMAS</b>	<b>ALTERNATIVA DE RESPUESTA</b>
<b>PARTE A: SINTOMAS PSICO-FISIOLÓGICOS</b> <b>I. DOLOR:</b> <b>1. ¿Cuándo los síntomas empezaron, sentí dolor o molestia en alguna parte del cuerpo?</b> Si la respuesta es NO, entonces pase a la pregunta No. 15 Si la respuesta es SI, entonces conteste lo siguiente:	SI NO 2= Si 1= No
<b>Descripción del síntoma</b> <b>2. El dolor o molestia lo describiría de esta forma:</b>  <b>3. Este síntoma se presentaba de esta forma:</b>  <b>Localización</b> <b>4. El dolor o molestia se localizó específicamente en esta parte:</b>  <b>Irradiación</b> <b>5. El dolor o molestia se irradió o se me iba hacia esta parte del cuerpo:</b>  <b>Desencadenante</b> <b>6. Yo creo que este dolor o molestia fue causado por:</b>  <b>7. Este dolor o molestia me empezó cuando yo me encontraba haciendo:</b>	4= Un dolor agudo intenso 3= Una opresión, tipo peso o apretamiento cardiaco. 2= Sensación Punzante, tipo puñalada, picada o dolor penetrante. 1= Sensación Quemante, tipo ardor o sensación térmica.  2= Era seguido o persistente 1= Era intermitente: aparecía y desaparecía de nuevo  4= En el centro del pecho 3= En el cuello, a nivel de la garganta y/o mandíbula. 2= En la parte media de la espalda 1= En la parte alta de la espalda más hacia la izquierda.
<b>Significado</b> <b>8. En ese momento cuando sentí el dolor o la molestia pensé que era causado por:</b>	

## Afrontamiento

**9. Cuando sentí el dolor o molestia decidí hacer:**

**10. Como forma para aliviar el dolor o la molestia, decidí hacer:**

4= Hacia el cuello y mandíbula

3=Hacia el hombro izquierdo y/o mano izquierda

2=Hacia la espalda, y/o escápula izquierda

1=Hacia el lado derecho del pecho, del tórax o el hombro.

4= El ejercicio físico que había hecho ese día

3= Porque hice mucho oficio en la casa ese día

2= Porque estaba muy estresada ese día

1=En realidad no sé

4= Descansando o durmiendo

3=Estaba haciendo los oficios normales de la casa o trabajando

2=Cuando estaba caminando

1=Cuando estaba haciendo ejercicio físico o haciendo caminata o en el gimnasio.

4=Problemas de estrés mental

3=Problemas gástricos

2=Problemas respiratorios

1= Problemas cardíacos

4= Ejercicio u oficio a ver si se me quitaba

3= Quedarme en reposo o quieta.

2= No hice nada, es mas no le puse cuidado, pensé que se me pasaría solo.

1= Solo le conté a un familiar/conocido

4= Ignorarlo y esperar a que se me pasara

	<p>solo. 3=Decidí tomar líquido y/o una pastilla para el dolor 2=Guardé reposo y le comente a alguien 1=Asistir a consulta médica</p>
11. Con este dolor o molestia yo sentí:	<p>4= Mucha angustia, sentí que me iba a morir 3= Un poco de angustia, pero sentí que podría tolerarlo 2= Un poco de angustia, no le preste cuidado 1= Nada de angustia</p>
12. El tiempo que duro el dolor o la molestia fue aproximadamente de:  13. El tiempo que tomé para ir a consulta médica por este problema fue de:	<p>5= Demasiado, más de 1 hora 4= más de media hora 3= entre un cuarto y media hora 2= entre 5 minutos a un cuarto de hora 1= Menos de 5 minutos</p> <p>5= Menos de 30 minutos 4= Entre 30 minutos y 3 horas 3= Entre 3 a 6 horas 2= Mas de 6 horas 1= Decidí no ir al médico ese día.</p>
14. Sentí que la intensidad del dolor o molestia era:	<p>4= Muy intenso, una verdadera amenaza para mi vida 3= moderado 2= Algo pasajero 1= De Mínima intensidad</p>
<p><b>II. DISNEA:</b> 15. ¿Sentí falta de aire o estaba alcanzada de la respiración? Si la respuesta es NO, entonces pase a la pregunta No. 21 Si la respuesta es SI, entonces conteste lo siguiente:</p>	<p>SI NO 2= Si 1= No</p>
16. Cuando sentí la falta de aire, lo que hice fue:  17. El tiempo que tomé para buscar atención médica por este problema fue de:	<p>4= No hice nada, es mas no le puse cuidado, pensé que se me pasaría sola 3= Solo le conté a un familiar/conocido 2= Dejé lo que estaba haciendo. 1= Me recosté o guardé reposo</p> <p>5= Menos de 30</p>

	<p>minutos  4= Entre 30 minutos y 3 horas  3= Entre 3 a 6 horas  2= Mas de 6 horas  1= Decidí no ir al médico ese día.</p>
18. La falta de aire o el sentirme alcanzada de la respiración me genero:	<p>4= Mucha angustia, sentí que me iba a morir  3= Un poco de angustia, pero sentí que podría tolerarlo  2= Un poco de angustia, no le preste cuidado  1= Nada de angustia</p>
19. Recuerdo que la sensación de falta de aire me duró:	<p>5= Demasiado, más de 1 hora  4= más de media hora  3= entre un cuarto y media hora  2= entre 5 minutos a un cuarto de hora  1= Menos de 5 minutos</p>
20. La falta de aire que sentí ese día fue de una intensidad de:	<p>4= Muy intensa, una verdadera amenaza para mi vida  3= moderada  2= Algo pasajera  1= De Mínima intensidad</p>
<b>III. FATIGA:</b> 21. ¿Ese día sentí fatiga inusual o pérdida de energía? Si la respuesta es NO, entonces pase a la pregunta No. 27 Si la respuesta es SI, entonces conteste lo siguiente:	<p>SI NO  2= Si  1= No</p>
22. Cuando sentí la fatiga inusual o pérdida de la energía, lo que hice fue:	<p>4= No hice nada, es mas no le puse cuidado, pensé que se me pasaría sola  3= Solo le conté a un familiar/conocido  2= Dejé lo que estaba haciendo  1= Decidí recostarme o guardar reposo</p>
23. El tiempo que tomé para buscar atención médica por este problema fue de:	<p>5= Menos de 30 minutos  4= Entre 30 minutos y 3 horas  3= Entre 3 a 6 horas  2= Mas de 6 horas  1= Decidí no ir al médico ese día, sentí que mejoré</p>
24. En ese momento por la falta de energía o fatiga inusual yo sentí:	<p>4= Mucha angustia,</p>

	<p><i>sentí que me iba a morir</i></p> <p>3= <i>Un poco de angustia, pero sentí que podría tolerarlo</i></p> <p>2= <i>Un poco de angustia, no le preste cuidado</i></p> <p>1= <i>Nada de angustia</i></p>
<b>25. Recuerdo que la fatiga inusual o falta de energía ese día me duró:</b>	<p>5= <i>Demasiado, más de 1 hora</i></p> <p>4= <i>más de media hora</i></p> <p>3= <i>entre un cuarto y media hora</i></p> <p>2= <i>entre 5 minutos a un cuarto de hora</i></p> <p>1= <i>Menos de 5 minutos</i></p>
<b>26. La fatiga inusual o falta de energía ese día fue de una intensidad:</b>	<p>4= <i>Muy intensa, una verdadera amenaza para mi vida</i></p> <p>3= <i>moderada</i></p> <p>2= <i>Algo pasajera</i></p> <p>1= <i>De Mínima intensidad</i></p>
<b>IV. NAUSEAS:</b>	SI NO
<b>27. ¿Ese día sentí náuseas o deseos de vomitar?</b>	2= Si
<b>Sí la respuesta es NO, entonces pase a la pregunta No. 32</b>	1= No
<b>Sí la respuesta es SI, entonces conteste lo siguiente:</b>	
<b>28. Cuando sentí las náuseas o los deseos de vomitar, decidí hacer:</b>	<p>4= <i>No hice nada, es mas no le puse cuidado, pensé que se me pasaría sola</i></p> <p>3= <i>Solo le conté a un familiar/conocido</i></p> <p>2= <i>Dejé lo que estaba haciendo e intenté vomitar</i></p> <p>1= <i>Decidí no tomar ni comer nada</i></p>
<b>29. En ese momento las náuseas o deseos de vomitar me generaron:</b>	<p>4= <i>Mucha angustia, me sentí muy enferma</i></p> <p>3= <i>Un poco de angustia, pero sentí que podría tolerarlo</i></p> <p>2= <i>Un poco de angustia, no le preste cuidado</i></p> <p>1= <i>Nada de angustia</i></p>
<b>30. El tiempo que duraron las náuseas o ganas de vomitar fue de:</b>	<p>5= <i>Más de 1 hora</i></p> <p>4= <i>más de media hora</i></p> <p>3= <i>entre un cuarto y media hora</i></p> <p>2= <i>entre 5 minutos a un cuarto de hora</i></p> <p>1= <i>Menos de 5 minutos</i></p>
<b>31. Las náuseas o ganas de vomitar ese día fueron de una intensidad:</b>	4= <i>Muy Altas</i>

	<p>3= Bastantes 2= Regular o medio 1= Mínima o ninguna</p>
<p><b>V. OTROS SÍNTOMAS FISIOLÓGICOS MENORES:</b>  <b>32. ¿Ese día sentí otros síntomas menos intensos que los anteriores?</b>                  Sí la respuesta es NO, entonces pase a la pregunta No. 42                  Sí la respuesta es SI, entonces conteste lo siguiente:</p>	<p>SI NO 2= Si 1= No</p>
<p>Síntomas asociados de categoría menor                  Síntomas Prodrómicos  <b>33. Estos síntomas, son diferentes a los anteriormente relatados y me acuerdo que principalmente eran:</b></p> <p><b>34. Estos síntomas me acuerdo fueron en número:</b></p> <p><b>35. Cuando sentí estos otros síntomas o molestias, lo que hice fue:</b></p> <p><b>36. Creí que la causa de estos síntomas eran por:</b></p> <p><b>37. Frente a estos síntomas, yo decidí hacer:</b></p>	<p>4=Sudoración y/o escalofrió, cefalea, palpitaciones, mareo y/o entumecimiento de alguna parte del cuerpo                  3=Sudoración y/o escalofrió, cefalea y palpitaciones                  2=Sudoración y/o escalofrió, cefalea.                  1=Mareo y/o entumecimiento de alguna parte del cuerpo</p> <p>4= más de 5                  3=tres o cuatro                  2=dos o tres                  1=uno</p> <p>4= Ejercicio u oficio a ver si se me quitaba                  3= Quedarme en reposo o quieta.                  2= No hice nada, es mas no les puse cuidado, pensé que se me pasarían solos.                  1= Solo le conté a un familiar/conocido</p> <p>5=No supe interpretar su causa                  4=Problemas de estrés mental                  3=Problemas gástricos o abdominales                  2=Problemas respiratorios                  1= Problemas cardiacos</p> <p>4= Ignorarlos y esperar a que se me pasaran solos.                  3=Disminuí la actividad física y/o tomé medicamentos                  2=Me preocupé y le conté a alguien                  1=Asistí a consulta</p>

<p><b>38. Cuando sentí estos síntomas recuerdo que me dieron:</b></p>	<p>médica 4= Mucha angustia, me sentí muy enferma 3= Un poco de angustia, pero sentí que podría tolerarlos 2= Un poco de angustia, no les preste cuidado 1= Nada de angustia</p>
<p><b>39. Estos síntomas yo los venía presentado:</b></p> <p><b>40. El tiempo que duraban estos síntomas era:</b></p>	<p>4= A diario 3= Semanalmente 2= Menos de una vez al mes 1= Mensualmente</p> <p>5= Más de 1 hora 4= más de media hora 3= entre un cuarto y media hora 2= entre 5 minutos a un cuarto de hora 1= Menos de 5 minutos</p>
<p><b>41. La intensidad de estos síntomas yo recuerdo que era de:</b></p>	<p>4= Muy Altas 3= Bastantes 2= Regular o medio 1= Mínima o ninguna</p>
<p><b>PARTE B: SINTOMAS PSICOSOCIALES</b> <b>VI. TRISTEZA:</b> <b>42. Puedo decir que venía sintiendo tristeza en el tiempo cercano al evento cardíaco.</b> Sí la respuesta es NO, entonces pase a la pregunta No. 47 Sí la respuesta es SI, entonces conteste lo siguiente:</p>	
<p>Componente emocional de la depresión <b>43. Lo que vengo haciendo desde que siento desánimo o tristeza es:</b></p>	<p>4=Nada 3=Tomo algunas cosas medicinales para controla la tristeza 2=Le conté a alguien 1=Consulté al médico</p>
<p><b>44. Siento que esta tristeza me produce:</b></p>	<p>4=Mucha angustia, me siento muy enferma 3=Un poco de angustia, pero siento que podría tolerarla 2=Un poco de angustia, no le presto cuidado 1=Nada de angustia</p>
<p><b>45. El tiempo que vengo sintiendo tristeza o desanimo es:</b></p>	<p>4= A diario 3= Varias veces en la semana 2= Menos de una vez al mes 1= Mensual o en forma permanente</p>
<p><b>46. La tristeza o desanimo que he sentido son de una intensidad de:</b></p>	<p>4= Muy Altas 3= Bastantes</p>



		2= Regular o medio 1= Mínima o ninguna
<b>VII. DEPRESION:</b>		SI NO
<b>47. ¿He sentido síntomas depresivos por alguna razón, antes de presentar el evento cardíaco?</b>		2= Si 1= No
Sí la respuesta es NO, entonces pase a la pregunta No. 60 Sí la respuesta es SI, entonces conteste lo siguiente:		
<b>Componente motivacional</b>		
<b>48. Siento poca motivación y poca energía para hacer las actividades de mi vida diaria:</b>		4= Siempre 3= Algunas veces 2= Casi nunca 1= Nunca o rara vez
<b>49. Me siento insatisfecha con la vida que llevo en mi casa.</b>		4= Siempre 3= Algunas veces 2= Casi nunca 1= Nunca o rara vez
<b>50. Me siento insatisfecha con la vida que llevo en el trabajo:</b>		4= Siempre 3= Algunas veces 2= Casi nunca 1= Nunca o rara vez
<b>Componente conductual: aislamiento social y descuido personal</b>		
<b>51. He perdido el interés por los demás y en realidad poco me importan sus vidas:</b>		4= Siempre 3= Algunas veces 2= Casi nunca 1= Nunca o rara vez
<b>52. He descuidado mi aspecto personal y poco me importa cómo me ven los demás:</b>		4= Siempre 3= Algunas veces 2= Casi nunca 1= Nunca o rara vez
<b>Componente cognoscitivo</b>		
<b>53. Siento que he perdido la esperanza y el placer por las cosas que hacía antes:</b>		4= Siempre 3= Algunas veces 2= Casi nunca 1= Nunca o rara vez
<b>54. Me siento más vieja y desmejorada:</b>		4= Siempre 3= Algunas veces 2= Casi nunca 1= Nunca o rara vez
<b>55. Siento angustia porque he perdido el apetito:</b>		4= SI, frecuentemente 3= Algunas veces 2= Casi nunca 1= Nunca o rara vez
<b>56. Me canso más fácilmente que antes</b>		4= SI, en forma casi permanente 3= Algunas veces 2= Casi nunca 1= Nunca o rara vez
<b>57. He perdido el interés por las relaciones íntimas con mi pareja:</b>		5= SI, frecuentemente 4= Algunas veces 3= Casi nunca 2= Nunca o rara vez 1= No tengo pareja

<p><b>58. Tengo sentimientos de tristeza y depresión:</b></p>	<p>en el momento 4= A diario 3= Varias veces en la semana 2= Menos de una vez al mes 1= Mensual o en forma permanente</p>
<p><b>59. Siento que la intensidad de estos sentimientos de tristeza y depresión son:</b></p>	<p>4= Muy Altos 3= Bastantes 2= Regulares o medios 1= Mínima o ningunos</p>
<p><b>VIII. IRA HOSTILIDAD:</b> <b>60. Antes del evento cardíaco, ¿He tenido rabia, ira y hostilidad por algún motivo o razón?</b> Sí la respuesta es NO, entonces pase a la pregunta No. 78 Sí la respuesta es SI, entonces conteste lo siguiente:</p>	
<p><b>Rasgos ira hostilidad</b> <b>En la casa:</b> <b>61. Siento que el ambiente en mi casa es hostil y agresivo:</b></p> <p><b>62. He tenido rabia, ira y/o descargas explosivas en mi casa:</b></p> <p><b>Con el esposo o compañero sentimental (pareja)</b> <b>63. Siento que mi pareja es hostil o agresivo conmigo.</b></p> <p><b>64. En los últimos tiempos: horas, días, semanas: he sentido por mi pareja rabia o ira:</b> <b>En el trabajo:</b> <b>65. Siento que el ambiente en mi trabajo es hostil y agresivo conmigo:</b></p> <p><b>66. Cuando tengo rabia o ira en el trabajo:</b></p>	<p>4= SI, frecuentemente 3= Algunas veces 2= Casi nunca 1= Nunca o rara vez</p> <p>4= SI, frecuentemente 3= Algunas veces 2= Casi nunca 1= Nunca o rara vez</p> <p>4= SI, frecuentemente 3= Algunas veces 2= Casi nunca 1= Nunca o rara vez</p>
<p><b>En el trabajo y en la casa</b> <b>67. Creo que mi casa como el ambiente de trabajo me producen rabia u hostilidad.</b></p>	<p>4= SI, frecuentemente 3= Algunas veces 2= Casi nunca 1= Nunca o rara vez</p> <p>4= SI, frecuentemente 3= Algunas veces 2= Casi nunca 1= Nunca o rara vez</p> <p>4= Exploto 3= Comento lo que pasa 2= Me callo, mejor no hablo 1= Busco ayuda</p> <p>4= SI, frecuentemente 3= Algunas veces</p>

	<p>2= Casi nunca 1= Nunca o rara vez</p>
<p><b>68. Los problemas familiares me dan:</b></p> <p><b>69. Los problemas con mi pareja me dan:</b></p> <p><b>70. Los problemas laborales me dan:</b></p> <p><b>71. Siento que no cuento con apoyo de mi familia y del trabajo y esto me da:</b></p>	<p>4=Mucha angustia, me siento muy enferma 3=Un poco de angustia, pero siento que podría tolerarla 2=Un poco de angustia, no le presto cuidado 1=Nada de angustia</p> <p>4=Mucha angustia, me siento muy enferma 3=Un poco de angustia, pero siento que podría tolerarla 2=Un poco de angustia, no le presto cuidado 1=Nada de angustia</p> <p>4=Mucha angustia, me siento muy enferma 3=Un poco de angustia, pero siento que podría tolerarla 2=Un poco de angustia, no le presto cuidado 1=Nada de angustia</p> <p>4=Mucha angustia, me siento muy enferma 3=Un poco de angustia, pero siento que podría tolerarla 2=Un poco de angustia, no le presto cuidado 1=Nada de angustia</p>

	<p><i>enferma</i>  3=Un poco de angustia, pero siento que podría tolerarla  2=Un poco de angustia, no le presto cuidado  1=Nada de angustia</p>
<p><b>72. Vengo sintiendo rabia o ira en mi casa hace:</b></p> <p><b>73. Vengo sintiéndome mal por el ambiente de mi trabajo hace:</b></p> <p><b>74. Vengo sintiendo rabia con mi pareja hace:</b></p>	<p>5= SI, frecuentemente  4= Algunas veces  3= Casi nunca  2= Nunca o rara vez  1= No tengo pareja en el momento</p> <p>5= SI, frecuentemente  4= Algunas veces  3= Casi nunca  2= Nunca o rara vez  1= No tengo pareja en el momento</p> <p>5= SI, frecuentemente  4= Algunas veces  3= Casi nunca  2= Nunca o rara vez  1= No tengo pareja en el momento</p>
<p><b>75. La rabia o ira que he sentido en mi trabajo es:</b></p> <p><b>76. La ira que he sentido en mi casa es:</b></p> <p><b>77. La ira que he sentido con mi pareja es:</b></p>	<p>3= Mucha o alta  2= Regular o moderada  1= Ninguna o leve</p> <p>3= Mucha o alta  2= Regular o moderada  1= Ninguna o leve</p> <p>3= Mucha o alta  2= Regular o moderada  1= Ninguna o leve</p>
<p><b>IX. DISTRÉS:</b></p> <p><b>78. ¿He sentido altos niveles de estrés por alguna razón, antes del evento cardíaco?</b>  <b>Sí la respuesta es NO, entonces no continúe Y TERMINE CON LAS OBSERVACIONES.</b>  <b>Sí la respuesta es SI, entonces TERMINE DE CONTESTAR lo siguiente:</b></p>	<p>SI NO  2= Si  1= No</p>
<p><b>79. Siento que el ambiente en mi casa es estresante:</b></p> <p><b>80. La relación con mi pareja me genera estrés y reactividad:</b></p> <p><b>Si tiene trabajo por fuera de la casa:</b></p> <p><b>81. Siento que el ambiente en mi trabajo es estresante:</b></p> <p><b>Sino no tiene trabajo por fuera de la casa:</b></p> <p><b>82. La falta de trabajo me estresa:</b></p>	<p>2= Si  1= No</p> <p>2= Si  1= No</p> <p>2= Si  1= No</p> <p>2= Si</p>

		1= No 4=Mucha angustia y no sé qué hacer 3=Un poco de angustia, pero puedo tolerarla 2=Un poco de angustia, no le presto cuidado 1=Nada de angustia
	<b>83. La angustia de estar bajo estrés en forma permanente me genera:</b>	
	<b>84. Antes de enfermarme venía con altos niveles de estrés:</b>	2= Si 1= No
	<b>85. Puedo decir que el estrés que me produce el trabajo es:</b>	3= Mucho o alto 2= Regular o moderado 1= Ninguno o muy poco
	<b>86. Puedo decir que el estrés que me produce mi pareja es:</b>	3= Mucho o alto 2= Regular o moderado 1= Ninguno o muy poco
	<b>87. Puedo decir que el estrés que me produce la casa es:</b>	3= Mucho o alto 2= Regular o moderado 1= Ninguno o muy poco  3= Mucho o alto 2= Regular o moderado 1= Ninguno o muy poco

**OBSERVACIONES**

¿Existe alguna pregunta que usted considera necesaria a la hora de evaluar sus síntomas y que no se encontró en este cuestionario?:

\_\_\_\_\_

**NUEVA PREGUNTA QUE PROPONGO EN EL FORMATO DE EVALUACION:**

Finalmente: Sí existe alguna pregunta que usted desee cambiar o quitar porque no la entiende, es poco clara, o le resultó incómoda, por favor anotar el número de la pregunta en este espacio y sí desea, escríbala lo que le gustaría quitar o modificar.

**PREGUNTA PARA RETIRAR:** \_\_\_\_\_

**PREGUNTA PARA MODIFICAR:** \_\_\_\_\_

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

### Anexo 25. Consolidado de información epidemiológica de las mujeres participantes en la validación: Prueba Piloto.

MUJER No.	EDAD	IMC	NIVEL EDUCATIVO	PROFESION u OFICIO	ESTADO CIVIL	No HIJOS	ANTECEDENTES PERSONALES				VIVE BAJO ESTRES	ENFERMEDAD CORONARIA FAMILIAR	ANTECEDENTES CORONARIOS		DIAGNOSTICO ACTUAL
							DM2	HTA	DLP	Tabaquismo T Extabaquismo EX			Si/No	Si/No	
1	45	26.5	S	AC	UL	3	-	-	+	-	-	-	-	-	Dolor Torácico, alta probabilidad coronaria AI.
2	84	24.5	P	AC	V	4	+	-	-	Ex 7 años	+ Duelo muerte del hijo y enfermedad de otro hijo (ERC)	+ IAM Tío	+ IAM (2) Enf. Multi vaso.	+	IAM-CEST cara posterior No acepta cirugía
3	45	27.5	S	ED	C y S	2	-	-	-	-	+	-	-	-	AI
4	57	27.5		AC	C y S	2	+	-	+	-	-	-	-	-	AI
5	64	24.5	2º P	AC	C	7	-	-	-	Ex 5 años	+	-	+ AI	-	AI Depresión

6	49	2 3 N	T	AC	C y S	1	-	+	-	-	-	-	-	-	AI
7	60	2 4 N	S	T	C	1	-	+	-	Ex 5 años	-	-	-	-	AI
8	63	3 7 O	2º P	AC	C y S	4	-	+	+	-	+	+ Padr e fallec e por IAM	-	-	SCA-SEST
9	72	2 5 S	P	AC	V	8	-	+	-	-	-	+ 4 herm anas con EC	-	+ Coronar io grafías, candida ta a CABG	AI Ins. Mitral grado III/IV de origen isquémico
10	76	3 1 O	2º P	AC	V	5	-	+	+	-	+	+ Un Herm ano con EC	-	-	AI Dolor torácico de riesgo intermedio
11	79	2 1 N	5- P	AC	C	3	-	+	-	+ T fam iliar	-	+ Vario s tios con EC	+ AI	+ Coronar io grafías EC tres vasos	AI Dolor torácico de alta probabilid ad coronaria
12	45	2 6 S	U posg rado	P	UL	1	-	+	-	-	+	-	-	-	AI
13	90	2 9 S	5º P	AC	V	2	-	+	-	-	-	+ Herm ana con EC	-	-	AI
14	78	2 4 N	5º P	AC	V	7	-	+	+	+ Ex 8 años	+ Por su est ado de sal ud y dep end enc ia eco nó mic a	-	+ IAM en 1999 IAM CEST	+ 7 Coronar io grafías que reporta n EC multiva so	IAM SEST Fractura de cadera derecha Nefropatía por contrastes Artrosis de cadera
15	69	2		AC	V	9	+	+	-	-	+	-	+	+	IAM SEST

		0 N	4º P										IAM CEST hace un año	Coron ario grafía EC un vaso	
16	68	2 7 S	S	AC	C	4	-	-	-	-	+	+ Dos herm anos con EC	-	-	AI Cardiopati a coronaria silente
17	87	2 4 N	P	AC	V	4	+	+	-	+ Ex 10 año s	-	-	+ IAM en septie mbre de 2012	+ Coronar io grafía con EC de tres vasos	IAM SEST Y EC de tres vasos con opción quirúrgica , NO ACEPTA
18	86	2 6 S	S	AC	V	6	+	+	+	-	+	No sabe	+ Cardiop atía isquémica silente y vaulvul opatia	+ Coronar io grafía con EC de tres vasos	IAM SEST Cardiopati a dilatada de origen valvular y violencia domestica Violencia conyugal
19	76	2 9 S	P	AC	C	4	+	+	+	+	-	-	+ en 2011 dos event os coro nario s	+ Coronar io grafía con 2 stents	AI EC de dos vasos
20	81	2 9 S	5º P	AC	V	6	+	-	-	+ Coc ino con leña y petr óleo	+	+ Dos herm anos fallec en por EC	+ AI	Coronar io grafía con lesiones poco signific ativas en dos vasos	AI microvasc ular TEP CIA
21	74	2 1 N	P	AC	UL	4	-	+	-	-	-	-	+ AI	-	AI Dolor torácico de probabilid ad coronaria intermedia
Repre orte	75 .8 7	N : 9 S: 1 0 O	P: 13 S: 5 T: 2 P: 1	AC: 18 T: 1 ED: 1 P: 1	C: 9 UL: 3 V: 9 S: 4	1- 9 hijos	7	14	7	T:7 Ex: 5	11 Depen dencia econó mica, soled	8	10 AI:6 IAM:4	9	AI: 15 IAM SEST: 5 IAM CEST: 1



		:									ad, enfer meda d crónic a y la depre sión				
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Fuente:** Base de Datos de la investigación.

**Anexo 26. Consolidado de los síntomas principales reportados por el grupo de mujeres participantes en la Prueba Piloto, en una institución de salud de Manizales Caldas 2012-2013.**

CONSOLIDADO DE MUJERES QUE RESPONDIERON EL INSTRUMENTO																					
I T E M S	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	M 21
1	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	No	Si	No	Si	Si	No
2	2 pica da	4 ag ud o	(*) 3 un z so ada	3 pe so	3 pre ta a	-	4 Me je seca, s ndesc riptible	1	(*) Cans ancio el amin ar	1	3 Opri mida	3	-	3	-	-	3	-	3 peso	3 Apre tami ento del pech o	-
3	1	1	2	1	-	2	1	1	1	1	1 Aum enta con el cami nar	1	-	1	-	-	1	-	1	2	-
4	4 Pech o Braz o lzq.	(*) 3 Bo ca est om ag o	4	4 Ref lejo en la car a	-	4	4	3 Ho mbr o izq uier do	4	4	4	4	-	4 Trata ba de irse a la espa lda	-	-	2	-	2 Pech o y lado	4	-
5	3 Braz o lzq.	(*) 3 No irra diado	3 Irra diado al cuel lo	(*) 3 Sol o en el pe ch o	-	2	1	3	3 Haci a los braz os	(*) 3 No	3	-	3	-	-	(*) 3 No se irradi o	-	2	(*) 3 No se irradi o	-	
6	1 No sabe	3	3	2	-	1	1	4 Pen se que era por ca min ar	1 Por los desti nos de la casa	4 Al cami nar aum enta ba el dolor	2	-	1	-	-	1	-	1	1	-	
7	3 oficio	3	3	4 die nte s	-	3	2	2	3	2	3	-	2	-	-	4	-	2	1	-	
8	1 cardi est	3	3	(*) 3 No	-	3	3	(*) 3 Nad Estre	4 Estre	1 Com	1	-	(*) 3 Ning	-	-	1	-	(*) 3 Pe	3	-	



		H		la semana sigui ente al contr ol	dia			que est a em trat ami ent o de gas triti s	dias		ndo fue al cont rol de artrit is le cont o al medi co									recu erda	
1 4	2	2	*) Mod erado	2	3 mo der ado	-	3	3	1	3	3 Mod erado	3	-	3 Muy duro	-	-	2	-	2	3	-
1 5	Si	No	Si	Si	No	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	
1 6	2	-	*) Qui e ud Desc - iso		-	1	-	-	2	2	2 Para ba de cami nar	3	3	4	3	-	-	1 Y fue el medi co	4 Tom o jugo	3 Hizo dos cos as Lla mar y con sult ar	2
1 7	4	-	*) A los 3 dias		-	3 3h oras	-	-	4 Dos dias	1 30'	4 A los 15 dias	2 1h	1 15'	4 16h	1 30'	-	-	1 5'	3 4h Lo poco ass usta y la much o ama nsa	2 Inm edia tamente	4
1 8	3	-	*) Muy alta		-	4 Su sto, sen sacio n de des ma yo	-	-	3		(*) No	4	2	3	3	-	-	4	2 Can sada de la resp iracion	4	2
1 9	3 20'	-	*) Muy alta		-	2 15'	-	-	2 15'	5 Tod o el dia	3 30 min	4	4 2h	5 16h	4 1h	-	-	5 1h	2 15'	5 much o	2 10'
2 0	3	-	*) Muy alta		-	4	-	-	3	3	2	4	4	4	3	-	-	1	4 fuert e	4	4
2	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	



						por de bili da d															
30	-	3 15'			-	3 15'	-	-	-	-	3 20'	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2 5'
31	-	3			-	2	-	-	-	-	2 Tér mite medi o	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
32	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	Si	Si	Si	No	No Present o síncope y visio n rayada	No Dol or esp orad ico	Si	Si
33	3 Cefalea desalient o	4 Cefalea Sudor calor	5 Cefalea Dolor MS	4 Cefalea	-	4 Lengua dormida	4 Mareo y dolor	2 Malestar general	2 Dolor de cabeza y debilidad	4	-	4	-	4	4 Dolor de cabeza y entumecimiento de la lengua	1 Entumecimiento de la boca, lengua sin dolor de cabeza	-	-	-	4 Palpitaciones marcosudor y escalo	3 No podiamover los pies, palpitaciones y sensación de angustia en el pecho
34	2 3 sint.	2 2 sint.	2 2 sint.	4 Mas de cinc o	-	4 5 sintomas	3 3 sintomas	3 3 sintomas	2 2 sintomas	4 5 sintomas	-	4 5 sintomas	-	3 4 sintomas el mismo dia	4	3	-	-	-	3 Trés sintomas	4 5 sintomas
35	3 reposo	1 reposo	4 3	3	-	3	2	2	3	1 Leconte a la hijap ar	-	3	-	2	3	1	-	-	-	3	3 Tomo ASA y para la

										a que la acompaña al médico									presión arterial		
36	1 cardiaco	3			-	2 Sin dolor en el pecho, pero ahogo y desvanecimiento	5	3	5 No le presta atención	4	-	1	-	5	5 Pensó en cancio	5 Creí que era normal	-	-	-	1	5 Pensó en la columna y en la circulación
37	4	4		se preocupó y respetó un rato. No era grave	-	1 La llevo a la vecina al médico	4	4	4		-	1	-	4 PR ESENTADO POR EL DI EN LA ENTREVISTA	2 Le conté a los hijos y asistí al médico	1	-	-	-	2	3
38	3	3			-	4	2	2	1	4	-	4	-	4	3	3	-	-	-	4	3
39	3	(*) No	(*) variable		-	3	3	3	1 Dos episodios	3	-	3	-	(*) NO LOS TENIA	(*) Primera vez	1	-	-	-	4	seguido
40	3 20'	3 15'	3 30'		-	3 20'	5 Casi todo el día	4 45'	2 15'	5 Casi todo el día	-	5 1h	-	5	4 1h	5 1h	-	-	-	2	3 15'
4	2	2			-	2	2	2	1	2	-	3	-	3	2	2	-	-	-	2	2

1						intermitente	Alpino fuerte														
42	No	No	Si	Si	Si	Si Mas que tristeza desanimado	No	No	No	Si	No	No	No	No	Si Por las hospitalizaciones y enfermedades que tiene	Si	No	No	Si Preocupada por verse así	Si	Si
43	-	-	2 Escucha música	2 Habla con hija, a extraña	3 bebid as y consultas o al medico	4	-	-	-	2 Le cuento al señor	-	-	-	-	4	4	-	-	4	(*) No	4
44	-	-	3 tolerar	3	3 Le da fastidio por las comidas, vómito y diarrea	2	-	-	-	3 No siento alegría y esto me enferma	-	-	-	-	3	3	-	-	4	4	3 Por soledad
45	-	-	*) De vez en cuando	3 meses que a hija se aloga	4 2 meses	3	-	-	-	3	-	-	-	-	3 Casi todos los días	1	-	-	1	1	3 Hace 4 años murió el esposo



46	-	-	3	2	3	2	-	-	-	2	-	-	-	-	2	3	-	-	3	2	2
47	No	Si	Si	No	Si	No	No	No	No	Si	No	No	No	Si Por ir al hos pital	No	Si	Si	Si Sue ña y se des pierta asistada	No	Si	Si
48	-	1			1	-	-	-	-	2	-	-	-	1	-	2	1	2	-	1	2
49	-	2			2	-	-	-	-	1	-	-	-	2	-	1	2	2 Sati sfec ha cont enta	-	1	1
50	-	1	2		2	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1	1	1	-	1	2
51	-	1	2		1	-	-	-	-	4	-	-	-	1	-	4	4	3	-	2	1
52	-	1	3		4 Ni pin tar se las uñas	-	-	-	-	3	-	-	-	1	-	2	1	3	-	4	2
53	-	1	3		3	-	-	-	-	3	-	-	-	4 Muc has vec es	-	2	4	2	-	3	2
54	-	3			3	-	-	-	-	3	-	-	-	3	-	3 Can sada des ani mada	3	2	-	4	3
55	-	3			4 Ha ma jor ado	-	-	-	-	2	-	-		4	-	2	4	4	-	4	3
56	-	1	3		4 Por la edad	-	-	-	-	4	-	-	-	4	-	4	4	3	-	4	4
57	-	1			5 Es po so op era	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	4	1	1	-	1	1

					do de la prosta ta																
58	-	2	2	Mas de una vez	4 A diario	-	-	-	-	3 Varias veces a la semana	-	-	-	3 Muchas veces Aburrimiento	-	1	3	1	-	4	1
59	-	2	3		2	-	-	-	-	2	-	-	-	1	-	2	2	(*) Colocar no.	-	2	2
60	Si Malgenio	No	Si	No	Si	No	Si	No	No	No	No	No	Si	No	No	Si	No	Si	Si Se enciende fácil y por nada	Si Casi todos los dias	No
61	3	-			1	-	1	-	-	-	-	-	1	-		1	-	2	1	1	-
62	3	-			2	-	2	-	-	-	-	-	3	-	-	4 Explota	-	3	4 Souiracunda	4	-
63	2	-			4	-	2	-	-	-	-	-	1	-	-	4	-	1	1	1	-
64	3	-			4 Deconsuelo, no mejora	-	2	-	-	-	-	-	1	-	-	4	-	1	1	1	-
65	2	-			(*) No trabaja	-	4 El barrio es caliente y vivir pendiente de	-	-	-	-	-	1	-	-	2	-	No trabaja	No trabaja	No trabaja	-

						los ga min es															
6 6	4	-	*) Ning uno		(*) na da	-	4	-	-	-	-	-	4	-	-	4	-	No trab aja	No trab aja	No trab aja	-
6 7	3	-			(*) no	-	4	-	-	-	-	-	3	-	-	3	-	No trab aja	No trab aja	No trab aja	No trab aja
6 8	3	-			4 preoc paci y tristez	-	3	-	-	-	-	-	1	-	-	3	-	4	4	4	-
6 9	3	-			(*) Na da, Me ac ost um bre	-	3	-	-	-	-	-	1	-	-	3	-	1	2 No	1	-
7 0	7	-	*) ning uno		1 Qui tar por ah ora	-	4	-	-	-	-	-	1	--	-	1	-	1	1	1	-
7 1	3	-			1	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	(*) Pon er y/o	(*) y/o	(*) y/o	-

							apo ya														
7 2	3	-			(*) no	-	2	-	-	-	-	-	3	-	-	2	-	4	3	4	-
7 3	1	-	(*) No		1	-	5 Qui ero ven der la tien da	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	1			-
7 4	2	-			(*) No	-	2	-	-	-	-	-	1	-	-	4	-	1	1	1	-
7 5	2	-			(*) no	-	3	-	-	-	-	-	1	-	-	5	-	(*) No trab aja	2	1	-
7 6	2	-			1	-	1	-	-	-	-	-	3	-	-	2	-	2	(*) No trab aja	(*) No trab aja	-
7 7	2	-			(*) no	-	2	-	-	-	-	-	1	-	-	3	-	1	2	3	-
7 8	No	No	Si	No Si se estres a pero no a oda hora	No	No	Si	No	No	No	No	Si	No	Si	No	No	No	Si	No	No	No
7 9	-	-	(*) algu nas rece		-	-	1	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	2 y le preo cup a: agre gar	-	-	-
8 0	-	-			-	-	2	-	-	-	-	(*) No	-	2	-	-	-	2	-	-	-
8 1	-	-			-	-	2	-	-	-	-	2 Muc ho stre ss labo ral	-	1 Noti ene trab ajo por fuer a	-	-	-	1	-	-	-
8 2	-	-			-	-	3	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	1	-	-	-
8 3	-	-			-	-	2	-	-	-	-	3	-	3	-	-	-	2	-	-	-
8	-	-			-	-	3	-	-	-	-	2	-	2	-	-	-	2	-	-	-

4																					
85	-	-	2		-	-	2	-	-	-	-	4	-	1	-	-	-	1	-	-	-
86	-	-			-	-	2	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	1	-	-	-
87	-	-	2		-	-		-	-	-	-	1	-	3	-	-	-	3	-	-	-
OBSERVACIONES	Dolor por picada de MSICefalea Desaliento o malgenio	Dolor por bronquitis	Dolor intermitente	Se reflejo en la cara	Sin dolor en el pecho solo fatiga y disnea.	Estres por el trabajo en la tienda, inseguridad en el barrio	Dolor y otros	Dolor muy leve, tipo cansancio	Dolor irradiado a los brazos	Dolor opresivo	Dolor tipo peso, stress laboral docente	Sin dolor	Dolor opresivo Dolor de cabeza intenso Temor al hospital	Sin dolor Borrachera y entumecimiento de la boca	Sin dolor Entumecimiento de la lengua	Dolor Opresivo 3 dias	Sin dolor	Dolor opresivo Pecho y lado de la espalda	Dolor apretamiento Palpitaciones y area sudor y escalofo	Sin dolor	
SINTOMAS CLASIFICADOS	DOLOR DISNEURIA/HOSITALIDAD	DOLOR FASITIGANAUESSADEPRESION (muerte de hijo y ERCem otro hijo)	DOLOR FASITIGANAUESSADEPRESION	DOLOR DIASNETRIESTRIZESION	DIASNETRIESTRIZESION	DOLOR FATIGAMAREGEONALCA MINAR	DOLOR FASITIGAMAREGEONALCA MINAR	DOLOR FASITIGAMAREGEONALCA MINAR	DOLOR FASITIGAMAREGEONALCA MINAR	DOLOR FASITIGAMAREGEONALCA MINAR	DOLOR FASITIGAMAREGEONALCA MINAR	DISNEURIA/HOSITALIDAD	DOLOR DISNEURIA/HOSITALIDAD	FATIGACIOMENTRIZESION	DOLOR FASITIGANAUESSADEPRESION	DISNEURIA/HOSITALIDAD	DOLOR FASITIGANAUESSADEPRESION	DOLOR FASITIGANAUESSADEPRESION	DOLOR FASITIGANAUESSADEPRESION	DOLOR FASITIGANAUESSADEPRESION	DOLOR FASITIGANAUESSADEPRESION

## Anexo 27. Instrumento inicial para la valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria: INSTRUMENT FOR EVALUATING SYMPTOMS OF CORONARY DISEASE IN WOMEN, *WSCDI*

### INTRUMENTO PARA LA VALORACION DE LOS SINTOMAS EN LA MUJER CON ENFERMEDAD CORONARIA. (INSTRUMENT FOR EVALUATING SYMPTOMS OF CORONARY DISEASE IN WOMEN (*WSCDI*))



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Conociendo que tuve un evento cardiaco, deseo dejar registrada en forma VOLUNTARIA los SINTOMAS INICIALES que sentí durante este EVENTO CORONARIO. Al lado derecho ubico las respuestas marcadas con una X.

Un ejemplo sencillo es: ¿Cuándo los síntomas empezaron, sentí dolor o molestia en alguna parte del cuerpo? SI (X) NO ()

SUBDIMENSIONES O SINTOMAS	DEFINICION OPERATIVA DE LOS ITEMS O PREGUNTAS	Criterios operativos de Valoración O ALTERNATIVA DE RESPUESTA
<b>PARTE A: SINTOMAS PSICO-FISIOLÓGICOS</b> <b>I. DOLOR:</b> 1. <i>¿Cuándo los síntomas empezaron, sentí dolor o molestia en alguna parte del cuerpo?</i> Si la respuesta es NO, entonces pase a la pregunta No. 15 Si la respuesta es SI, entonces conteste lo siguiente:		
<b>Calidad</b> <i>Descripción del síntoma</i> <i>localización</i> <i>grado de respuesta frente a las intervenciones (afrentamiento)</i>	<b>Descripción del síntoma</b> 2. <i>El dolor o molestia lo describiría de esta forma:</i>  3. <i>Este síntoma se presentaba de esta forma:</i> <b>Localización</b> 4. <i>El dolor o molestia se localizó específicamente en esta parte:</i>  <b>Irradiación</b> 5. <i>El dolor o molestia se irradió o se me iba hacia esta parte del cuerpo:</i>  <b>Desencadenante</b> 6. <i>Yo creo que este dolor o molestia fue causado por:</i>  7. <i>Este dolor o molestia me empezó cuando yo me encontraba haciendo:</i>	4= <i>Un dolor agudo intenso</i> 3= <i>Una opresión, tipo peso o apretamiento cardiaco.</i> 2= <i>Sensación Punzante, tipo puñalada, picada o dolor penetrante.</i> 1= <i>Sensación Quemante, tipo ardor o sensación térmica.</i>  2= <i>Era seguido o persistente</i> 1= <i>Era intermitente: aparecía y desaparecía de nuevo</i>  4= <i>En el centro del pecho</i> 3= <i>En el cuello, a</i>

	<p><b>Significado</b>  <i>8. En ese momento cuando sentí el dolor o la molestia pensé que era causado por:</i></p> <p><b>Afrontamiento</b>  <i>9. Cuando sentí el dolor o molestia decidí hacer:</i></p> <p><i>10. Como forma para aliviar el dolor o la molestia, decidí hacer:</i></p>	<p><i>nivel de la garganta y/o mandíbula.</i>  <i>2=En la parte media de la espalda</i>  <i>1=En la parte alta de la espalda más hacia la izquierda.</i></p> <p><i>4= Hacia el cuello y mandíbula</i>  <i>3=Hacia el hombro izquierdo y/o mano izquierda</i>  <i>2=Hacia la espalda, y/o escápula izquierda</i>  <i>1=Hacia el lado derecho del pecho, del tórax o el hombro.</i></p> <p><i>4= El ejercicio físico que había hecho ese día</i>  <i>3= Porque hice mucho oficio en la casa ese día</i>  <i>2= Porque estaba muy estresada ese día</i>  <i>1=En realidad no sé</i></p> <p><i>4= Descansando o durmiendo</i>  <i>3=Estaba haciendo los oficios normales de la casa o trabajando</i>  <i>2=Cuando estaba caminando</i>  <i>1=Cuando estaba haciendo ejercicio físico o haciendo caminata o en el gimnasio.</i></p> <p><i>4=Problemas de estrés mental</i>  <i>3=Problemas gástricos</i>  <i>2=Problemas respiratorios</i>  <i>1= Problemas cardiacos</i></p> <p><i>4= Ejercicio u oficio a ver si se me quitaba</i>  <i>3= Quedarme en reposo o quieta.</i>  <i>2= No hice nada, es mas no le puse</i></p>
--	--	--

		<i>cuidado, pensé que se me pasaría solo. 1= Solo le conté a un familiar/conocido</i>
<b>Distres afectación individual</b> <i>Nivel de angustia percibido sufrimiento o malestar que genera el sintoma</i>	<b>11. Con este dolor o molestia yo sentí:</b>	<b>4= Mucha angustia, sentí que me iba a morir</b> <b>3= Un poco de angustia, pero sentí que podría tolerarlo</b> <b>2= Un poco de angustia, no le preste cuidado</b> <b>1= Nada de angustia</b>
<b>Duración</b> <i>Tiempo de duración del síntoma: aislados o en grupos. Secuencia del síntoma y/o Asociación de los síntomas con actividades específicas</i>	<b>12. El tiempo que duro el dolor o la molestia fue aproximadamente de:</b>  <b>13. El tiempo que tomé para ir a consulta médica por este problema fue de:</b>	<b>5= Demasiado, más de 1 hora</b> <b>4= más de media hora</b> <b>3= entre un cuarto y media hora</b> <b>2= entre 5 minutos a un cuarto de hora</b> <b>1= Menos de 5 minutos</b>  <b>5= Menos de 30 minutos</b> <b>4= Entre 30 minutos y 3 horas</b> <b>3= Entre 3 a 6 horas</b> <b>2= Mas de 6 horas</b> <b>1= Decidí no ir al médico ese día.</b>
<b>Intensidad</b> <i>Severidad del síntoma</i>	<b>14. Sentí que la intensidad del dolor o molestia era:</b>	<b>4= Muy intenso, una verdadera amenaza para mi vida</b> <b>3= moderado</b> <b>2= Algo pasajero</b> <b>1= De Mínima intensidad</b>
<b>II. DISNEA:</b> <b>15. ¿Sentí falta de aire o estaba alcanzada de la respiración?</b> Si la respuesta es NO, entonces pase a la pregunta No. 21 Si la respuesta es SI, entonces conteste lo siguiente:		<b>SI NO</b> <b>2= Si</b> <b>1= No</b>
<b>Calidad</b> <i>Descripción del síntoma localización grado de respuesta frente a las intervenciones (afrontamiento)</i>	<b>16. Cuando sentí la falta de aire, lo que hice fue:</b>  <b>17. El tiempo que tomé para buscar atención médica por este problema fue de:</b>	<b>4= No hice nada, es mas no le puse cuidado, pensé que se me pasaría sola</b> <b>3= Solo le conté a un familiar/conocido</b> <b>2= Dejé lo que estaba haciendo.</b> <b>1= Me recosté o guardé reposo</b>  <b>5= Menos de 30 minutos</b> <b>4= Entre 30 minutos</b>



		<p>y 3 horas  3= Entre 3 a 6 horas  2= Mas de 6 horas  1= Decidí no ir al médico ese día.</p>
<b>Distrés</b> <i>Afectación individual</i> <i>Nivel de angustia percibido</i> <i>sufrimiento o malestar que genera el síntoma</i>	18.La falta de aire o el sentirme alcanzada de la respiración me género:	4= Mucha angustia, sentí que me iba a morir 3= Un poco de angustia, pero sentí que podría tolerarlo 2= Un poco de angustia, no le preste cuidado 1= Nada de angustia
<b>Duración</b> <i>Tiempo de duración del síntoma:</i> <i>aislados o en grupos.</i> <i>Secuencia del síntoma y/o</i> <i>Asociación de los síntomas con actividades específicas</i>	19.Recuerdo que la sensación de falta de aire me duró:	5= Demasiado, más de 1 hora 4= más de media hora 3=entre un cuarto y media hora 2=entre 5 minutos a un cuarto de hora 1= Menos de 5 minutos
<b>Intensidad</b> <i>Severidad del síntoma</i>	20.La falta de aire que sentí ese día fue de una intensidad de:	4= Muy intensa, una verdadera amenaza para mi vida 3=moderada 2=Algo pasajera 1= De Mínima intensidad
<b>III. FATIGA:</b> 21. ¿Ese día sentí fatiga inusual o pérdida de energía? Si la respuesta es NO, entonces pase a la pregunta No. 27 Si la respuesta es SI, entonces conteste lo siguiente:		SI NO 2= Si 1= No
<b>Calidad</b> <i>Descripción del síntoma</i> <i>localización</i> <i>grado de respuesta frente a las intervenciones (afrontamiento)</i>	22.Cuando sentí la fatiga inusual o pérdida de la energía, lo que hice fue:  23.El tiempo que tomé para buscar atención médica por este problema fue de:	4= No hice nada, es mas no le puse cuidado, pensé que se me pasaría sola 3= Solo le conté a un familiar/conocido 2= Dejé lo que estaba haciendo 1= Decidí recostarme o guardar reposo  5= Menos de 30 minutos 4= Entre 30 minutos y 3 horas 3= Entre 3 a 6 horas 2= Mas de 6 horas 1= Decidí no ir al médico ese día, sentí que mejoré
<b>Distrés</b>	24.En ese momento por la falta de energía o fatiga inusual yo	4= Mucha angustia,

<p><b>Afectación individual</b>  <b>Nivel de angustia percibido</b>  <b>sufrimiento o malestar que genera el síntoma</b></p>	<p><b>sentí:</b></p>	<p><b>sentí que me iba a morir</b>  <b>3= Un poco de angustia, pero sentí que podría tolerarlo</b>  <b>2= Un poco de angustia, no le preste cuidado</b>  <b>1= Nada de angustia</b></p>
<p><b>Duración</b>  <b>Tiempo de duración del síntoma:</b>  <b>aislados o en grupos.</b>  <b>Secuencia del síntoma y/o</b>  <b>Asociación de los síntomas con actividades específicas</b></p>	<p><b>25. Recuerdo que la fatiga inusual o falta de energía ese día me duró:</b></p>	<p><b>5= Demasiado, más de 1 hora</b>  <b>4= más de media hora</b>  <b>3= entre un cuarto y media hora</b>  <b>2= entre 5 minutos a un cuarto de hora</b>  <b>1= Menos de 5 minutos</b></p>
<p><b>Intensidad</b>  <b>Severidad del síntoma</b></p>	<p><b>26. La fatiga inusual o falta de energía ese día fue de una intensidad:</b></p>	<p><b>4= Muy intensa, una verdadera amenaza para mi vida</b>  <b>3= moderada</b>  <b>2= Algo pasajera</b>  <b>1= De Mínima intensidad</b></p>
<p><b>IV. NAUSEAS:</b>  <b>27. ¿Ese día sentí náuseas o deseos de vomitar?</b>  <b>Sí la respuesta es NO, entonces pase a la pregunta No. 31</b>  <b>Sí la respuesta es SI, entonces conteste lo siguiente:</b></p>		<p><b>SI NO</b>  <b>2= Si</b>  <b>1= No</b></p>
<p><b>Calidad</b>  <b>Descripción del síntoma</b>  <b>localización</b>  <b>grado de respuesta frente a las intervenciones (afrentamiento)</b></p>	<p><b>28. Cuando sentí las náuseas o los deseos de vomitar, decidí hacer:</b></p>	<p><b>4= No hice nada, es mas no le puse cuidado, pensé que se me pasaría sola</b>  <b>3= Solo le conté a un familiar/conocido</b>  <b>2= Dejé lo que estaba haciendo e intenté vomitar</b>  <b>1= Decidí no tomar ni comer nada</b></p>
<p><b>Distrés</b>  <b>Afectación individual</b>  <b>Nivel de angustia percibido</b>  <b>sufrimiento o malestar que genera el síntoma</b></p>	<p><b>29. En ese momento las náuseas o deseos de vomitar me generaron:</b></p>	<p><b>4= Mucha angustia, me sentí muy enferma</b>  <b>3= Un poco de angustia, pero sentí que podría tolerarlo</b>  <b>2= Un poco de angustia, no le preste cuidado</b>  <b>1= Nada de angustia</b></p>
<p><b>Duración</b>  <b>Tiempo de duración del síntoma:</b>  <b>aislados o en grupos.</b>  <b>Secuencia del síntoma y/o</b>  <b>Asociación de los</b></p>	<p><b>30. El tiempo que duraron las náuseas o ganas de vomitar fue de:</b></p>	<p><b>5= Más de 1 hora</b>  <b>4= más de media hora</b>  <b>3= entre un cuarto y media hora</b>  <b>2= entre 5 minutos a un cuarto de hora</b>  <b>1= Menos de 5</b></p>

<p><i>síntomas con actividades específicas</i></p>		<p><b>minutos</b></p>
<p><b>Intensidad Severidad del síntoma</b></p>	<p>31.Las náuseas o ganas de vomitar ese día fueron de una intensidad:</p>	<p>4= Muy Altas 3= Bastantes 2= Regular o medio 1= Mínima o ninguna</p>
<p><b>V. OTROS SÍNTOMAS FISIOLÓGICOS MENORES:</b> 32. ¿Ese día sentí otros síntomas menos intensos que los anteriores? Sí la respuesta es NO, entonces pase a la pregunta No. 42 Sí la respuesta es SI, entonces conteste lo siguiente:</p>		<p>SI NO 2= Si 1= No</p>
<p><b>Calidad Descripción del síntoma localización grado de respuesta frente a las intervenciones (afrontamiento)</b></p>	<p>Síntomas asociados de categoría menor Síntomas Prodrómicos 33. Estos síntomas, son diferentes a los anteriormente relatados y me acuerdo que principalmente eran:  34. Estos síntomas me acuerdo fueron en número:  35. Cuando sentí estos otros síntomas o molestias, lo que hice fue:  36. Creí que la causa de estos síntomas eran por:  37.Frente a estos síntomas, yo decidí hacer:</p>	<p>4=Sudoración y/o escalofrío, cefalea, palpitaciones, mareo y/o entumecimiento de alguna parte del cuerpo 3=Sudoración y/o escalofrío, cefalea y palpitaciones 2=Sudoración y/o escalofrío, cefalea. 1=Mareo y/o entumecimiento de alguna parte del cuerpo  4= más de 5 3=tres o cuatro 2=dos o tres 1=uno  4= Ejercicio u oficio a ver si se me quitaba 3= Quedarme en reposo o quieta. 2= No hice nada, es mas no les puse cuidado, pensé que se me pasarían solos. 1= Solo le conté a un familiar/conocido  5=No supe interpretar su causa 4=Problemas de estrés mental 3=Problemas gástricos o abdominales 2=Problemas respiratorios 1= Problemas cardiacos</p>

		<p>4= Ignorarlos y esperar a que se me pasaran solos.  3=Disminuí la actividad física y/o tomé medicamentos  2=Me preocupé y le conté a alguien  1=Asistí a consulta médica</p>
<p><b>Distrés</b>  <b>Afectación individual</b>  <b>Nivel de angustia percibido</b>  <b>sufriendo o malestar que genera el síntoma</b></p>	<p>38.Cuando sentí estos síntomas recuerdo que me dieron:</p>	<p>4= Mucha angustia, me sentí muy enferma  3= Un poco de angustia, pero sentí que podría tolerarlos  2= Un poco de angustia, no les preste cuidado  1= Nada de angustia</p>
<p><b>Duración</b>  <b>Tiempo de duración del síntoma:</b>  <b>aislados o en grupos.</b>  <b>Secuencia del síntoma y/o</b>  <b>Asociación de los síntomas con actividades específicas</b></p>	<p>39. Estos síntomas yo los venía presentado:</p> <p>40.El tiempo que duraban estos síntomas era:</p>	<p>4= A diario  3= Semanalmente  2= Menos de una vez al mes  1= Mensualmente</p> <p>5= Más de 1 hora  4= más de media hora  3=entre un cuarto y media hora  2=entre 5 minutos a un cuarto de hora  1= Menos de 5 minutos</p>
<p><b>Intensidad</b>  <b>Severidad del síntoma</b></p>	<p>41. La intensidad de estos síntomas yo recuerdo que era de:</p>	<p>4= Muy Altas  3= Bastantes  2= Regular o medio  1= Mínima o ninguna</p>
<p><b>PARTE B: SINTOMAS PSICOSOCIALES</b>  <b>VI. TRISTEZA:</b>  42. Puedo decir que venía sintiendo tristeza en el tiempo cercano al evento cardíaco.  Sí la respuesta es NO, entonces pase a la pregunta No. 47  Sí la respuesta es SI, entonces conteste lo siguiente:</p>		<p>SI NO  2= Si  1= No</p>
<p><b>Calidad</b>  <b>Descripción del síntoma</b>  <b>localización</b>  <b>grado de respuesta frente a las intervenciones (afrentamiento)</b></p>	<p><b>Componente emocional de la depresión</b>  43. Lo que vengo haciendo desde que siento desánimo o tristeza es:</p>	<p>4=Nada  3=Tomo algunas cosas medicinales para controla la tristeza  2=Le conté a alguien  1=Consulté al médico</p>
<p><b>Distrés</b>  <b>Afectación</b></p>	<p>44.Siento que esta tristeza me produce:</p>	<p>4=Mucha angustia, me siento muy</p>

<p><i>individual</i> <i>Nivel de angustia percibido sufrimiento o malestar que genera el síntoma</i></p>		<p><i>enferma</i> 3=Un poco de angustia, pero siento que podría tolerarla 2=Un poco de angustia, no le presto cuidado 1=Nada de angustia</p>
<p><b>Duración</b> <i>Tiempo de duración del síntoma: aislados o en grupos. Secuencia del síntoma y/o Asociación de los síntomas con actividades específicas</i></p>	<p>45.El tiempo que vengo sintiendo tristeza o desanimo es:</p>	<p>4= A diario 3= Varias veces en la semana 2= Menos de una vez al mes 1= Mensual o en forma permanente</p>
<p><b>Intensidad</b> <i>Severidad del síntoma</i></p>	<p>46. La tristeza o desanimo que he sentido son de una intensidad de:</p>	<p>4= Muy Altas 3= Bastantes 2= Regular o medio 1= Mínima o ninguna</p>
<p><b>VII. DEPRESION:</b> 47¿He sentido síntomas depresivos por alguna razón, antes de presentar el evento cardíaco? Sí la respuesta es NO, entonces pase a la pregunta No. 60 Sí la respuesta es SI, entonces conteste lo siguiente:</p>		<p>SI NO 2= Si 1= No</p>
<p><b>Calidad</b> <i>Descripción del síntoma localización grado de respuesta frente a las intervenciones (afrontamiento)</i></p>	<p><b>Componente motivacional</b> 48. Siento poca motivación y poca energía para hacer las actividades de mi vida diaria:  49. Me siento insatisfecha con la vida que llevo en mi casa.  50. Me siento insatisfecha con la vida que llevo en el trabajo:  <b>Componente conductual: aislamiento social y descuido personal</b> 51. He perdido el interés por los demás y en realidad poco me importan sus vidas:  52.He descuidado mi aspecto personal y poco me importa cómo me ven los demás: <b>Componente cognoscitivo</b> 53. Siento que he perdido la esperanza y el placer por las cosas que hacía antes:  54. Me siento más vieja y desmejorada:</p>	<p>4= Siempre 3= Algunas veces 2= Casi nunca 1= Nunca o rara vez</p> <p>4= Siempre 3= Algunas veces 2= Casi nunca 1= Nunca o rara vez</p> <p>4= Siempre 3= Algunas veces 2= Casi nunca 1= Nunca o rara vez</p> <p>4= Siempre 3= Algunas veces 2= Casi nunca 1= Nunca o rara vez</p> <p>4= Siempre 3= Algunas veces 2= Casi nunca 1= Nunca o rara vez</p>

		<p>4= Siempre 3= Algunas veces 2= Casi nunca 1= Nunca o rara vez</p>
<p><b>Distrés</b> Afectación individual Nivel de angustia percibido sufrimiento o malestar que genera el síntoma</p>	<p><b>Componente fisiológico</b> 55. Siento angustia porque he perdido el apetito:</p> <p>56. Me canso más fácilmente que antes</p> <p>57. He perdido el interés por las relaciones íntimas con mi pareja:</p>	<p>4= SI, frecuentemente 3= Algunas veces 2= Casi nunca 1= Nunca o rara vez</p> <p>4= SI, en forma casi permanente 3= Algunas veces 2= Casi nunca 1= Nunca o rara vez</p> <p>5= SI, frecuentemente 4= Algunas veces 3= Casi nunca 2= Nunca o rara vez 1= No tengo pareja en el momento</p>
<p><b>Duración</b> Tiempo de duración del síntoma: aislados o en grupos. Secuencia del síntoma y/o Asociación de los síntomas con actividades específicas</p>	<p>58. Tengo sentimientos de tristeza y depresión:</p>	<p>4= A diario 3= Varias veces en la semana 2= Menos de una vez al mes 1= Mensual o en forma permanente</p>
<p><b>Intensidad</b> Severidad del síntoma</p>	<p>59. Siento que la intensidad de estos sentimientos de tristeza y depresión son:</p>	<p>4= Muy Altos 3= Bastantes 2= Regulares o medios 1= Mínima o ningunos</p>
<p><b>VIII. IRA HOSTILIDAD:</b> 60. Antes del evento cardíaco, ¿He tenido rabia, ira y hostilidad por algún motivo o razón? Sí la respuesta es NO, entonces pase a la pregunta No. 78 Sí la respuesta es SI, entonces conteste lo siguiente:</p>		<p>SI NO 2= Si 1= No</p>

<p><b>Calidad</b>  <i>Descripción del síntoma</i>  <i>localización</i>  <i>grado de respuesta frente a las intervenciones (afrontamiento)</i></p>	<p><b>Rasgos ira hostilidad</b>  <b>En la casa:</b>          61. <i>Siento que el ambiente en mi casa es hostil y agresivo:</i></p> <p>62. <i>He tenido rabia, ira y/o descargas explosivas en mi casa:</i></p> <p><b>Con el esposo o compañero sentimental (pareja)</b>          63. <i>Siento que mi pareja es hostil o agresivo conmigo.</i></p> <p>64. <i>En los últimos tiempos: horas, días, semanas: he sentido por mi pareja rabia o ira:</i></p> <p><b>En el trabajo:</b>          65. <i>Siento que el ambiente en mi trabajo es hostil y agresivo conmigo:</i></p> <p>66. <i>Cuando tengo rabia o ira en el trabajo:</i></p> <p><b>En el trabajo y en la casa</b>          67. <i>Creo que mi casa como el ambiente de trabajo me producen rabia u hostilidad.</i></p>	<p>4= SI, frecuentemente          3= Algunas veces          2= Casi nunca          1= Nunca o rara vez</p> <p>4= SI, frecuentemente          3= Algunas veces          2= Casi nunca          1= Nunca o rara vez</p> <p>4= SI, frecuentemente          3= Algunas veces          2= Casi nunca          1= Nunca o rara vez</p> <p>4= SI, frecuentemente          3= Algunas veces          2= Casi nunca          1= Nunca o rara vez</p> <p>4= SI, frecuentemente          3= Algunas veces          2= Casi nunca          1= Nunca o rara vez</p> <p>4= Exploto          3= Comento lo que pasa          2= Me callo, mejor no hablo          1= Busco ayuda</p> <p>4= SI, frecuentemente          3= Algunas veces          2= Casi nunca          1= Nunca o rara vez</p>
<p><b>Distrés</b>  <i>Afectación individual</i>  <i>Nivel de angustia percibido</i>  <i>sufrimiento o malestar que genera el síntoma</i></p>	<p>68. <i>Los problemas familiares me dan:</i></p> <p>69. <i>Los problemas con mi pareja me dan:</i></p> <p>70. <i>Los problemas laborales me dan:</i></p>	<p>4=Mucha angustia, me siento muy enferma          3=Un poco de angustia, pero siento que podría tolerarla          2=Un poco de angustia, no le presto cuidado          1=Nada de angustia</p> <p>4=Mucha angustia, me siento muy enferma          3=Un poco de</p>

	<p>71. Siento que no cuento con apoyo de mi familia y del trabajo y esto me da:</p>	<p>angustia, pero siento que podría tolerarla  2=Un poco de angustia, no le presto cuidado  1=Nada de angustia</p> <p>4=Mucha angustia, me siento muy enferma  3=Un poco de angustia, pero siento que podría tolerarla  2=Un poco de angustia, no le presto cuidado  1=Nada de angustia</p> <p>4=Mucha angustia, me siento muy enferma  3=Un poco de angustia, pero siento que podría tolerarla  2=Un poco de angustia, no le presto cuidado  1=Nada de angustia</p>
<p><b>Duración</b>  Tiempo de duración del síntoma: aislados o en grupos.  Secuencia del síntoma y/o Asociación de los síntomas con actividades específicas</p>	<p>72. Vengo sintiendo rabia o ira en mi casa hace:</p> <p>73. Vengo sintiéndome mal por el ambiente de mi trabajo hace:</p> <p>74. Vengo sintiendo rabia con mi pareja hace:</p>	<p>5= SI, frecuentemente  4= Algunas veces  3= Casi nunca  2= Nunca o rara vez  1= No tengo pareja en el momento</p> <p>5= SI, frecuentemente  4= Algunas veces  3= Casi nunca  2= Nunca o rara vez  1= No tengo pareja en el momento</p> <p>5= SI, frecuentemente  4= Algunas veces  3= Casi nunca  2= Nunca o rara vez  1= No tengo pareja en el momento</p>
<p><b>Intensidad</b>  Severidad del síntoma</p>	<p>75. La rabia o ira que he sentido en mi trabajo es:</p> <p>76. La ira que he sentido en mi casa es:</p>	<p>3= Mucha o alta  2= Regular o moderada  1= Ninguna o leve</p> <p>3= Mucha o alta</p>



	77. La ira que he sentido con mi pareja es:	2= Regular o moderada 1= Ninguna o leve  3= Mucha o alta 2= Regular o moderada 1= Ninguna o leve
<b>IX. DISTRES:</b> 78. ¿He sentido altos niveles de estrés por alguna razón, antes del evento cardíaco? Sí la respuesta es NO, entonces Sí la respuesta es SI, entonces conteste lo siguiente:		SI NO 2= Si 1= No
<b>Calidad</b> Descripción del síntoma localización grado de respuesta frente a las intervenciones (afrentamiento)	79. Siento que el ambiente en mi casa es estresante:  80. La relación con mi pareja me genera estrés y reactividad:  Si tiene trabajo por fuera de la casa: 81. Siento que el ambiente en mi trabajo es estresante:  Sino no tiene trabajo por fuera de la casa: 82. La falta de trabajo me estresa:	2= Si 1= No  2= Si 1= No  2= Si 1= No  2= Si 1= No
<b>Distres</b> Afectación individual Nivel de angustia percibido sufrimiento o malestar que genera el síntoma	83. La angustia de estar bajo estrés en forma permanente me genera:	4=Mucha angustia y no sé qué hacer 3=Un poco de angustia, pero puedo tolerarla 2=Un poco de angustia, no le presto cuidado 1=Nada de angustia
<b>Duración</b> Tiempo de duración del síntoma: aislados o en grupos. Secuencia del síntoma y/o Asociación de los síntomas con actividades específicas	84. Antes de enfermarme venía con altos niveles de estrés:	2= Si 1= No
<b>Intensidad</b> Severidad del síntoma	85. Puedo decir que el estrés que me produce el trabajo es:  86. Puedo decir que el estrés que me produce mi pareja es:  87. Puedo decir que el estrés que me produce la casa es:	3= Mucho o alto 2= Regular o moderado 1= Ninguno o muy poco  3= Mucho o alto 2= Regular o moderado 1= Ninguno o muy poco  3= Mucho o alto 2= Regular o

		<b><i>moderado</i></b> <b><i>1= Ninguno o muy poco</i></b>
--	--	---

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

## **Anexo 28. Instrumento Final para la valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria. “INSTRUMENT FOR EVALUATING SYMPTOMS OF CORONARY DISEASE IN WOMEN, *WSCDI*”**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

### **AUTO-INFORME**

#### ***INSTRUMENT FOR EVALUATING SYMPTOMS OF CORONARY DISEASE IN WOMEN (WSCDI)***

### **FICHA TECNICA**

**N ombre:** **WSCDI**, Instrument for Evaluating Symptoms of Coronary Disease in Women.

**Autor:** Cándida Rosa Castañeda Valencia.

**Procedencia:** Revisión integrativa y Conceptual Teórico Empírica de 30 piezas investigativas, publicadas en el periodo 2001 al 2012 de Síntomas Propios de la Mujer con Enfermedad Coronaria; orientado por la Teoría de Rango Medio: Teoría de los Síntomas Desagradables de Elizabeth Lenz y colaboradores (1º Concepto: síntomas) y apoyada en la Teoría Psicosocial de Lazarus y Folkman (1º concepto: evaluación primaria de emociones contenido negativo).

**Atributo central:** Los síntomas propios o comunes de la mujer con enfermedad coronaria, a saber: Disnea, Fatiga, Náuseas, Dolor, Otros síntomas fisiológicos no comunes y Síntomas psicosociales: Tristeza, Depresión, Ira/hostilidad y Distres. Subdimensiones de los síntomas: La calidad, nivel de angustia, duración e intensidad de los mismos.

**Finalidad:** Valoración comprensiva de los síntomas fisiológicos, psicológicos y psicosociales de la mujer con enfermedad coronaria. Parte A del Test: Síntomas psicofisiológicos y Parte B del Test: Síntomas Psicosociales. En adición, Instrumento diseñado para ayudar en la determinación de necesidades de cuidado susceptibles de intervenir.

**Aplicación:** Individual y colectiva, para el ámbito clínico.

**Ámbito de aplicación:** Mujeres (45 años en adelante) con signos y síntomas de enfermedad coronaria.

**Validación que posee:** Validación Facial y de Contenido.

**Tipo de instrumento:** Autoinforme Heteroaplicado Multidimensional.

**Tiempo de duración en la aplicación:** 40 minutos.

**Número de Ítems en la Versión original:** 67 ítems de sencilla aplicación.

**Versiones:** solo cuenta con la versión larga, la versión corta será un parte de los desarrollos futuros del instrumento.

### **INSTRUCCIONES PARA EL USO**

#### **A. ASPECTOS GENERALES PARA EL PERSONAL DE SALUD**

Este instrumento diseñado para ser utilizado por diversos profesionales de la salud, en especial para enfermería. Es determinante garantizar su aplicación en el momento más oportuno y en lo posible motivar a la persona para que lo desarrolle completamente.

Este instrumento, recoge información en el siguiente orden:

**1. Información inicial:** contiene información de aspectos personales y sociodemográficos de la mujer evaluada.

**2. Subdimensiones:** recoge información relativa a las dimensiones del atributo: síntomas de la mujer con enfermedad coronaria.

**3. Indicadores:**

- Los indicadores de los síntomas están enmarcados en las Teorías de Lenz (Teoría de Enfermería) y Lazarus y Folkman (Teoría Psicosocial)
- Es importante recalcar que todas las RESPUESTAS del instrumento se debe colocar a lo largo del reborde derecho del mismo formulario; allí están las opciones de respuesta, para que elija la opción más cercana a la experiencia de los síntomas.
- Si existe alguna duda en relación con los ítems o el diligenciamiento del instrumento, usted debe dar asesoría en estos temas SIENDO este es un punto vital para evitar distracciones o desmotivación en la persona evaluada.

**5. Comentarios:** Si usted durante el acompañamiento al diligenciar el instrumento, observa alguna conducta que llame su atención en la persona evaluada, puede anotar estas situaciones en la parte final del cuestionario, espacio denominado OBSERVACIONES; en consecuencia, elementos del lenguaje no verbal pueden nutrir y ser complementarios a la valoración integral de la mujer.

### **ASPECTOS ESPECÍFICOS**

1. DATOS PERSONALES: Inicie la valoración registrando: Nombre completo con los dos apellidos, identificación (cédula de ciudadanía), y número telefónico de la persona.

2. ANTECEDENTES PERSONALES: Es importante registrar al inicio de la valoración, los antecedentes personales y familiares, para permitir una valoración contextualizada.

3. FECHA DE LA VALORACION. Día, mes año y hora de valoración.

4. NOMBRE DEL EVALUADOR: colocar el nombre del profesional que acompaña y supervisa la realización de la valoración

### **INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA:**

- Historia de Diabetes Mellitus.
- Obesidad: IMC:
- Historia de Hipertensión arterial.
- Historia de Dislipidemia.
- Historia de tabaquismo.
- Vive siempre bajo Estrés.
- Posmenopausia.
- Antecedentes coronarios previos.
- Antecedentes de intervenciones coronarias previas.

### **INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA:**

- Nivel educativo.
- Lugar de Residencia.
- Teléfono.
- Estado civil.
- Ocupación.
- Profesión u oficio.
- Estabilidad laboral.

### **INFORMACIÓN FAMILIAR**

- Número de hijos.
- Personas con las que convive.
- Antecedentes familiares de enfermedad coronaria.

## **B. ASPECTOS GENERALES PARA LA MUJER QUE SERÁ EVALUADA**

Estimada Sra.: \_\_\_\_\_, primero que todo, deseamos agradecer su colaboración en diligenciar este documento, este instrumento debe en lo posible contestarlo en forma completa, para lo cual trate de concentrarse y dar respuesta de manera rápida y precisa; su desarrollo no tomará más 40 minutos.

Para la valoración de sus síntomas coronarios, usted debe ser lo más clara y honesta posible. Este instrumento, recoge información importante sobre sus SÍNTOMAS, cuyo interés en conocer sólo es de carácter clínico y científico; por tal razón un profesional de la salud le acompañará en este proceso y usted, en caso de necesidad, puede consultarle a él. Si se siente más cómoda, puede apoyarse en un familiar para contestar el formulario; el cual deberá leer y dar respuesta en adelante.

Este cuestionario tiene información en el siguiente orden:

1. Información inicial. La cual se le pedirá a usted y será registrada por el profesional en el formato.
3. Observaciones iniciales, como: colocar una X sobre la frase o respuesta más acorde con su vivencia.
5. Es importante recalcar que todas las RESPUESTAS del instrumento se debe colocar a lo largo del reborde derecho, allí están todas las opciones de respuesta, usted entonces debe elegir la opción más cercana a su vivencia
5. Por favor, responda cada uno de los interrogantes para poder hacer una valoración completa.
6. En caso de tener alguna duda, antes de contestar, asesórese o pregúntele al profesional encargado de acompañarlo en este proceso.

### **MARCO DE CONCEPTOS PARA EL INSTRUMENTO SEGÚN LA TEORIA DE ELIZABETH LENZ Y COLS., Y TEORIA PSICOSOCIAL DE LAZARUS Y FOLKMAN**

#### • **ATRIBUTO Y DIMENSIONES**

El instrumento se centra en la medición del **ATRIBUTO: SINTOMAS DESAGRADABLES**, descritos por Elizabeth Lenz y colaboradores, en su 1º concepto: “**SINTOMAS**” entre los cuales se incluyen como **DIMENSIONES: Dolor, disnea, fatiga y náuseas**; “Son un indicador de percepción de cambio en el funcionamiento normal experimentado por los pacientes, la conceptualización de cada síntoma puede ser una experiencia multidimensional que puede ser medida separada o en combinación con otros síntomas; estos síntomas llamados clústers, manifestaciones comunes a las personas con enfermedad coronaria; los cuales pueden ser asumidos de forma aislado o separada, pero en realidad cada uno está relacionado con otro síntoma”.<sup>776</sup>

#### • **INDICADORES**

Se clasifican como **INDICADORES DEL ATRIBUTO: SINTOMAS DESAGRADABLES**, los cuales permiten medir su experiencia e impacto sobre la mujer con enfermedad coronaria: **Calidad, intensidad o fuerza del síntoma, tiempo:** relacionado con la duración y frecuencia, **distrés o nivel de angustia percibido**, referido este último a la presión aplicada en la producción o restricción de la actividad física o mental; para ello, el sufrimiento correspondería a la cantidad de malestar que causa la sensación.

Respecto al componente psicosocial, valorado desde la Teoría de la cognición sobre la emoción y la conducta concreta de Lazarus y Folkman, constructo que inicia con la percepción del síntoma y finaliza en la evolución del enfrentamiento de la enfermedad; se articula el componente: **EVALUACIÓN PRIMARIA**, el cual **se enfoca en el factor estresante percibido por la persona**, donde se **incluyen diversas emociones de componente negativo, a saber: tristeza, depresión, distrés y el complejo ira/hostilidad**, sentimiento subyacentes asociados a la cardiopatía isquémica en la mujer, denominados desde la Teoría de Lenz como Síntomas N para el instrumento.

1. **DURACION (TIMING):** Se refiere a la prolongación o **duración** en el tiempo de la experiencia del síntoma, esta característica puede incluir el grupo de síntomas, describir la cronología o secuencias de cada síntoma aislado; atañe no solo **la frecuencia** o periodicidad de aparición de los síntomas, los cuales pueden

---

<sup>776</sup> LENZ, Elizabeth et al. Op. cit., p. 14-27.

ser: expresiones intermitentes, persistentes o permanentes (crónicos). Aquí se tiene en cuenta: **la asociación de los síntomas con actividades** específicas.

**2. CALIDAD (QUALITY):** Relacionado con la naturaleza del síntoma y su manifestación. La calidad es claro reflejo del vocabulario usado para describir cómo se siente el síntoma.<sup>777</sup> **Son las características reflejadas de cada síntoma**, que en ocasiones tienen aspectos únicos y específicos. Los descriptores de cada síntoma incluyen: su **localización** y **el grado de respuesta** ante ciertas intervenciones. La descripción de la calidad de los síntomas depende de la habilidad de la persona para diferenciar, describir y verbalizar lo que él o ella están experimentando; conceptos estrechamente ligados a las características de la persona referente al: nivel educativo, habilidades comunicativas y a desórdenes perceptuales que pueden afectar aspectos centrales de la experiencia del síntoma;<sup>778</sup> por tanto, en esta dimensión se encuentra la mayor variabilidad individual y en el grupo de mujeres las mayores limitaciones.

**3. INTENSIDAD (INTENSITY):** Relativo al grado, **fuerza o la severidad del síntoma**: Según Lenz es la dimensión del síntoma que más orienta la evaluación y la investigación. En este sentido múltiples investigaciones confrontan a la investigación frente a la problemática de la valoración de esta dimensión por parte de las mujeres con enfermedad coronaria, puesto que muchas no logran precisar de manera específica el dolor, demostrando tendencia a minimizar los síntomas.

**4. ANGUSTIA (DISTRESS):** **Se refiere al grado de afectación emocional o afectiva que sufre la persona por el síntoma.** Un síntoma severo puede ser incapacitante y en algunos otros individuos puede producir molestias menores o leves, lo cual permite no solo valorar el nivel de afectación individual como también el significado que estos le dan a los síntomas. Es la dimensión que más contribuye al concepto de calidad de vida y está en íntima relación con la dimensión afectiva del dolor.<sup>779</sup>

#### **RECOMENDACIONES FINALES:**

A continuación se presentan una serie de preguntas sobre LOS SÍNTOMAS EN LA MUJER CON ENFERMEDAD CORONARIA. Para su aplicación usted debe acompañar a la paciente, generar un ambiente de empatía necesario para que desarrolle el cuestionario en forma adecuada y para el caso se puede permitir la presencia de la familia, contando previamente con la autorización y disposición de la persona para realizar esta actividad. Los antecedentes sociodemográficos, epidemiológicos, en lo posible usted los debe indagar y completar en el formato. En el borde derecho del cuestionario, usted puede ubicar las formas de responder, por lo tanto debe animar a la persona a desarrollar toda la evaluación completa:

El cuestionario se divide en dos partes importantes:

**PARTE A: Subescala de síntomas fisiológicos** y psicológicos. Conocidos como síntomas descriptores de la enfermedad coronaria.

**PARTE B: Subescala de síntomas Psicosociales.** Sustentados en evidencia científica de alta ponderación, que indica su importancia como disparadores y elementos propios que orientan eventos cardiovasculares. Los puntajes obtenidos en cada uno de los ítems, son registrados en el mismo formato, en la parte final del instrumento, donde se deja constancia de la capacidad discriminativa tanto de estos elementos de valoración, como del conjunto de síntomas.

#### **PIEZAS INVESTIGATIVAS ORIENTADORAS DEL INSTRUMENTO**

Pieza investigativa (E.CUALITATIVO): TOBO MEDINA Natalia y CANAVAL ERAZO Gladys Eugenia. Las emociones y el estrés en personas con enfermedad coronaria. En: Revista Aquichan. Chía Colombia, Abril 2010. Vol. 10 No. 1 P.19-33.

Pieza Investigativa (E.SUMATIVO). SMITH Patrick J. and BLUMENTHAL James A. Psychiatric and Behavioral Aspects of Cardiovascular Disease: Epidemiology, Mechanisms, and Treatment: Update: Systemic Diseases and the Cardiovascular System (IX). En: Revista Española de Cardiología. España, 2011. Vol. 64 No. 10 P. 924-933.

<sup>777</sup> LENZ, Elizabeth et al. Op. cit., p. 17.

<sup>778</sup> Ibid., p. 17-18.

<sup>779</sup> Ibid., p.18.

Pieza Investigativa (E.SUMATIVO). RINCÓN OSORIO Fanny. La Mujer con Enfermedad Coronaria: Pautas para Volver a Pensar en su Cuidado. En: Enfermería Cardiovascular. Sociedad colombiana de Cardiología, Capítulo de Enfermería y Universidad Nacional de Colombia. Editorial Distribuna. Bogotá 2008. P. 131-142.

Pieza investigativa (E.CUANTITATIVO). MACKAY, MH. RATNER PA. JHONSON JL. HUMPHRIER KH. BULLER CE. Gender Differences in Symptoms of Myocardial Ischaemia. In: European Heart Journal. 2011. Vol. 32 No. 24 P. 3107-3114.

Pieza investigativa (E.CUANTITATIVO). KLIGERMAN Seth and WHITE Charlie. Assessment of Acute Chest Pain in the Emergency Department: Evaluation of the Rule Out Myocardial Infarction Using Computer Assisted Tomography (ROMICAT) Trial and Its Future Complications. In: Current Cardiology Report. Baltimore USA, 2011. Vol.13 P. 6-8.

Pieza Investigativa (E.SUMATIVO). BARCLAY Laurie and LIE Désirée. Acute coronary Syndromes May Be Misdiagnosed in Women. In: Medscape Education. USA, december 14, 2007. 5 p.

Pieza Investigativa (E.CUANTITATIVO). RAVN-FISHER A. CAIDAH K. HARTFORD M. KARLSON T, SKIHGREN S and PERERS E. Community-Based Gender Perspectives of Triage and Treatment in Suspect Myocardial Infarction. In: International Journal of Cardiology. Vol. 156. Göteborg Sweden, 2012. P. 139-143.

Pieza Investigativa (E.CUANTITATIVO). RACINE Mélanie et al. A Systematic Literature Review of 10 Years of Research on Sex/Gender and Experimental Pain Perception. Part 1: ¿Are There Really Differences Between Women and Men? In: PAIN. Montreal Quebec, Canada March, 2012 Vol. 153 No. 3 P. 602-618.

Pieza Investigativa (E.CUANTITATIVO). RACINE Mélanie, et al. A Systematic Literature Review of 10 Years of Research on Sex/Gender and Experimental Pain Perception. Part 2: ¿Do Biopsychosocial Factors Alter Pain Sensitivity Differently in Women and Men? In: PAIN. Montreal Quebec, Canada March, 2012 Vol. 153 No. 3 P. 619-635.

Pieza Investigativa (E.CUALITATIVO). MILLAN Eileen Maryibe, DIAZ H. Luz Patricia. Experiencia del dolor torácico en la mujer con infarto agudo de miocardio. En: Avances en Enfermería. Chía Cundinamarca, 2009. Vol. XXVII No.2 P.33-42.

Pieza Investigativa (E.CUALITATIVO). RINCON O. Fanny, GARNICA Gloria, DURAN DE VILLALOBOS María Mercedes, RODRIGUEZ Jaime. Caracterización de los síntomas de angina en un grupo de mujeres con prueba de esfuerzo positiva. En: revista colombiana de cardiología. Bogotá, mayo-junio, 2007. Vol.14 No.3 P.159-172.

Pieza Investigativa (E.CUANTITATIVO). O'BRIEN F. MCKEE G. MOSER D. O'DONNELL S. MOONEY M. Acute coronary syndrome symptoms in patients presenting to accident and emergency departments in Ireland. Abstracts of the 9th Annual Spring Meeting on Cardiovascular Nursing / European Journal of Cardiovascular Nursing. In: Journal of Cardiovascular Nursing. Kentucky USA, 2009 P. S1-S52.

Pieza Investigativa (E.CUALITATIVO). SOTO MORALES Alejandra María. Factores que intervienen en la demora de la solicitud de atención médica o de enfermería, en mujeres que presentan dolor torácico de origen coronario. En: Avances en Enfermería. Chía Cundinamarca, 2007. Vol. XXV No.2 P.58-64.

Pieza Investigativa (E.CUALITATIVO). CORTES CASTRO, Luis Alberto. Tipificación del síntoma dolor torácico tipo isquémico en la mujer, a la luz de la Teoría de los Síntomas Desagradables. En: Revista Avances en Enfermería. Chía Cundinamarca Colombia, 2007. Vol. XXV No. 2 P. 76-78.

Pieza Investigativa (E.CUALITATIVO). TAJER Débora. Mujeres y enfermedad cardiovascular. Género y subjetividad en la construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en mujeres jóvenes. En: Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario de investigaciones. Buenos Aires, Argentina noviembre, 2005. Vol. XIII. P. 239-248.

Pieza Investigativa (E.CUANTITATIVO). WANG H.-X., LEINWEBER C., KIRKEEIDE R., SVANE B., SCHENCK-GUSTAFSSON K., THEORELL & ORTH-GOMER K. Psychosocial Stress and Atherosclerosis: Family and Work Stress Accelerate Progression of Coronary Disease in Women. The Stockholm Female Coronary Angiography Study. In: Journal of Internal Medicine. Houston Texas USA, 2007. Blackwell Publishing Ltd. Vol. 261. P. 245-254.

Pieza Investigativa (E.CUANTITATIVO). OLSON Marian B. Et al. Symptoms, Myocardial Ischemia and Quality of life in women: Results from the NHLBI-sponsored WISE Study. *In:* European Heart Journal. Los Angeles California USA, 2003 Vol. 24 P. 1506–1514.

Pieza Investigativa (E.SUMATIVO). SHAW Leslee et al., STATE-OF-THE-ART PAPER: Insights From the NHLBI-Sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) Study. Part I: Gender Differences in Traditional and Novel Risk Factors, Symptom Evaluation, and Gender- Optimized Diagnostic Strategies. *In:* Journal of American College of Physician. USA, 2006. Vol. 47.P.21-29.

Pieza Investigativa (E.SUMATIVO). BAIREY MERZ C. Noel. Et al. STATE-OF-THE-ART PAPER: Insights From the NHLBI-Sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) Study. Part II: Gender Differences in Presentation, Diagnosis, and Outcome With Regard to Gender-Based Pathophysiology of Atherosclerosis and Macrovascular and Microvascular Coronary Disease. *In:* Journal American College of Cardiology. Florida, United States of North America. February 7, 2006. Vol. 47 No. 3 Supplement S. P. 4S–20S

Pieza Investigativa (E.SUMATIVO). LERMAN Amir and SOPKO George. Women and Cardiovascular Heart Disease: Clinical Implications from the Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) Study ¿ Are We Smarter? *In:* Journal of the American College of Cardiology JACC, USA, February 7, 2006 Vol. 47, No. 3 Supplement S. P.59S– 62S

Pieza Investigativa (E.SUMATIVO). ARSLANIAN ENGOREN Cynthia and ENGOREN Milo. Physiological and Anatomical Bases for Sex Differences in Pain and Nausea as Presenting Symptoms of Acute Coronary Syndromes. *In:* Heart & Lung. USA, September-October 2010. Vol. 39 P. 386-393.

Pieza Investigativa (E.SUMATIVO). VACCARINO Viola. Et al. Ischaemic Heart Disease in Women: Are There Sex Differences in Pathophysiology and Risk Factors? Position Paper from the Working Group on Coronary Pathophysiology and Microcirculation of the European Society of Cardiology. *In:* Cardiovascular Research. 2011 Vol. 90 9-17.

Pieza Investigativa (E.CUANTITATIVO). YOUNG HWANG Seon, ZERWIC Julie J. and HO JEONG Myung. Impact of Prodromal Symptoms on Prehospital Delay in Patients with First-Time Acute Myocardial Infarction in Korea. *In:* Journal of Cardiovascular Nursing. Korea, mayo-junio 2011. Vol. 26 No. 3 P. 194-201.

Pieza Investigativa (E.SUMATIVO). DEVON Holli A. SABAN Karen L. and GARRET Donna K. Recognizing and Responding to Symptoms of acute coronary Syndromes and Stroke in Women. *In:* JOGNN. JOGNN and the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. California USA. 2011. Vol. 40 No. 3. P. 372-382.

Pieza Investigativa (E.SUMATIVO). CANTO John G. GOLDBERG Robert J. HAND Mary M. BONOW Robert O. SOPKO George, PEPINE Carl J. And LONG Terry. Symptom Presentation of Women with Acute Coronary Syndromes: Myth vs. Reality. *In:* Archives of internal Medicine. December10, 2007. Vol. 167. No. 22. P. 2405-2413.

Pieza Investigativa (E.SUMATIVO). LEUZZI C. Coronary Artery Disease: Clinical Presentation, Diagnosis and Prognosis in Women. *In:* Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Disease. 2010 No. 20. P. 426-435.

Pieza Investigativa (E.CUANTITATIVO). D' ANTONO Bianca, DUPUES Gilles, FORTIN Christophe, ARSENAULT Andre and BURELLE Denis. Angina Symptoms in Men and Women with Stable Coronary Artery Disease and Evidence of Exercise-induced Myocardial Perfusion Defects. Montreal Quebec Canada. *In:* American Heart Journal. 2006. Vol.151 No. 4 P. 813-819.

Pieza Investigativa (E.SUMATIVO). DEVON Holli A. SABAN Karen L. and GARRET Donna K. Recognizing and Responding to Symptoms of acute coronary Syndromes and Stroke in Women. *In:* JOGNN. JOGNN and the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. California USA. 2011. Vol. 40 No. 3. P. 372-382.

Pieza Investigativa (E.CUANTITATIVO). MIERES Jennifer H. et a. Signs and Symptoms of Suspected Myocardial Ischemia in Women: Results from the What is the Optimal Method for Ischemia Evaluation in Women? Trial. *In:* Journal of Women's Health. New York USA, 2011. Vol. 20 No. 9 P. 1261-1269.



Pieza Investigativa (E.CUANTITATIVO). MCSWEENEY Jean C. CLEVES Mario A. WEIZHI Zhao, LEFLER Leanne L. And SHENGPING Yang. Cluster Analysis of Women's Prodromal and Acute Myocardial Infarction Symptoms by Race and Other Characteristics. In: Journal Cardiovascular Nursing. USA, 2010. Vol. 25 No. 4 P. 311-322.

**TOTAL PIEZAS INVESTIGATIVAS: ESTUDIOS CUALITATIVOS: 6 (Enfermería 5, Psicología: 1). ESTUDIOS CUANTITATIVOS: 12 (Medicina: 10, Enfermería: 2). ESTUDIOS SUMATIVOS: 12 (Medicina: 10, Enfermería: 2). TOTAL: 30 ARTICULOS CIENTIFICOS**

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

**INTRUMENTO PARA LA VALORACION DE LOS SINTOMAS EN LA MUJER  
CON ENFERMEDAD CORONARIA  
(INSTRUMENT FOR EVALUATING SYMPTOMS OF CORONARY DISEASE  
IN WOMEN (WSCDI))**

Primera Edición. Versión en Español 2013

**Grupo de Investigación**

“Cuidado para la Salud Cardiovascular”

**Línea de Investigación:**

“Mujer con Enfermedad Coronaria”

**Maestría Enfermería: Cuidado para la Salud Cardiovascular**

Universidad Nacional de Colombia

Bogotá

2013

**WSCDI** Es un instrumento multidimensional diseñado y validado para la valoración sistemática y específica de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria, a la luz de Teoría de los Síntomas Desagradables de Elizabeth Lenz y cols., y de la Teoría Psicosocial de Lazarus y Folkman: Teoría de la Cognición sobre la emoción y la conducta concreta; fue desarrollado por: Cándida Rosa Castañeda Valencia, estudiante de Maestría en Enfermería con énfasis en Cuidado para la salud Cardiovascular, de la Universidad Nacional de Colombia. Versión única en español. 2013.

Fecha: D: \_\_\_ M: \_\_\_ A: \_\_\_ hora: \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_ UNIDAD: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA PERSONA:**

Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

Nivel educativo: \_\_\_\_\_ Barrio donde vive: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Profesión u oficio: \_\_\_\_\_ Sitio de trabajo: \_\_\_\_\_

No. De personas que conviven en su casa: \_\_\_\_\_ No. De hijos: \_\_\_\_\_

Antecedentes personales: DM: \_\_\_ HTA: \_\_\_ OBESIDAD: \_\_\_ DLP: \_\_\_ FUMA/FUMÓ: \_\_\_\_\_

Vive siempre bajo estrés: \_\_\_\_\_ Antecedentes Coronarios en la familia: \_\_\_\_\_

Antecedentes de eventos coronarios: SI: \_\_\_ NO: \_\_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

Intervenciones coronarias previas: SI: \_\_\_ NO: \_\_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

Estado de Salud Actual: \_\_\_\_\_

Profesional de Enfermería responsable de la valoración: \_\_\_\_\_

## INTRUMENTO DEFINITIVO PARA LA VALORACION DE LOS SINTOMAS EN LA MUJER CON ENFERMEDAD CORONARIA.

-WSCDI-

(INSTRUMENT FOR EVALUATING SYMPTOMS OF CORONARY DISEASE IN WOMEN)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Reconociendo que tuve un evento cardiaco, deseo dejar registrada en forma VOLUNTARIA los SINTOMAS que experimente durante este EVENTO CORONARIO. Al lado derecho ubico las respuestas marcadas con una X.

Un ejemplo sencillo es: ¿En este evento cardiaco, sentí dolor o molestia en el pecho o en alguna otra parte del cuerpo (espalda, hombros, brazos, cuello o mandíbula)? SI (X) NO ()

SUBDIMENSIONES O SINTOMAS	DEFINICION OPERATIVA DE LOS ITEMS O PREGUNTAS	Criterios operativos de Valoración O ALTERNATIVA DE RESPUESTA
<b>PARTE A: SINTOMAS PSICO-FISIOLOGICOS</b>		
<b>I. DOLOR CORONARIO tipo isquémico:</b> (entendido como: dolor en el pecho, angina de pecho, malestar cardiaco)		
<b>1. ¿En este evento cardiaco, sentí dolor o molestia en el pecho o en alguna otra parte del cuerpo (espalda, hombros, brazos, cuello o mandíbula)?</b>		
Si la respuesta es NO, entonces pase a la pregunta No. 13 Si la respuesta es SI, conteste lo siguiente:		
<b>Calidad</b> Descripción del síntoma localización grado de respuesta frente a las intervenciones (afrontamiento)	Descripción del síntoma <b>2. Este dolor o molestia lo describiría como:</b>  <b>3. Este síntoma se me presentó de esta forma:</b>  Localización <b>4. El dolor o molestia se localizó en esta parte:</b>  Irradiación <b>5. El dolor o molestia se me fue a esta parte del cuerpo:</b>  Significado <b>6. Pensé que el dolor o molestia era causado por:</b>  Desencadenante <b>7. Este dolor o molestia me empezó cuando estaba:</b>	2= Si 1= No  5= Un dolor muy agudo 4= Una opresión, tipo peso, pesadez o apretamiento cardiaco en la mitad del pecho o al lado izquierdo 3= Una sensación punzante, tipo puñalada, picada o dolor penetrante 2= Una sensación quemante, tipo ardor o quemazón en el pecho. 1=Ninguna de las anteriores  3= Brusca y en aumento. 2= Era intermitente: aparecía y desaparecía. 1= Lento, era seguido o persistente  5= En el centro del pecho o al lado izquierdo del mismo. 4= En el cuello, a nivel de la garganta y/o

	<p>Afrontamiento</p> <p><b>8. Para aliviar este dolor o molestia, decidí hacer:</b></p>	<p>mandíbula.</p> <p>3= En la parte media de la espalda</p> <p>2= En la parte alta de la espalda más hacia la izquierda.</p> <p>1= En la boca del estomago</p> <hr/> <p>5= Hacia el cuello y mandíbula</p> <p>4= Hacia el hombro izquierdo y/o mano izquierda</p> <p>3= Hacia la espalda, y/o escápula izquierda</p> <p>2= Hacia el lado derecho del pecho, del tórax o el hombro.</p> <p>1=Al abdomen y/o otra parte del cuerpo distinta a las anteriores</p> <hr/> <p>5= En realidad no supe que lo ocasionaba</p> <p>4= Por estrés mental y/o ejercicio</p> <p>3=Problemas gástricos o acidez estomacal</p> <p>2= Problemas respiratorios</p> <p>1= Problemas cardiacos</p> <hr/> <p>5= Descansando, en reposo o durmiendo</p> <p>4= Haciendo los oficios normales de la casa o en el trabajo</p> <p>3= Caminando</p> <p>2=Haciendo ejercicio físico intenso y/o en el gimnasio.</p> <p>1= Haciendo otra actividad</p> <hr/> <p>5= Ejercicio u oficio a ver si se me quitaba</p> <p>4= Nada, no le puse cuidado y esperé a que se me pasara</p> <p>3=Decidí tomar líquido y/o una pastilla para el dolor</p> <p>2=Guarde reposo y le comente a alguien</p> <p>1=Asistir a consulta médica</p>
--	---	--

<p><b>Distrés</b> Afectación individual Nivel de angustia percibido sufrimiento o malestar que genera el síntoma</p>	<p><b>9. El nivel de angustia que me provocó el dolor o molestia fue:</b></p>	<p>4= Mucha, sentí que me iba a morir 3= Un poco, sentí que podía tolerarlo 2= Muy poca, no le preste cuidado 1= Ninguna</p>
<p><b>Duración</b> Tiempo de duración del síntoma: aislados o en grupos. Secuencia del síntoma y/o Asociación de los síntomas con actividades específicas</p>	<p><b>10. El tiempo aproximado de duración del dolor o la molestia fue:</b> <b>Tiempo exacto:</b>_____</p> <p><b>11. El tiempo aproximado que tomé para ir a consulta médica fue:</b> <b>Tiempo exacto:</b>_____</p>	<p>5= Demasiado, más de 1 hora 4= De 30 minutos a una hora 3= 15 a 30 minutos 2= 5 a 15 minutos 1= Menos de 5 minutos</p> <p>5= Decidí NO ir al médico 4= Mas de 6 horas 3= De 3 a 6 horas 2= De 30 minutos a 3 horas 1= Menos de 30 minutos y/o me fui a consulta inmediatamente</p>
<p><b>Intensidad</b> Severidad del síntoma</p>	<p><b>12. La intensidad del dolor o la molestia fue:</b></p>	<p>3= Alta, una verdadera amenaza para mi vida 2= Moderada o término medio 1= Mínima o leve</p>
<p><b>II. DISNEA:</b> (entendida como: sensación de ahogo, asfixia, dificultad para respirar, falta de aire o de aliento, sentirse alcanzada de la respiración) <b>13. ¿Sentí falta de aire, asfixia o estaba alcanzada de la respiración?</b></p> <p><b>Si la respuesta es NO, entonces pase a la pregunta No. 19</b> <b>Si la respuesta es SI, entonces conteste lo siguiente:</b></p>		
<p><b>Calidad</b> Descripción del síntoma localización grado de respuesta frente a las intervenciones (afrontamiento)</p>	<p>Afrontamiento</p> <p><b>14. Cuando sentí la falta de aire, decidí hacer:</b></p> <p><b>15. El tiempo aproximado que tomé para ir a consulta médica por este síntoma fue:</b> <b>Tiempo exacto:</b>_____</p>	<p>2= Si 1= No</p> <p>4= Nada, pensé que se me pasaría solo 3= Le conté a un familiar/conocido 2= Dejé lo que estaba haciendo y/o me quedé quieta. 1= Me recosté o guardé reposo 1= Ir a consulta médica</p> <p>5= Decidí NO ir al médico 4= Mas de 6 horas 3= De 3 a 6 horas 2= De 30 minutos a 3 horas 1= Menos de 30 minutos y/o me fui a consulta inmediatamente</p>
<p><b>Distrés</b> Afectación individual Nivel de angustia</p>	<p><b>16. La angustia que sentí por la falta de aire fue:</b></p>	<p>3= Mucha, sentí que me iba a morir 2= Un poco, sentí que</p>

<i>percibido sufrimiento o malestar que genera el síntoma</i>		<i>podía tolerarlo</i> 1= <i>Muy poca, no le preste cuidado</i>
<b>Duración</b> <i>Tiempo de duración del síntoma: aislados o en grupos. Secuencia del síntoma y/o Asociación de los síntomas con actividades específicas</i>	<b>17. La falta de aire tuvo una duración aproximada de:</b> <b>Tiempo exacto:</b> _____	5= <i>Demasiado, más de 1 hora</i> 4= <i>De 30 minutos a una hora</i> 3= <i>15 a 30 minutos</i> 2= <i>5 a 15 minutos</i> 1= <i>Menos de 5 minutos</i>
<b>Intensidad</b> <i>Severidad del síntoma</i>	<b>18. La intensidad de la falta de aire fue:</b>	3= <i>Muy alta, no la podía aguantar</i> 2= <i>Moderada, sentí que podía aguantarla</i> 1= <i>Mínima o leve</i>
<b>III. FATIGA:</b> <i>(entendida como: cansancio injustificado, pérdida de energía, sensación de debilidad)</i> <b>19. ¿Sentí, desaliento, debilidad o cansancio injustificado?</b>  <b>Si la respuesta es NO, entonces pase a la pregunta No. 26</b> <b>Si la respuesta es SI, entonces conteste lo siguiente:</b>		2= <i>Si</i> 1= <i>No</i>
<b>Calidad</b> <i>Descripción del síntoma localización grado de respuesta frente a las intervenciones (afrentamiento)</i>	Afrontamiento <b>20. Cuando sentí este síntoma decidí hacer:</b>  Significado <b>21. Pensé que el dolor o molestia era causado por:</b>  Afrontamiento <b>22. El tiempo aproximado que tomé para ir a consulta médica por este síntoma fue:</b> <b>Tiempo exacto:</b> _____	5= <i>Nada, no le puse cuidado, espere que se me pasara</i> 4= <i>Le conté a un familiar/conocido</i> 3= <i>Dejé lo que estaba haciendo y me puse a respirar</i> 2= <i>Guarde reposo y/o le comente a alguien</i> 1= <i>Asistir a consulta médica</i>  5= <i>En realidad no supe por qué</i> 4= <i>Estrés mental y/o emociones</i> 3= <i>Problemas musculares</i> 2= <i>Problemas respiratorios</i> 1= <i>Problemas cardíacos</i>  5= <i>Decidí NO ir al médico</i> 4= <i>Mas de 6 horas</i> 3= <i>De 3 a 6 horas</i> 2= <i>De 30 minutos a 3 horas</i> 1= <i>Menos de 30 minutos y/o me fui a consulta inmediatamente</i> 4= <i>Mucha, me sentí morir</i>
<b>Distrés</b> <i>afectación individual</i>	<b>23. El nivel de angustia que sentí por el síntoma fue:</b>	4= <i>Mucha, me sentí morir</i>

Nivel de angustia percibido sufrimiento o malestar que genera el síntoma		3= Un poco, sentí que podía tolerarlo 2= Muy poca, no le preste cuidado 1=Nada
<b>Duración</b> Tiempo de duración del síntoma: aislados o en grupos. Secuencia del síntoma y/o Asociación de los síntomas con actividades específicas	<b>24. La duración de esta debilidad o desaliento fue de:</b> <b>Tiempo exacto:</b> _____	5= Más de 1 hora 4= De 30 minutos a una hora 3= 15 a 30 minutos 2= 5 a 15 minutos 1= Menos de 5 minutos
<b>Intensidad</b> Severidad del síntoma	<b>25. La intensidad de la debilidad o desaliento fue:</b>	3= Muy alta, no la podía aguantar 2=Moderada, sentí poder aguantarla 1= Mínima o leve
<b>IV. NAUSEAS:</b> (entendida como: deseos de vomitar o traspasar) <b>26 ¿Sentí náuseas o deseos de vomitar?</b>		
Sí la respuesta es NO, entonces pase a la pregunta No. 31 Sí la respuesta es SI, entonces conteste lo siguiente:		2= Si 1= No
<b>Calidad</b> Descripción del síntoma localización grado de respuesta frente a las intervenciones (afrentamiento)	Afrontamiento <b>27.Cuando aparecieron las náuseas o deseos de vomitar, decidí hacer:</b>	5= Nada, deje que se me pasaran 4=Le conté a un familiar/conocido 3= Dejé lo que estaba haciendo e intenté vomitar 2=Decidí no tomar ni comer nada 1=Acudir al médico
<b>Distrés</b> Afectación individual Nivel de angustia percibido sufrimiento o malestar que genera el síntoma	<b>28. La angustia que sentí por este síntoma fue:</b>	4= Mucha, me sentí muy enferma 3= Un poco, sentí que me pasaría 2= Muy poca, no le preste cuidado 1= Nada
<b>Duración</b> Tiempo de duración del síntoma: aislados o en grupos. Secuencia del síntoma y/o Asociación de los síntomas con actividades específicas	<b>29. El tiempo de duración de este síntoma fue:</b> <b>Tiempo exacto:</b> _____	5= Más de 1 hora 4= De 30 minutos a una hora 3= 15 a 30 minutos 2= 5 a 15 minutos 1= Menos de 5 minutos
<b>Intensidad</b> Severidad del síntoma	<b>30. La intensidad de las náuseas o ganas de vomitar fue:</b>	3= Muy alta, no las podía aguantar 2=Moderada, sentí poder aguantarlas 1= Mínima o leves
<b>V. OTROS SÍNTOMAS FISIOLÓGICOS MENORES:</b> (entendidos como: síntomas que		

<i>acompañan al evento coronario pero de menor relevancia: dolor de cabeza, sudor, palpitaciones, escalofrío, entumecimiento, mareo)</i>		
<b>31. ¿Sentí otros síntomas o molestias diferentes a los anteriores?</b>		
<b>Sí la respuesta es NO, entonces pase a la pregunta No. 40</b>		2= Si
<b>Sí la respuesta es SI, entonces conteste lo siguiente:</b>		1= No
<b>Calidad</b> <i>Descripción del síntoma localización grado de respuesta frente a las intervenciones (afrentamiento)</i>	Síntomas asociados de categoría menor Síntomas Prodrómicos <b>32. Estos síntomas, principalmente fueron:</b>  <b>33. El número de estos síntomas fueron:</b>  Significado <b>34. Pensé que estos síntomas eran causados por:</b>  Afrontamiento <b>35. Cuando sentí estos síntomas o molestias, decidí hacer:</b>	4=Sudor frío y/o escalofrío 3=Palpitaciones y/o visión borrosa 2=Mareo y/o pérdida del sentido 2=Dolor de cabeza y/o entumecimiento de alguna parte del cuerpo 1=Sentí otros  5= Más de cinco 4=De tres a cuatro 3= De dos a tres 2= De uno a dos 1=Solo Uno  5=No supe interpretar su causa 4=Problemas de estrés y/o cerebrales 3=Problemas estomacales y/o abdominales 2=Problemas respiratorios 1= Problemas cardiacos y/o por la presión arterial  4= Ejercicio u oficio a ver si se me quitaba 3=Tomé medicamentos y/o me hice remedios 2= Nada, no les puse cuidado, pensé que se me pasarían solos 2= Me quede quieta, reposé. 1= Consulté al médico
<b>Distrés</b> <i>Afectación individual Nivel de angustia percibido sufrimiento o malestar que genera el síntoma</i>	<b>36. La angustia o preocupación que sentí por estos síntomas fue:</b>	3= Muy alta, no los podía aguantar 2=Moderada, podía aguantarlos 1= Mínima o leves
<b>Duración</b> <i>Tiempo de duración del síntoma: aislados o en grupos. Secuencia del síntoma y/o Asociación de los</i>	<b>37. Recuerdo que estos síntomas los sentía:</b>  <b>38. El tiempo aproximado de duración de estos síntomas era de:</b>	4= A diario 3= Varias veces a la semana 2= Varias veces al mes 1= Muy de vez en cuando



<i>síntomas con actividades específicas</i>		5= Más de 1 hora 4= De 30 minutos a una hora 3= 15 a 30 minutos 2= 5 a 15 minutos 1= Menos de 5 minutos
<b>Intensidad</b> <i>Severidad del síntoma</i>	<b>39. La intensidad de estos síntomas fue:</b>	3= Muy alta 2= Regular o medio 1= Mínima
<b>PARTE B: SINTOMAS PSICOSOCIALES</b>		
<b>VI. TRISTEZA:</b> (entendida como: decaimiento, sensación de vacío debido a un evento de pérdida, herida emocional o espiritual, pero sin perder la capacidad de afrontar la vida)		
<b>40. Sentí tristeza, desanimo o decaimiento, pero seguía funcionando de forma normal?</b>		
<b>Sí la respuesta es NO, entonces pase a la pregunta No. 45</b> <b>Sí la respuesta es SI, entonces conteste lo siguiente:</b>		2= Si 1= No
<b>Calidad</b> <i>Descripción del síntoma localización grado de respuesta frente a las intervenciones (afrontamiento)</i>	Componente emocional de la depresión <b>41. Para aliviar este sentimiento decidí hacer:</b>	4= Nada, dejé que se me pasara 3=Me hago remedios caseros 2=Le conté a alguien 1=Consulté al médico o al psicólogo
<b>Distrés</b> <i>Afectación individual Nivel de angustia percibido sufrimiento o malestar que genera el síntoma</i>	<b>42. El nivel de angustia que sentí por este sentimiento fue:</b>	3= Muy alta, lloré mucho y/o me preocupe 2=Moderada, podía aguantarla 1= Mínima
<b>Duración</b> <i>Tiempo de duración del síntoma: aislados o en grupos. Secuencia del síntoma y/o Asociación de los síntomas con actividades específicas</i>	<b>43. La duración aproximada de este sentimiento fue:</b>	4= Permanente y/o varias veces al día y/o aun la siento 3= Varias veces a la semana 2= Varias veces al mes 1= Esporádica
<b>Intensidad</b> <i>Severidad del síntoma</i>	<b>44. La intensidad de este sentimiento era:</b>	3= Muy alta 2= Regular o medio 1= Mínima
<b>VII. DEPRESION:</b> (entendida como: sensación de tristeza profunda y frecuente, sin causa justificada, sentimientos de desamparo y desespero, sensación de falta de energía para afrontar la vida)		
<b>45¿ Sentí depresión, pérdida de la energía o sensación de desamparo sin causa justificada, que me impedía seguir la vida en forma normal?</b>		
<b>Sí la respuesta es NO, entonces pase a la pregunta No. 58</b> <b>Sí la respuesta es SI, entonces conteste lo siguiente:</b>		2= Si 1= No
<b>Calidad</b> <i>Descripción del síntoma localización</i>	Componente motivacional <b>46. Siento motivación y energía, para hacer las actividades de la vida diaria:</b>	3= No 2=Algunas veces 1= Siempre

<p><i>grado de respuesta frente a las intervenciones (afrentamiento)</i></p>	<p><b>47. Me siento satisfecha de la forma como vivo en mi casa:</b></p> <p><b>48. Me siento satisfecha con mi trabajo:</b></p> <p>Componente conductual: aislamiento social y descuido personal</p> <p><b>49. Me intereso por los demás y me preocupan sus vidas:</b></p> <p><b>50: Siento interés por las relaciones íntimas:</b></p> <p><b>51. Cuido mi aspecto personal y me importa cómo me ven los demás:</b></p> <p>Componente: por axiológico-valorativo</p> <p><b>52. Vivo con esperanza y siento placer por las cosas que hacía antes:</b></p> <p>Componente cognitivo</p> <p><b>53. Me siento fuerte, saludable y productiva:</b></p> <p>Componente fisiológico</p> <p><b>54. Siento apetito y disfruto los alimentos:</b></p>	<p>3= No 2=Algunas veces 1= Siempre</p> <p>4= No 3=Algunas veces 2= Siempre 1= No tengo trabajo</p> <p>3= No 2=Algunas veces 1= Siempre</p> <p>4= No, he perdido el interes 3=Algunas veces 2= Siempre 1= No tengo pareja</p> <p>3= No 2=Algunas veces 1= Siempre</p> <p>3= No 2=Algunas veces 1= Siempre</p> <p>3= No 2=Algunas veces 1= Siempre</p>
<p><b>Distrés</b> <i>Afectación individual Nivel de angustia percibido sufrimiento o malestar que genera el síntoma</i></p>	<p><b>55. La presencia de estos síntomas depresivos me angustia:</b></p>	<p>3= No 2=Un poco 1=Mucho, necesito ayuda</p>
<p><b>Duración</b> <i>Tiempo de duración del síntoma: aislados o en grupos. Secuencia del síntoma y/o Asociación de los síntomas con actividades específicas</i></p>	<p><b>56. La duración aproximada de estos síntomas depresivos es:</b></p>	<p>4= Permanentes 3= Varias veces al día 2= Varias veces a la semana o al mes 1=Se presentan en forma ocasional</p>
<p><b>Intensidad</b> <i>Severidad del síntoma</i></p>	<p><b>57. La intensidad de estos síntomas depresivos es:</b></p>	<p>3= Muy alta 2= Regular o medio 1= Mínima o ninguna</p>
<p><b>VIII. IRA HOSTILIDAD:</b> (entendida como: emoción que se expresa con desprecio, furia, o irritabilidad y agresividad; existe la sensación de ira incontrolable)</p>		

<p><b>58. ¿Durante el evento cardíaco, he sentido rabia, ira, desprecio, comportamientos agresivos contra alguien?</b></p> <p><b>Sí la respuesta es NO, entonces pase a la pregunta No. 67</b>  <b>Sí la respuesta es SI, entonces conteste lo siguiente:</b></p>		<p>2= Si 1= No</p>
<p><b>Calidad</b> Descripción del síntoma localización grado de respuesta frente a las intervenciones (afrontamiento)</p>	<p>Rasgos ira hostilidad, en la casa:  <b>59. El ambiente de mi casa es tranquilo y agradable:</b>  <b>60. He tenido rabia, ira y/o descargas explosivas en mi casa:</b>                      Con el esposo o compañero sentimental (pareja)  <b>61. La relación con mi pareja es tranquila y agradable.</b></p> <p>En el trabajo:  <b>62.El ambiente en mi trabajo es tranquilo y agradable:</b></p> <p><b>63. Tuve problemas en el trabajo y reaccioné de esta forma:</b></p>	<p>3= No, es agresivo e irritante 2=Algunas veces 1=Siempre</p> <p>4= SI, frecuentemente 3= Algunas veces 2= Casi nunca 1= Nunca</p> <p>4= No, siento mucha rabia y/o ira con el 3=Algunas veces 2= Siempre 1= No tengo pareja</p> <p>4= No, es agresivo e irritante 3=Algunas veces 2= Siempre 1= No tengo trabajo</p> <p>5= Sí y exploté 4= Me quedé callada 3= Dialogue sobre el problema 2= Busque ayuda 1= No tengo trabajo, o NO tengo problemas laborales</p> <p>3= Sí mucho 2=Algunas veces 1= No, no tengo pareja ni trabajo</p>
<p><b>Distrés</b> Afectación individual Nivel de angustia percibido sufrimiento o malestar que genera el síntoma</p>	<p><b>64. Me preocupan los sentimientos de rabia, ira y agresividad que me producen la casa y el trabajo</b></p>	
<p><b>Duración</b> Tiempo de duración del síntoma: aislados o en grupos. Secuencia del síntoma y/o Asociación de los síntomas con actividades específicas</p>	<p><b>65. La duración de esta agresividad y sentimientos de ira son:</b></p>	<p>4= Permanentes 3= Varias veces al día 2= Varias veces a la semana o al mes 1=Ocasionales</p>
<p><b>Intensidad</b> Severidad del síntoma</p>	<p><b>66. La intensidad de los sentimientos de rabia, ira y agresividad que siento por la casa o el trabajo son:</b></p>	<p>3= Muy altos 2= Regulares o medios 1= Mínimos o NO tengo estos sentimientos</p>
<p><b>IX. DISTRÉS:</b> (entendida como: el estrés negativo que bloquea y paraliza, genera sufrimiento y aislamiento en las personas)</p> <p><b>67. ¿Siento que vivo en forma permanente con estrés, por esto sufro y me aíso de las personas?</b></p>		<p>2= Si 1= No</p>

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

## CUADRO DE ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL *WSCDI*

ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:			
<b>PARTE A DEL INSTRUMENTO: Síntomas Fisiológicos y Psicológicos</b>			
<b>SUBESCALA SINTOMAS FISIOLÓGICOS MAYORES:</b>			
SINTOMA	Número de ítems	Numeración de los ítems	Valor SUBTOTAL
Dolor	12	[1-12]	Compromiso severo= de 29 a 52 puntos Compromiso moderado= de 13 a 28 puntos Compromiso leve= igual a 12 puntos
Disnea	6	[13-18]	Compromiso severo= de 13 a 29 puntos Compromiso moderado= de 7 a 12 puntos Compromiso leve= igual a 6 puntos
<b>SUBESCALA SINTOMAS PSICOLÓGICOS:</b>			
SINTOMA	Número de ítems	Numeración de los ítems	Valor SUBTOTAL
Fatiga	7	[19-25]	Compromiso severo= de 19 a 24 puntos Compromiso moderado= de 8 a 18 puntos Compromiso leve= igual a 7 puntos
Náuseas	5	[26-30]	Compromiso severo= de 9 a 19 puntos Compromiso moderado= de 6 a 8 puntos Compromiso leve= igual a 5 puntos
<b>OTROS SINTOMAS FISIOLÓGICOS MENORES:</b>			
SINTOMA	Número de ítems	Numeración de los ítems	Valor SUBTOTAL
Otros síntomas fisiológicos menores	9	[31-39]	Compromiso severo= de 14 a 35 puntos Compromiso moderado= de 10 a 13 puntos Compromiso leve= igual a 9 puntos
<b>PARTE B DEL INSTRUMENTO: Síntomas Psicosociales</b>			
<b>SUBESCALA SINTOMAS DE TRISTEZA/DEPRESION:</b>			
SINTOMA	Número de ítems	Numeración de los ítems	Valor SUBTOTAL
Tristeza	5	[40-44]	Compromiso severo= de 9 a 16 puntos Compromiso moderado= de 6 a 8 puntos

### Anexo 29. Instrumento *WSCDI* Modelo aplicativo para mujeres con enfermedad coronaria.

SINTOMAS	ÍTEMS O PREGUNTAS	ALTERNATIVA DE RESPUESTA
<p><b>PARTE A: SINTOMAS PSICO-FISIOLÓGICOS</b>  <b>I. DOLOR DE TIPO CORONARIO</b> (<i>entendido como: dolor en el pecho, angina de pecho, malestar cardíaco</i>)            1. <i>¿En este evento cardíaco, sentí dolor o molestia en el pecho o en alguna otra parte del cuerpo (espalda, hombros, brazos, cuello o mandíbula)?</i></p> <p>Si la respuesta es NO, entonces pase a la pregunta No. 13            Si la respuesta es SI, conteste lo siguiente:</p>		<p>2= Sí            1= No</p>
<p>2. <i>Este dolor o molestia lo describiría como:</i></p>		<p>5= Un dolor muy agudo            4= Una opresión, tipo peso, pesadez o apretamiento cardíaco en la mitad del pecho o al lado izquierdo            3= Una sensación punzante, tipo puñalada, picada o dolor penetrante            2= Una sensación quemante, tipo ardor o quemazón en el pecho.            1= Ninguna de las anteriores</p>
<p>3. <i>Este síntoma se me presentó de esta forma:</i></p>		<p>3= Brusca y en aumento.            2= Era intermitente: aparecía y desaparecía.            1= Lento, era seguido o persistente</p>
<p>4. <i>El dolor o molestia se localizó en esta parte:</i></p>		<p>5= En el centro del pecho o al lado izquierdo del mismo.            4= En el cuello, a nivel de la garganta y/o mandíbula.            3= En la parte media de la espalda            2= En la parte alta de la espalda más hacia la izquierda.            1= En la boca del estomago</p>
<p>5. <i>El dolor o molestia se me fue a esta parte del cuerpo:</i></p>		<p>5= Hacia el cuello y mandíbula            4= Hacia el hombro izquierdo y/o mano izquierda            3= Hacia la espalda, y/o escápula izquierda            2= Hacia el lado derecho del pecho, del tórax o el hombro.            1= Al abdomen y/o otra parte del cuerpo distinta a las anteriores</p>
<p>6. <i>Pensé que el dolor o molestia era causado por:</i></p>		<p>5= En realidad no supe que lo ocasionaba            4= Por estrés mental y/o ejercicio            3= Problemas gástricos o</p>
<p>7. <i>Este dolor o molestia me empezó cuando estaba:</i></p>		
<p>8. <i>Para aliviar este dolor o molestia, decidí hacer:</i></p>		

		<p><b>acidez estomacal</b>  <b>2= Problemas respiratorios</b>  <b>1= Problemas cardiacos</b></p> <p><b>5= Descansando, en reposo o durmiendo</b>  <b>4= Haciendo los oficios normales de la casa o en el trabajo</b>  <b>3= Caminando</b>  <b>2=Haciendo ejercicio físico intenso y/o en el gimnasio.</b>  <b>1= Haciendo otra actividad</b></p> <p><b>5= Ejercicio u oficio a ver si se me quitaba</b>  <b>4= Nada, no le puse cuidado y esperé a que se me pasara</b>  <b>3=Decidí tomar líquido y/o una pastilla para el dolor</b>  <b>2=Guardé reposo y le comente a alguien</b>  <b>1=Asistir a consulta médica</b></p>
	<p>9.El nivel de angustia que me provocó el dolor o molestia fue:</p>	<p><b>4= Mucha, sentí que me iba a morir</b>  <b>3= Un poco, sentí que podía tolerarlo</b>  <b>2= Muy poca, no le preste cuidado</b>  <b>1= Ninguna</b></p>
	<p>10. El tiempo aproximado de duración del dolor o la molestia fue:                  Tiempo exacto: _____</p> <p>11. El tiempo aproximado que tomé para ir a consulta médica fue:                  Tiempo exacto: _____</p>	<p><b>5= Demasiado, más de 1 hora</b>  <b>4= De 30 minutos a una hora</b>  <b>3= 15 a 30 minutos</b>  <b>2= 5 a 15 minutos</b>  <b>1= Menos de 5 minutos</b></p> <p><b>5= Decidí NO ir al médico</b>  <b>4= Mas de 6 horas</b>  <b>3= De 3 a 6 horas</b>  <b>2= De 30 minutos a 3 horas</b>  <b>1= Menos de 30 minutos y/o me fui a consulta inmediatamente</b></p>
	<p>12. La intensidad del dolor o la molestia fue:</p>	<p><b>3= Alta, una verdadera amenaza para mi vida</b>  <b>2= Moderada o término medio</b>  <b>1= Mínima o leve</b></p>
	<p><b>II. DISNEA: (entendida como: sensación de ahogo, asfixia, dificultad para respirar, falta de aire o de aliento, sentirse alcanzada de la respiración)</b>  <b>13. ¿Sentí falta de aire, asfixia o estaba alcanzada de la respiración?</b></p> <p>Si la respuesta es NO, entonces pase a la pregunta No. 19                  Si la respuesta es SI, entonces conteste lo siguiente:</p>	<p><b>2= Si</b>  <b>1= No</b></p>
	<p>14. Cuando sentí la falta de aire, decidí hacer:</p> <p>15. El tiempo aproximado que tomé para ir a consulta médica por este síntoma fue:                  Tiempo exacto: _____</p>	<p><b>4= Nada, pensé que se me pasaría solo</b>  <b>3= Le conté a un familiar/conocido</b>  <b>2= Dejé lo que estaba haciendo y/o me quedé</b></p>

		<p>quieta. 1= Me recosté o guardé reposo 1= Ir a consulta médica</p> <hr/> <p>5= Decidí NO ir al médico 4= Mas de 6 horas 3= De 3 a 6 horas 2= De 30 minutos a 3 horas 1= Menos de 30 minutos y/o me fui a consulta inmediatamente</p>
	<p>16. La angustia que sentí por la falta de aire fue:</p>	<p>3= Mucha, sentí que me iba a morir 2= Un poco, sentí que podía tolerarlo 1= Muy poca, no le preste cuidado</p>
	<p>17. La falta de aire tuvo una duración aproximada de: Tiempo exacto: _____</p>	<p>5= Demasiado, más de 1 hora 4= De 30 minutos a una hora 3= 15 a 30 minutos 2= 5 a 15 minutos 1= Menos de 5 minutos</p>
	<p>18. La intensidad de la falta de aire fue:</p>	<p>3= Muy alta, no la podía aguantar 2= Moderada, sentí que podía aguantarla 1= Mínima o leve</p>
<p><b>III. FATIGA: (entendida como: cansancio injustificado, pérdida de energía, sensación de debilidad)</b> 19. ¿ Sentí, desaliento, debilidad o cansancio injustificado?</p> <p>Si la respuesta es NO, entonces pase a la pregunta No. 26 Si la respuesta es SI, entonces conteste lo siguiente:</p>		<p>2= Si 1= No</p>
	<p>20. Cuando sentí este síntoma decidí hacer:</p> <p>21. Pensé que el dolor o molestia era causado por:</p> <p>22. El tiempo aproximado que tomé para ir a consulta médica por este síntoma fue: Tiempo exacto: _____</p>	<p>5= Nada, no le puse cuidado, espere que se me pasara 4= Le conté a un familiar/conocido 3= Dejé lo que estaba haciendo y me puse a respirar 2= Guarde reposo y/o le comente a alguien 1= Asistir a consulta médica</p> <hr/> <p>5= En realidad no supe por qué 4= Estrés mental y/o emociones 3= Problemas musculares 2= Problemas respiratorios 1= Problemas cardiacos</p> <hr/> <p>5= Decidí NO ir al médico 4= Mas de 6 horas 3= De 3 a 6 horas 2= De 30 minutos a 3 horas 1= Menos de 30 minutos y/o me fui a consulta inmediatamente</p>

<p>23.El nivel de angustia que sentí por el síntoma fue:</p>	<p>4= Mucha, me sentí morir 3= Un poco, sentí que podía tolerarlo 2= Muy poca, no le preste cuidado 1=Nada</p>	
<p>24. La duración de esta debilidad o desaliento fue de: Tiempo exacto: _____</p>	<p>5= Más de 1 hora 4= De 30 minutos a una hora 3= 15 a 30 minutos 2= 5 a 15 minutos 1= Menos de 5 minutos</p>	
<p>25. La intensidad de la debilidad o desaliento fue:</p>	<p>3= Muy alta, no la podía aguantar 2=Moderada, sentí poder aguantarla 1= Mínima o leve</p>	
<p><b>IV. NAUSEAS: (entendida como: deseos de vomitar o traspasar)</b> <b>26 ¿Sentí náuseas o deseos de vomitar?</b></p> <p>Sí la respuesta es NO, entonces pase a la pregunta No. 31 Sí la respuesta es SI, entonces conteste lo siguiente:</p>		<p>2= Si 1= No</p>
<p>27.Cuando aparecieron las náuseas o deseos de vomitar, decidí hacer:</p>	<p>5= Nada, deje que se me pasaran 4=Le conté a un familiar/conocido 3= Dejé lo que estaba haciendo e intenté vomitar 2=Decidí no tomar ni comer nada 1=Acudir al médico</p>	
<p>28. La angustia que sentí por este síntoma fue:</p>	<p>4= Mucha, me sentí muy enferma 3= Un poco, sentí que me pasaría 2= Muy poca, no le preste cuidado 1= Nada</p>	
<p>29. El tiempo de duración de este síntoma fue: Tiempo exacto: _____</p>	<p>5= Más de 1 hora 4= De 30 minutos a una hora 3= 15 a 30 minutos 2= 5 a 15 minutos 1= Menos de 5 minutos</p>	
<p>30. La intensidad de las náuseas o ganas de vomitar fue:</p>	<p>3= Muy alta, no las podía aguantar 2=Moderada, sentí poder aguantarlas 1= Mínima o leves</p>	
<p><b>V. OTROS SÍNTOMAS FISIOLÓGICOS MENORES: (entendidos como: síntomas que acompañan al evento coronario pero de menor relevancia: dolor de cabeza, sudor, palpitaciones, escalofrío, entumecimiento, mareo)</b> <b>31. ¿Sentí otros síntomas o molestias diferentes a los anteriores?</b></p> <p>Sí la respuesta es NO, entonces pase a la pregunta No. 40 Sí la respuesta es SI, entonces conteste lo siguiente:</p>		<p>2= Si 1= No</p>
<p>32. Estos síntomas, principalmente fueron:</p>	<p>4=Sudor frio y/o escalofrío 3=Palpitaciones y/o visión borrosa</p>	
<p>33. El número de estos síntomas fueron:</p>	<p>2=Mareo y/o pérdida del sentido</p>	
<p>34. Pensé que estos síntomas eran causados por:</p>	<p>2=Dolor de cabeza y/o entumecimiento de alguna parte del cuerpo 1=Sentí otros</p>	



<p>35. Cuando sentí estos síntomas o molestias, decidí hacer:</p>	<p>5= Más de cinco                  4=De tres a cuatro                  3= De dos a tres                  2= De uno a dos                  1=Solo Uno</p> <p>5=No supe interpretar su causa                  4=Problemas de estrés y/o cerebrales                  3=Problemas estomacales y/o abdominales                  2=Problemas respiratorios                  1= Problemas cardiacos y/o por la presión arterial</p> <p>4= Ejercicio u oficio a ver si se me quitaba                  3=Tomé medicamentos y/o me hice remedios                  2= Nada, no les puse cuidado, pensé que se me pasarían solos                  2= Me quede quieta, reposé.                  1= Consulté al médico</p>
<p>36. La angustia o preocupación que sentí por estos síntomas fue:</p>	<p>3= Muy alta, no los podía aguantar                  2=Moderada, podía aguantarlos                  1= Mínima o leves</p>
<p>37. Recuerdo que estos síntomas los sentía:</p> <p>38. El tiempo aproximado de duración de estos síntomas era de:</p>	<p>4= A diario                  3= Varias veces a la semana                  2= Varias veces al mes                  1= Muy de vez en cuando</p> <p>5= Más de 1 hora                  4= De 30 minutos a una hora                  3= 15 a 30 minutos                  2= 5 a 15 minutos                  1= Menos de 5 minutos</p>
<p>39. La intensidad de estos síntomas fue:</p>	<p>3= Muy alta                  2= Regular o medio                  1= Mínima</p>
<p><b>PARTE B: SINTOMAS PSICOSOCIALES</b>                  VI. TRISTEZA: (entendida como: decaimiento, sensación de vacío debido a un evento de pérdida, herida emocional o espiritual, pero sin perder la capacidad de afrontar la vida)                  40. Sentí tristeza, desánimo o decaimiento, pero seguía funcionando de forma normal?</p> <p>Sí la respuesta es NO, entonces pase a la pregunta No. 45                  Sí la respuesta es SI, entonces conteste lo siguiente:</p>	
<p>41. Para aliviar este sentimiento decidí hacer:</p>	<p>2= Si                  1= No                  4= Nada, dejé que se me pasara                  3=Me hago remedios caseros                  2=Le conté a alguien                  1=Consulté al médico o al psicólogo</p>
<p>42. El nivel de angustia que sentí por este sentimiento fue:</p>	<p>3= Muy alta, lloré mucho y/o me preocupe</p>

		2=Moderada, podía aguantarla 1= Mínima
	43. La duración aproximada de este sentimiento fue:	4= Permanente y/o varias veces al día y/o aun la siento 3= Varias veces a la semana 2= Varias veces al mes 1= Esporádica
	44. La intensidad de este sentimiento era:	3= Muy alta 2= Regular o medio 1= Mínima
<p><b>VII. DEPRESION:</b> (entendida como: sensación de tristeza profunda y frecuente, sin causa justificada, sentimientos de desamparo y desespero, sensación de falta de energía para afrontar la vida)</p> <p>45¿Sentí depresión, pérdida de la energía o sensación de desamparo sin causa justificada, que me impedía seguir la vida en forma normal?</p> <p>Sí la respuesta es NO, entonces pase a la pregunta No. 58 Sí la respuesta es SI, entonces conteste lo siguiente:</p>		
	46. Siento motivación y energía, para hacer las actividades de la vida diaria:	2= Si 1= No
	47. Me siento satisfecha de la forma como vivo en mi casa:	3= No 2=Algunas veces 1= Siempre
	48. Me siento satisfecha con mi trabajo:	3= No 2=Algunas veces 1= Siempre
	49. Me intereso por los demás y me preocupan sus vidas:	4= No 3=Algunas veces 2= Siempre 1= No tengo trabajo
	50: Siento interés por las relaciones íntimas:	3= No 2=Algunas veces 1= Siempre
	51. Cuido mi aspecto personal y me importa cómo me ven los demás:	4= No 3=Algunas veces 2= Siempre 1= No tengo pareja
	52. Vivo con esperanza y siento placer por las cosas que hacía antes:	3= No 2=Algunas veces 1= Siempre
	53. Me siento fuerte, saludable y productiva:	4= No 3=Algunas veces 2= Siempre 1= No tengo pareja
	54. Siento apetito y disfruto los alimentos:	3= No 2=Algunas veces 1= Siempre
	55. La presencia de estos síntomas depresivos me angustia:	3= No 2=Algunas veces 1= Siempre
	56. La duración aproximada de estos síntomas depresivos es:	3= No 2=Algunas veces 1= Siempre
		4= Permanente 3= Varias veces al día 2= Varias veces a la semana o al mes 1= Se presentan en

	<p>forma ocasional</p>
<p>57. La intensidad de estos síntomas depresivos es:</p>	<p>3= Muy alta 2= Regular o medio 1= Mínima o ninguna</p>
<p><b>VIII. IRA HOSTILIDAD:</b> (entendida como: emoción que se expresa con desprecio, furia, o irritabilidad y agresividad; existe la sensación de ira incontrolable) 58. ¿Durante el evento cardíaco, he sentido rabia, ira, desprecio, comportamientos agresivos contra alguien?</p> <p>Sí la respuesta es NO, entonces pase a la pregunta No. 67 Sí la respuesta es SI, entonces conteste lo siguiente:</p>	<p>2= Sí 1= No</p>
<p>59. El ambiente de mi casa es tranquilo y agradable:</p> <p>60. He tenido rabia, ira y/o descargas explosivas en mi casa:</p> <p>61. La relación con mi pareja es tranquila y agradable.</p> <p>62. El ambiente en mi trabajo es tranquilo y agradable:</p> <p>63. Tuve problemas en el trabajo y reaccioné de esta forma:</p>	<p>3= No, es agresivo e irritante 2= Algunas veces 1= Siempre</p> <p>4= Sí, frecuentemente 3= Algunas veces 2= Casi nunca 1= Nunca</p> <p>4= No, siento mucha rabia y/o ira con el 3= Algunas veces 2= Siempre 1= No tengo pareja</p> <p>4= No, es agresivo e irritante 3= Algunas veces 2= Siempre 1= No tengo trabajo</p> <p>5= Sí y exploté 4= Me quedé callada 3= Dialogue sobre el problema 2= Busque ayuda 1= No tengo trabajo, o NO tengo problemas laborales</p>
<p>64. Me preocupan los sentimientos de rabia, ira y agresividad que me producen la casa y el trabajo:</p>	<p>3= Sí mucho 2= Algunas veces 1= No, no tengo pareja ni trabajo</p>
<p>65. La duración de esta agresividad y sentimientos de ira son:</p>	<p>4= Permanentes 3= Varias veces al día 2= Varias veces a la semana o al mes 1= Ocasionales</p>
<p>66. La intensidad de los sentimientos de rabia, ira y agresividad que siento por la casa o el trabajo son:</p>	<p>3= Muy altos 2= Regulares o medios 1= Mínimos o NO tengo estos sentimientos</p>
<p><b>IX. DISTRÉS:</b> (entendida como: el estrés negativo que bloquea y paraliza, genera sufrimiento y aislamiento en las personas) 67. ¿Siento que vivo en forma permanente con estrés, por esto sufro y me aílo de las personas?</p>	<p>2= Sí 1= No</p>

Fuente: Elaboración propia de la investigación.



# Bibliografía

ABAD, Francisco, et al. Introducción a la Psicometría. Teoría Clásica de los Tests y Teoría de la Respuesta al Ítem [en línea]. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de psicología. 2006. Disponible en Internet: [http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/investigacion/file.php/39/ARCHIVOS\\_2010/PDF/IntPsicometria\\_aristidesvara\\_1\\_.pdf](http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/investigacion/file.php/39/ARCHIVOS_2010/PDF/IntPsicometria_aristidesvara_1_.pdf)

ABAD, Francisco, et al. Op. cit., p. 1-148. Citado por: SEPÚLVEDA MACÍA, Felipe. La validez de los Test y el análisis factorial: Nociones generales. En: Ciencia y trabajo. Enero-marzo 2010, año 12 no. 35.

ACHURY SALDAÑA, Diana Marcela. Aplicación de la Teoría de los Síntomas Desagradables en el manejo del dolor. En: Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Junio-diciembre, 2007, vol. 9 no. 2.

ACHURY SALDAÑA, Diana Marcela. Dolor: la verdadera realidad. En: Aquichan. octubre 2008, Año 8, vol. 8 no. 2.

ACHURY SALDAÑA, Diana Marcela. Síntomas de falla cardiaca desde una teoría de mediano rango. En: Investigación en Enfermería. Bogotá Colombia, enero-diciembre 2006, Año 9 vol.8 no. 1 y 2.

AGUIRRE, DC. Evaluación de la validez y confiabilidad de escalas usadas en salud. En: Simposio Nacional de Estadística de la Universidad Nacional de Colombia, Estadística en Ciencias de la salud. (12: Armenia: 2003). Memorias.

ALCONERO CAMARERO, Ana. Valoración del dolor torácico de origen cardiológico en el servicio de urgencias de un hospital comarcal. En: Enfermería en Cardiología. Universidad de Cantabria. 2006.

ALCONERO, Ana, et al. Registros de enfermería en la valoración del dolor en el infarto agudo de miocardio. En: Enfermería en Cardiología. 1999, no. 17.

AMAYA, R. Pilar y CÉSPEDES, Viviana Marycel. Síntomas en la mujer con enfermedad coronaria: Exploración del concepto para la práctica clínica y la investigación desde la disciplina de Enfermería. En: RINCÓN OSORIO Fanny et al. Enfermería Cardiovascular. Bogotá: Distribuna. 2008.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Statistical Fact Sheet. Populations 2009 Update: International Cardiovascular Disease Statistics 2009. [Consultado 12 de septiembre de 2012] Disponible en Internet: <http://www.americanheart.org>

AMSTERDAM, Ezra A. Primary prevention of coronary heart disease in men and women: ¿Does 1 Size Fit All? Yes! In: Clinical of Cardiology. Sacramento California EUA, September 2011, vol. 34 Issue. 11.

ANCHIQUE SANTOS, Claudia Victoria. Enfermedad Cardiovascular en la Mujer. Editor Invitado. En: Revista Colombiana de Cardiología. Bogotá. Colombia. Julio-agosto 2011, vol. 18 no. 4.

ARANGUREN MOJICA, Diana; PARRA TORO, Claudia y VEGA GALVIS, María. Caracterización de los síntomas de angina en la mujer, análisis de los estudios realizados en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia en el período 2001-2006. Trabajo de Grado. Magister de Enfermería con énfasis en la salud Cardiorrespiratoria. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. Facultad de enfermería. 2006.

ARBELAEZ M., Silvia, et al. Caracterización de los síntomas de angina en un grupo de mujeres remitidas para prueba de esfuerzo en la Clínica Shaio. Trabajo de Grado. Especialista en Enfermería Cardiorrespiratorio. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. 2004.

ARGUEDAS, Olga. El Ángulo del Investigador: Elementos básicos de la Bioética en investigación. En: Acta Médica Costarricense. Colegio de Cirujanos. abril-junio 2010, vol. 52 no.2.

ARSLANIAN ENGOREN, Cynthia and ENGOREN, Milo. Physiological and anatomical bases for sex differences in pain and nausea as presenting symptoms of acute coronary syndromes. In: Heart & Lung. September-October 2010, vol. 39.

ARSLANIAN ENGOREN, Cynthia, et al. Symptoms of men and women presenting with acute coronary syndromes. In: American journal of cardiology. 2006, vol. 98.

ARSLANIAN-ENGOREN, Cynthia. Explicating nurses' cardiac triage decisions. In: Journal of Cardiovascular Nursing. 2009, vol. 24 no. 1.

ASLAN, Fatma Eti; BADIR, Aysel and SELIMEN, Deniz. ¿How Do Intensive Care Nurses Assess Patients' Pain? In: Nursing in Critical Care. April 2003, vol. 8 no. 2.

ASÚN, Rodrigo y ZÚÑIGA, Claudia. Ventajas de los modelos politómicos de la Teoría de Respuesta al Ítem en la medición de actitudes sociales. Un análisis de caso. En: PSYKHE, Chile, 2008, vol. 17 no. 2.

BAIREY MERZ C. Noel, et al. State-of-the-art paper: insights from the NHLBI-sponsored women's ischemia syndrome evaluation (WISE) study. Part II: gender differences in presentation, diagnosis, and outcome with regard to gender-based pathophysiology of atherosclerosis and macrovascular and microvascular coronary disease. In: Journal American College of Cardiology. Florida, United States of North America. February 7, 2006, vol. 47 no. 3 Supplement S.

BALLESTAS LAGAREZ, Danny Luz y MARTÍN MARTINEZ, Camila Oriet. Estado del arte sobre dolor torácico en mujeres adultas. Trabajo de Grado. Especialista en Enfermería Cardiorrespiratorio. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. 2003.

BARCLAY, Laurie and LIE, Désirée. Acute coronary syndromes may be misdiagnosed in women. In: Medscape Education. USA, december 14, 2007.

BARRAGÁN, Andrea del Pilar; MONGUI, Diana Mireya y MORALES, Sandra Yamile. Síntomas de angina en un grupo de mujeres remitidas para prueba de Esfuerzo en la Clínica Shaio. Trabajo de Grado. Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. 2004.

BARSEVICK, Andrea et al. Symptoms clusters research: conceptual design, measurement, and analysis issues. In: Journal of pain and symptoms management. January, 2006, vol. 32 no. 1.

BENNET, Susan, et al. Development of an instrument to measure threat Related to Cardiac Events. In: Nursing Research. September/October 1996, vol. 45, Issue 5.

BLAIR, Martha L. Sex-Based Differences in Physiology: ¿What Should We Teach in The Medical Curriculum? In: Advance in Physiology Education. New York, March 2007, vol. 31.

BLANCO TORRES, Aura Islena y NADER PEÑA, Julia. Factores psicológicos y fisiológicos que llevan a la presentación de angina en la mujer. Trabajo de Grado. Especialista en Enfermería Cardiorrespiratorio. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. 2006.

BLANK, Abraham y RODRIGUEZ, Erik. Derechos humanos y consentimiento informado en las investigaciones biomédicas en Colombia [en línea]. En: Colombia Médica Universidad del Valle. Cali, Colombia. 2004, vol. 35 no. 4. [Consultado 07/06/2010] Disponible en Internet: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol35No4/BODY/CM35N4A9.HTM>

BOLIBAR, I; CATALÁ, E. y CADENA, R. El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los estándares de calidad. En: Revista Española de Anestesiología y Reanimación. España, 2005, no. 52.

SALDAÑA, Diana Marcela. Dolor: la verdadera realidad. En: Aquichan. octubre 2008, Año 8, vol. 8 no. 2.

BONILLA IBAÑEZ, Claudia Patricia. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos, en personas que presentan riesgos de enfermedad cardiovascular. En: Avances en Enfermería. Bogotá, 2007, vol. 25 no. 1.

BORRAS, Xavier. Estudio de la angina estable en España y su impacto en la calidad de vida del paciente. Registro AVANCE. En: Revista Española de Cardiología. España, 2012, vol. 65 no. 8.

BUGIARDINI, Raffaele, et al. Gender Bias in Acute Coronary Syndromes. In: Current in Vascular Pharmacology. 2010, vol. 8 no. 2.

CADWEL, Mary A. and MIASKOWKI, Christine. The symptom an experience of angina in women. In: Pain management nursing. USA. 2000, no.1.

CALVANTI DE FARIAS BREHMER, Laura, et al. Revisao integrativa da literatura sobre a influenza AH1N1. En: Texto & Contexto Enfermagem. Santa Catarina Brasil, 2011, vol. 20.

CAMPBELL, Duncan, et al. Differences in myocardial structure and coronary microvasculature between men and women with coronary artery disease. In: *Hypertension*. Australia, 2011, vol. 57.

CAMPO TORREGROZA, Etilvia. Caracterización del dolor tipo isquémico en un grupo de mujeres a la Luz de la Teoría de los Síntomas Desagradables. Trabajo de Grado. Magister de Enfermería con énfasis en la salud Cardiorrespiratoria. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. Facultad de enfermería. 2007.

CANTO, John, et al. Association of age and sex with myocardial infarction symptom presentation and in-hospital mortality. In. JAMA. 2012, vol. 307 no. 8, p. 813 - 822.

CANTO, John, et al. Symptom presentation of women with acute coronary syndromes: myth vs. reality. In: Archives of internal medicine. December 10/24, 2007, vol. 167 no. 22.

CARREÑO SAMANIEGO, Pedro. Instituto de medicina legal y ciencias forenses. Centro nacional de referencia de la violencia. 2004-2009. Homicidios. Colombia, 2004-2009. Departamentos con las cifras más altas. Informe 2010.

CASSIANI, Carlos. y CABRERA, Armando. Síndromes Coronarios Agudos. Epidemiología y diagnóstico. En: Salud Uninorte. Barranquilla. Colombia. 2009, vol. 25, no. 1.

CASULLO, María Martina y PEREZ, Marcelo. El Inventario de Síntomas SCL-90-R de LR. En: Derogatis. Adaptación UBA. CONICET. 1999-2008.

CERDA, Jaime y VILLARROEL, Luis. Evaluación de la concordancia inter-observador en investigación pediátrica: Coeficiente de Kappa. En: Revista Chilena de Pediatría. Santiago de Chile, 2008, vol. 79 no. 1.

CESPEDES CUESVAS, Viviana Marycel. Síntomas en la mujer con síndrome coronario agudo: desde las pruebas de validez. En: Avances en Enfermería. Bogotá, 2012, vol. 30 no. 2.



CESPEDES CUEVAS, Viviana Marycel. Modelo Conceptual del Manejo del Síntoma por Percepción, Evaluación y Respuesta de mujeres con síndrome coronario agudo, originada por la construcción de un instrumento validado en Bogotá, Colombia. Tesis. Doctorado en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. 2009.

COBB, Sarah Elizabeth. Structural equation model of exercise in women utilizing the theory of unpleasant symptoms and social cognitive variables. Dissertation. Doctor of Philosophy College of Nursing University of South Florida. USA, 2007.

COLLEEN, Norris, et al. Women with coronary disease report worse health related quality of life outcomes compared with men. In: Health and Quality of Life Outcomes. May 5, 2004, vol. 2.

COLLINS, Peter, et al. Gender Differences in the Clinical Presentation of Heart Disease. In. Current Pharmaceutical Design. Roma Italia. 2011, vol. 17.

COLOMBIA. Congreso de la República. Ley 266 de enero 25 de 1996. Por el cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia. En: Diario Oficial no. 42.710 de 1996. Bogotá: Congreso de la República. [Consultado octubre 10, 2011]. Disponible en Internet:  
[http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1996/ley\\_0266\\_1996.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1996/ley_0266_1996.html)

COLOMBIA. Congreso de la República. Ley 911 octubre 5 de 2004. Por el cual se establecen la responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia. En: Diario Oficial no. 45.693 de 6 de octubre de 2004. Bogotá: Congreso de la República. [Consultado octubre 10, 2011]. Disponible en Internet:  
[http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2004/ley\\_0911\\_2004.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2004/ley_0911_2004.html)

COLON DE LA ROSA, Samuel. A qualitative approach to content validity [on line]. Tomado de Seminarios permanentes de métodos de investigación cuantitativos y cualitativos. Last Updated on Tuesday, 06 February 2007 04:14 [Consultado Nov. 6, 2010]. Disponible en Internet:  
[http://spmi.ac.pr/index.php?option=com\\_frontpage&Itemid=1](http://spmi.ac.pr/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1)

CORTES CASTRO, Luis Alberto. Tipificación del síntoma dolor torácico tipo isquémico en la mujer, a la luz de la Teoría de los Síntomas Desagradables. En: Revista Avances en Enfermería. 2007, vol. 25 no. 2.

CUARTAS MURILLO, Verónica et al. Los factores psicosociales implicados en la cardiopatía isquémica. En: revista CES Psicología. Julio-diciembre de 2008, vol.1 no. 2.

D'ANDREA, María Isabel y CARRASCO, Gustavo Armando. Primeros auxilios psicológicos en situaciones de crisis. En: Revista electrónica de Portales Médicos.com. [Consultado septiembre 20, 2012]. Disponible en Internet:  
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1495/1/Primeros-auxilios-psicologicos-en-situaciones-de-crisis.html>

DAL SASSO MENDES, Karina, DE CAMPOS PEREIRA SILVEIRA, Renata Cristina e GALVÃO, Cristina María. Revisão integrativa: Método para a incorporação de evidências na saúde e uma enfermagem. En: Texto & Contexto de Enfermeria. Florianópolis, Brasil. Out-Dez, 2008, vol. 17 no. 4.

De VITO DABBS, Annette, et al. Psychosocial vulnerability, Physical symptoms and physical impairment after lung and heart-lung transplantation. In: Journal Heart Lung Transplantation. USA, 2003, no. 22.

DEVON, Holli A; SABAN, Karen and GARRET, Donna. Recognizing and Responding to Symptoms of acute coronary Syndromes and Stroke in Women. In: JOGNN. JOGNN and the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. California USA. 2011. Vol. 40 No. 3.

DO PRADO, Lenise; MEDINA MOYA, José Luis y MARTINEZ RIERA, José Ramón. La producción del conocimiento en la Educación de Enfermería en España y Brasil: Una revisión Integrativa. En: Texto & Contexto Enfermagem. Santa Catarina, Brasil: Julio-septiembre, 2011, vol. 20 no. 3.

DOERING, Lynn, et al. Gender-specific characteristics of individuals with depressive symptoms and coronary heart disease. In: Heart Lung. 2011, vol. 40 no. 3.

DOMINIC, Kelly, et al. Implementation of the new nice guidelines for stable chest pain: Ilikely impact on chest pain services in the UK. In: British Journal of Cardiology. UK, august 2011, vol. 18 no. 4.

DOVAL, Hernán C. En búsqueda del síntoma de enfermedad coronaria olvidado. Buscando la parte sumergida del iceberg clínico. En: Revista Argentina de Cardiología. Buenos Aires. marzo-abril 2007, vol. 75 no. 2.

DUDLEY, Sharon. Development and psychometric evaluating of the chemoteraphy induced periferical neuropathy assessment tool. In: Cancer Nursing. USA 2005, vol 28 no. 2.

DURAN DE VILLALOBOS, María Mercedes. La teoría, soporte de la ciencia y práctica de enfermería: tendencias. En: Revista avances en enfermería. 2012, vol. 30 no. 1.

EARLE, Richard. Cuando es estrés se convierte en distress: las cinco fases del distress [en línea]. Instituto Canadiense de Estrés - Fundación Hans Selye. [consultado septiembre 17, 2012]. Disponible en Internet: [http://www.estres-bienestar.com/pdf/web\\_5\\_fases\\_distress.pdf](http://www.estres-bienestar.com/pdf/web_5_fases_distress.pdf)

ECHEVERRY, Constanza. El rol de la mujer y el dolor torácico. Trabajo de Grado. Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. 2007.

ECHEVERRY, Darío. Ponencia: El papel y responsabilidades del árbitro en el proceso editorial. Simposio. El Arte de Publicar. Congreso Colombiano de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. (14: Realizado en Cali, Valle Colombia: marzo 9 de 2012).

EL-MENYAR, Ayman and AL SUWAIDI, Jassim. Impact of gender in patients with acute coronary syndrome. Expert review. In: Cardiovascular Therapy. 2009, vol. 7 no. 4.

ESCOBAR GUZMAN, Shirley, et al. Síntomas de mujeres con angina un estudio Internacional características en la presentación de los síntomas de angina en mujeres remitidas para prueba de esfuerzo en la Fundación CardiInfantil. Trabajo de Grado. Especialista en Enfermería Cardiorrespiratorio. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. 2004.

ESCOBAR PÉREZ, Jazmine y CUERVO MARTINEZ, Ángela. Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. En: Avances en Medición. Universidad Nacional de Bogotá, 2008, vol. 6.

ESPAÑA. Ley 41/2002, 14 de noviembre. Básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En: Boletín Oficial del Estado. 15 noviembre, 2002, no. 274. [Consultado agosto 25, 2010]. Disponible en Internet: <http://www.medvnet.com/elmedico/derecho/lev41.2002.htm>

ESPER, Peg and HEIDRICH, Debra. Symptom clusters in advanced illness. In: Seminars in oncology nursing. February, 2005, vol. 21 no. 1.

ESPINOZA VENEGAS, Maritza y VALENZUELA SUAZO, Sandra. Análisis de la teoría de los síntomas desagradables en el cuidado de la enfermería paliativa oncológica. En: Revista Cubana de Enfermería. Concepción Chile, Abril junio de 2011, vol. 27 no. 2.

EUN HYUN, Lee; CHUNG, Bok Yae and CHUN Ki, Hong. Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in korean women with breast cancer. In: Journal of pain and symptom management. South Korea, May 2004, vol. 27 Issue 5.

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY AND OTHERS. The fifth joint task force of the european society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European guidelines on cardiovascular disease: prevention in clinical practice. (ver. 2012) [online]. In: European heart journal advance acces. May 3, 2012, p. 18-77. [Cited 12 september 2012]. Available from Internet: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/>

FAUCI, Anthony S, et al. Principios de Medicina Interna.17° Ed. Mc Graw-Hill, Interamericana Editores S.A de C.V. 2009. 1161 p. Traducción al español por ARAIZA MARTINEZ Martha et al.

FAWCETT, Jackeline. Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of conceptual models of nursing. Cap 1. 3er. Ed. Philadelphia: FA. Davis Company. 2005,

FAWCETT, Jacqueline and GARITY, Joan. Evaluating research for evidence-based nursing practice. Capitulo 6°. USA: Editorial FA Davis. 2009, p.73-88 Traducción de Juan David Cárdenas 2010.

FERNANDEZ BALLESTEROS, Rocío y CARROBLES, José Antonio. Evaluación conductual: Metodología y Aplicaciones. Ediciones Pirámide S.A. Madrid España, 1989.

FISHER A., Ravn et al. Community-Based Gender Perspectives of Triage and Treatment in suspect Myocardial Infarction. In: International Journal of Cardiology. Göteborg Sweden, 2012, vol. 156.

GALA, F.J. et al. Aspectos psicosociales del dolor. En: Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. Cadiz España, 2003, no. 66.

GARCIA GUZMAN, Cesar, et al. Salud cardiovascular en la mujer entre los 45 y 70 años. En: Revista Avances de Enfermería. Chía Cundinamarca Bogotá. 2001, vol. 29 no.1.

GIFT, Audrey, et al. A cluster of symptoms over time in patients with lung cancer. In: Nursing Research. USA, 2003 November-december, Issue 52 no. 6.

GILSON, Etienne. Conferencia dirigida a los postgraduados en artes y ciencias sobre ética en los estudios superiores y honradez intelectual. Citado por: SUAREZ, V., Federico. La honradez intelectual [en línea]. En: catholic.net. [consultado nov. 6, 2010]. Disponible en Internet: <http://es.catholic.net/jovenes/148/2534/articulo.php?id=21270>

GIRALDO MOLINA, Clara y FRANCO AGUDELO, Gloria. Calidad de vida de los cuidadores familiares. En: Aquichan. Chía Colombia, 2006, vol. 1 no. 6.

GLOMBIEWSKI, Julia, et al. The course of nonspecific chest pain in primary care: symptom persistence and health care usage. In: Archieve Internal Medicine. USA. American Medical Association. February 2010, vol. 170 no. 3.

GUZMAN DOMINGUEZ, Leandro. Calidad de la atención al paciente con síndrome coronario agudo. Policlínico Hermanos Martínez Tamayo. En: Revista electrónica de Portales Médicos. mayo 25 de 2010, vol. 5 no. 10.

HANKE BOTTEGA, Fernanda y FONTANA, Rosane Teresinha. A dor como quinto sinal vital: utilização de uma escala de avaliação para enfermeiros de um hospital geral. En: Texto & Contexto Enfermagem. Santa Catarina Brasil, abril-junio 2010, vol. 19 no. 2.

HASDAI, David, et al. Effect of gender on outcomes of acute coronary syndromes. In: The american journal of cardiology. Cleveland Ohio USA June 15, 2003, vol. 91.

HERNANDEZ CASTRO, John Jairo. Dolor al día: Disparidad del dolor en el tratamiento de la mujer. En: Boletín virtual "Dolor al día". Centro Interdisciplinario para el estudio y alivio del dolor. Unidad de Neurociencias, grupo de investigación

NEUROS. Universidad del Rosario MEDERI. Dic. 2011, p. 3 [Consultado junio 17, 2012]. Disponible en Internet: [www.mederi.com.co](http://www.mederi.com.co)

HERNANDEZ LABOY, Jorge R. Redacción de informes de investigación. Alpha Research and Development. Seminario para desarrollar y fortalecer las destrezas en construcción

de pruebas a colaboradores del Sistema Universitario Ana G. Méndez. [consultado noviembre 5, 2010]. Disponible en Internet: [https://humanresources.suagm.edu/.../ ...](https://humanresources.suagm.edu/.../)

HERNANDEZ, Roberto, FERNANDEZ, Carlos y BAPTISTA, Pilar. Metodología de la investigación. 4a. ed. México: Editorial Mac Graw-Hill Interamericana. 2006.

HERRONS, LL. Psicología y medición: el desarrollo de pruebas psicométricas. Capítulo 5. México D.F. Editorial Limusa. 1985, p. 78. Citado por: REINA GAMBA, Nadia Carolina y VARGAS ROSERO, Elizabeth. Validez de contenido y validez facial del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado". En: Avances en Enfermería. 2008, vol. 26 no. 2.

HOWARD, Barbara V. and TASKINEN, Marja Riitta. Introduction CVD in Women. In: Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases. Helsinki, Finland. February 2010, no. 20.

HUTCHINSON, Sally and WILSON, Holly. The theory of unpleasant symptoms and the alzheimer's disease. In: Scholarly Inquiry for Nursing Practice. EUA, 1998.

IBAÑEZ BONILLA, Claudia Patricia. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos, en personas que presentan riesgos de enfermedad cardiovascular. En. Avances en Enfermería. Bogotá, 2007, vol. 25 no. 1.

JOYCE MONIZ, Luis y BARROS, Luisa. Psicología de la Enfermedad para cuidados de la salud: Desarrollo e intervenciones. México: editorial el manual moderno. 2007.

JURGENS, Corrine. Somatic awareness, uncertainty, and delay in care-seeking in acute heart failure. In: Research in Nursing and Health. EUA, April, 2006, vol. 29 Issue 2.

KOTHAWADE, Kamlesh and BAIREY, Noel. Microvascular Coronary Dysfunction in Women- Pathophysiology, Diagnosis and Management. In: Current Problems of Cardiology. August, 2011, vol. 36.

KUSNOOR, Anita; FERGUSON, Angela and FALIK, Ruth. Ischemic heart disease in women: a review for primary care physicians. In: Southern Medical Journal. March 2011, vol. 104 no. 3.

LA TORRE POSTIGO, José Miguel y BENEIT MEDINA, Pedro José. Psicología de la Salud. Aportaciones para los profesionales de la Salud. Colecciones de Psicología. Buenos Aires Argentina: Editorial Lumen. 1994.

LAWSHE, Carlos. Pruebas psicotécnicas en la selección de personal. Madrid: 1975. Citado por: GOMEZ BERMUDEZ María Fernanda y BALLESTEROS Blanca Patricia. Adaptación y validación de una guía de enseñanza del concepto: Comportamiento gobernado por reglas. Trabajo de grado. Psicología. Universidad Javeriana. Facultad de Psicología.

LENZ, Elizabeth and PUGH, Linda C. Theory of unpleasant symptoms. Chapter 9, p. 159-182. En: SMITH, Mary Jane and LIEHR, Patricia R. Middle Range Theories for Nursing. 2dn. ed. United States of America: Springer Publishing Company.

LENZ, Elizabeth et al. The Middle-Range Theory of Unpleasant Symptoms: An Update. In: Advances in Nursing Science. Aspen Publishers Inc. March 1997, vol. 19 Issue 3.

LEON EFE, Purificación. Mujeres a cuidar el corazón. Puerto La Cruz. [Consultado octubre 2, 2012] Disponible en Internet: <http://eltiempo.com.ve/tiempo-libre/salud/mujeres-a-cuidar-el-corazon>

LEÓN GALINDO, Jorge; SÁNCHEZ-MEDINA, Alfonso y MATIZ, Hernando. Estrés mental, medio ambiente y enfermedad cardiovascular. Guías de prevención primaria en riesgo cardiovascular. Tópicos Selectos. En: Revista Sociedad Colombiana de Cardiología. Bogotá, julio 2009, vol. 16 Suplemento no. 3.

LERMAN, Amir and SOPKO, George. Women and cardiovascular heart disease: clinical implications from the women's ischemia syndrome evaluation (WISE) study ¿are we smarter? In: Journal of the American College of Cardiology JACC, USA, February 7, 2006, vol. 47 no. 3 Supplement S.

LEUZZI C. Coronary artery disease: clinical presentation, diagnosis and prognosis in women. In: Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Disease. Italy, 2010, no. 20.

LEVENSON, R.W. Human Emotion. A functional View. In P. Ekman & R.J. Davidson Editions. The Nature of Emotions: Fundamental Questions. New York: Oxford University Press.

LEVIT, RD; REYNOLDS, HR. and HOCHMAN, JS. Cardiovascular disease in young women: a population at risk. In: Cardiology Review. March-April, Atlanta GA, USA, 2011, vol. 19 no. 2.

LIEHR, Patricia. Looking at symptoms with a middle range Theory Lens. In: Advanced Studies Nursing. USA, august 2005, vol. 3 no. 5.

LIEHR, Patricia. Looking at symptoms with a middle range theory Lens. In: Advanced Studies Nursing. USA, august 2005, vol. 3 no. 5.

LÓPEZ DE ULLIBARRI, Galparsoro y PITA FERNÁNDEZ S. Medidas de concordancia: el índice de Kappa. Metodología de la investigación. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Complejo Hospitalario Juan Canalejo. Coruña España, 1999, no. 6.

LOPEZ JARAMILLO, Patricio. Ponencia: Visibilidad de una revista científica. Simposio El Arte de Publicar: Congreso Colombiano de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. (24: Realizado en Cali, Valle Colombia: marzo 9 de 2012).

LUQUE, MC y RUBIO, I. ¿Qué esconde un corazón roto?: Satisfacción conyugal en enfermos con problemas cardiovasculares [en línea]. Hospital de la Santa CREU I SANT

PAU. Escuela de Terapia Familiar. Curso virtual 2007-2009. Barcelona España. [Consultado noviembre 28, 2011]. Disponible en Internet: <http://www.etsantpau.com/investigacion.html>

MAAS, Angela, et al. Red alert for women's heart: the urgent need for more research and knowledge on cardiovascular disease in women: proceedings of the workshop held in Brussels on gender differences in cardiovascular disease. 29 September 2010. In: European Heart Journal. 2011, vol. 32 no. 11.

MACKAY, MH., et al. Gender differences in symptoms of myocardial ischaemia. In: European heart journal. 2011, vol. 32 no. 24.

MANOSALVA MURILLO, Josefina. Rol del enfermero en el área de Triage. Experiencia. En: Avances en Enfermería. Enero-junio 2005, vol. 23 no. 1.

MARRINER TOMEY, Ann y ALLIGOOD RAYLE, Martha. Modelos y Teorías de Enfermería. 6a. ed. Madrid, España: Elsevier Mosby. 2008.

MARTINEZ ARIAS, María; HERNANDEZ LLOREDA, María y HERNANDEZ LLOREDA, María. Psicometría. Madrid: Alianza Editorial. 2006.

MARTINEZ CAMACHO, Isabel y MARTINEZ GIL, Sandra Yamile. Caracterización del dolor torácico tipo isquémico, de un grupo de mujeres adultas a la luz de la Teoría de los Síntomas Desagradables. Trabajo de Grado. Carrera de enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. 2002.

MARTINEZ SELLÉS, Manuel. ¿Qué tienen las mujeres en el corazón? En: Revista Española de Cardiología. España, 2007, vol. 60 no. 11.

McSWEENEY, Jean C., et al. Women's early warning symptoms of acute myocardial infarction. In: Circulation.EUA, November 2003, vol. 108.

McSWEENEY, Jean, et al. Cluster analysis of women's prodromal and acute myocardial infarction symptoms by race and other characteristics. In: Journal Cardiovascular Nursing. USA, 2010, vol. 25 no. 4.

MEDRANO SANJUR, Milena Patricia. Caracterización de los síntomas de angina en mujeres hospitalizadas en la Clínica San Juan de Dios de Cartagena. Trabajo de grado. Magister de enfermería en Cuidado Cardiovascular. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. Bogotá. 2012.

MELEIS, Afaf Ibrahim. Theoretical Nursing. Development and Progress. 4th ed. United States of America: Lippincott Williams and Wilkins. 2007.

MELIN JOHANSSON, Christina, et al. Living in the presence of death: an integrative literature review of relatives' important existential concerns when caring for a severely ill family member. In: The open nursing journal. Östersund Sweden, 2012, vol. 6.

MELNYK, Bernadette Mazurek and FINEOUT OVERHOLT, Ellen. Evidence based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice. 2th. Ed. Philadelphia. United States of North America: Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams and Wilkins. 2011.

MENDES LOPES, Ana Lucia y FRACOLLI LISLAINE, Aparecida. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em Enfermagem. En: Texto & Contexto Enfermagem. Santa Catarina Brasil, octubre-diciembre 2008, vol. 17 no. 4.

MESA MELGAREJO, Lorena y GALINDO HUERTAS, Solanye. Caracterización de las publicaciones periódicas de la enfermería en Colombia visibles en internet. En: Avances en Enfermería. Enero-junio, 2011, vol. 29 no. 1.

MIASKOWSKY, Christine and AOUIZERAT, Bradley. Is there a Biological Basis for the Clustering of Symptoms? In: Seminars in Oncology Nursing. May, 2007, vol. 23 no. 2.

MIERES, Jennifer, et al. Signs and symptoms of suspected myocardial ischemia in women: results from the what is the optimal method for ischemia evaluation in women? Trial. In: Journal of women's health. New York USA. 2011, vol. 20 no. 9.



MILLAN INFANTE, Eillen Maryibe. La experiencia del dolor torácico en la mujer con infarto agudo de miocardio. Trabajo de grado. Magister de Enfermería con énfasis en la salud cardiorrespiratoria. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2008.

MILLAN, Eillen Maryibe y DIAZ H., Luz Patricia. Experiencia del dolor torácico en la mujer con infarto agudo de miocardio. En: Avances en Enfermería. 2009, vol. 27 no. 2, p. 33-42.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, COLOMBIA. Carga de enfermedad 2005. AVISAS: Discapacidad Documento Técnico ASS/1502-08 Bogotá, octubre 2008. [Consultado noviembre 12, 2010] Disponible en Internet: <http://www.minproteccionsocial.gov.co>

MORA, Sandra y GARCÍA, Isabel. Enfermería ante el dolor torácico de origen cardiológico en una unidad de hospitalización. En: Enfermería en Cardiología. Tenerife Islas Canarias. Tercer cuatrimestre. 2005, no. 36.

MORALES, Cristina. La experiencia sociocultural del dolor: entre lo orgánico y lo psicológico [Ensayo]. En: BLOG: Antropología Arte y Transformación. Junio 15, 2011. [Consultado junio 7, 2011]. Disponible en Internet: <http://antropoart.wordpress.com/2011/06/15/la-experiencia-sociocultural-del-dolor-entre-lo-organico-y-lo-psicologico/>

MOREIRA MORA, Tania Elena. El funcionamiento diferencial del ítem: Un asunto de validez y equidad. En: Revista Avances en Medición. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2008, vol. 6.

NAKANO, Anne; MAINZ, Jan and LOMBORG, Kirsten. Patient perception and assessment of admission to acute cardiac care unit. In: European Journal Cardiovascular Nursing. 2008, vol 7 no. 1.

NAVARRO LOPEZ, Juan José y GONZALES RODRIGUEZ, Claudio Manuel. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la angina inestable. En: Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos, Perú Lima, 2009. Vol. 7 No. 1.

NEWMAN, Margaret, et al. The focus of the discipline of nursing. In: Advances in Nursing Science. 1991, vol. 14 no. 1. Traducción M. Mercedes Durán de Villalobos.

NICHOLSON, Amanda et al. Rose Questionnaire Angina in Younger Men and Women: Gender Differences in the Relationship to Cardiovascular Risk Factors and Other Reported Symptoms. In: Journal Clinical Epidemiology. EUA, 1999, vol. 52.

NIETO MUNUERA, Joaquín, et al. Psicología para las Ciencias de la Salud: Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad. Madrid España: McGraw Hill Interamericana S.A. 2004.

NUGENT, Lynn; MEHTA, Puja and BAIREY MERZ, Noel. Gender and microvascular angina. In: Journal of Thrombolysis. Los Angeles California USA. 2011, vol. 31.

NUNNALLY, Jump C. Introducción a la medición psicológica. Biblioteca de Psicometría y Psicodiagnóstico. México: Editorial Mc-Graw Hill. 1973.

O'BRIEN, F., et al. Acute coronary syndrome symptoms in patients presenting to accident and emergency departments in Ireland. In: Eur J Cardiovasc Nurs April 2009, vol. 8 S 27.

OLSON, Marian, et al. Symptoms, myocardial ischemia and quality of life in women: results from the NHLBI-sponsored WISE Study. In: European heart journal. Los Angeles California USA, 2003, vol. 24.

OLSZEWSKI WALKER, Lorraine and AVANT COALSON, Kay. Strategies for theory construction in nursing. 5th ed. 2011.

ONTANEDA, Mercy. Construcción de los Tests. Videoconferencia Universidad Católica de Loja. En el marco de la cátedra de mediciones y validaciones de los test psicométricos. Realizada desde Universidad de Manizales. Febrero 2012.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (OMS). Prevención de enfermedades crónicas: una inversión vital: 2005 [en línea]. [Consultado mayo 10, 2010] Disponible en Internet: [http://www.who.int/cho/chronic.disease\\_report/overview\\_sp.pdf](http://www.who.int/cho/chronic.disease_report/overview_sp.pdf)

OSTADAL, Bohuslav, et al. Gender differences in cardiac ischemic injury and protection. experimental aspects. In: Society for experimental biology and medicine. Czech Republic Prague 4, 2009, vol. 234.

PARDO C. MUÑOZ T. CHAMORRO C. y el grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Monitorización del dolor. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la SEMICUYC. En: Medicina Intensiva. Barcelona España, 2006, vol. 30 no. 8.

PARSHALL, Mark, et al. Dyspnea duration, distress, and intensity in emergency department visits for heart failure. In: Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care. Albuquerque, New México and Lexington, Kentucky, January, 2001, vol.30 Issue 1.

PEDREIRA, Milagros. La enfermedad cardiovascular en la mujer: Infradiagnosticada, infratratada e infrapresentada [en línea]. Sociedad Española de Cardiología. Boletín de Prensa. Enero 18 de 2011. [Consultado agosto 28, 2012]. Disponible en Internet: <http://www.fundaciondelcorazon.com/prensa.html>.

PEÑA A., José Regino. Enfoque integral de la enfermedad coronaria en el hombre. Tesis. Doctorado en Patología Existencial e Intervención en Crisis. Departamento de Psiquiatría. Universidad Autónoma de Madrid. España. 2008.

PETERSON, Sandra J. et al. Middle range theories: application to nursing research. cross the bridge of understanding from nursing theory to successful research. 2th. ed. Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams and Wilkins, 2008.

PIEH, Christoph, et al. Gender differences in outcomes of a multimodal pain management program. In: PAIN. October, 2011, vol. 153 no. 1.

PINTO AFANADOR, Natividad. La cronicidad y el cuidado familiar, un problema de todas las edades: Los cuidadores adultos. En: avances en Enfermería. Bogotá 2004, vol. 22 no. 1.

POLIT, Denise y HUNGLER, Bernadette. Investigación científica en ciencias de la salud. Principios y métodos. Cap. 9. McGraw Hill/Interamericana. 2000.

POON, Stephanie, et al. Bridging the gender gap: insights from a contemporary analysis of sex-related differences in the treatment and outcomes of patients with acute coronary syndromes. Ontario and Quebec, Canada; Bologna, Italy and Stockholm, Sweden. In: American Heart Journal. 2012, vol. 163.

PUBLINDEX. Índice Bibliográfico Nacional-IBN. I Actualización 2011. Junio 22 de 2012. [Consultado agosto 10, 2012] Disponible en Internet: <http://www.201.234.78.173.8084/publindex/www.latindex.unam.mx>

PUGH Linda, et al. Measuring women's fatigue during the postpartum period. In: Journal of nursing measurement. EUA, 1997, vol. 5 no. 1.

PUGH, Linda, et al. Clinical approaches in the assessment of childbearing fatigue. In: Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing. EUA January, 1998, vol. 28 no.1.

QIN, Rui, et al. Estimating effects of nursing intervention via propensity score analysis. In: Nursing Research. November-December. 2008, vol. 57 Issue 6.

RACINE, Mélanie et al. A Sistematic Literatura Review of 10 years of Research on Sex/Gender and Experimental Pain Perception. Part 1: ¿Are Threere Really differences Between Women and Men? In: PAIN. Montreal Quebec, Canadá march, 2012, vol. 153 no. 3.

RADLEY, Alan, et al. Problems of women compared with those of men. Following Myocardial Infarction. In: Coronary Health Care. November 1998, vol. 2 Issue 4.

RAMOS, Hugo et al. Protocolo de manejo del dolor torácico agudo sospechoso de isquemia miocárdica. En: Revista Hospital Universitario de Córdoba. Argentina, 2006, no. 35.

REISHTEIN, Judith. Relationship between symptoms and functional performance in COPD. In: Research Nursing Health. Philadelphia, USA, 2005. February 28, Issue 1.

REYES LUNA, Juan, et al. Adherencia de las enfermeras (os) a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. En: Ciencia de Enfermería. 2007, vol. 13 no. 1.

RINCÓN OSORIO, Fanny et al. La mujer con enfermedad coronaria: Reflexiones para volver a pensar en su cuidado. En: Enfermería Cardiovascular. Sociedad colombiana de

Cardiología, Capitulo de Enfermería y Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Distribuna. 2008.

RINCÓN OSORIO, Fanny et al. La mujer con enfermedad coronaria: Reflexiones para volver a pensar en su cuidado. En: Enfermería Cardiovascular. Bogotá. Distribuna. 2008.

RINCÓN OSORIO, Fanny, et al. Caracterización de los síntomas de angina en un grupo de mujeres con prueba de esfuerzo positiva. En: Revista Colombiana de Cardiología. Bogotá. mayo/julio 2007, vol. 14 no. 3.

ROJAS ANDRÚJAS, Carlos A. Pasos para desarrollar una escala. [Diapositivas Power point] [on line] [consultado noviembre 6, 2010] Disponible en Internet: <http://www.slideshare.net/carlosaandujar/pasos-para-desarrollar-una-escala>

ROJAS, Margarita; MANRIQUEZ, Germán y GÁTICA, Yanira. Teoría de Respuesta al Ítem. En: Revista de Ingeniería Informática. Chile, agosto 2004, no. 10.

ROMERO MASSA, Elizabeth. Caracterización de los síntomas de angina de pecho en las mujeres a la luz de la Teoría de los Síntomas Desagradables, Clínica Cartagena del Mar 2005 2006. Trabajo de Grado. Magister de Enfermería con énfasis en la salud Cardiorrespiratoria. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. 2007.

ROMERO MASSA, Elizabeth. Caracterización de los síntomas de angina de pecho en las mujeres a la luz de la Teoría de los Síntomas Desagradables. En: RINCÓN OSORIO Fanny et al. Enfermería Cardiovascular. Bogotá: Distribuna. 2008.

ROSILLO, Sandra. La ira y la hostilidad elevan un 19% el riesgo de sufrir una cardiopatía [en línea]. En: Notas de Prensa 24. Abril de 2012. Sociedad Española de Cardiología. [Consultado agosto 25, 2012]. Disponible en Internet: <http://www.fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/2405-ira-y-hostilidad-elevan-un-19-riesgo-de-sufrir-una-cardiopatia-y-depresion-aumenta-tres-veces-riesgo-de-muerte-tras-infarto-.html>

RUIZ, Bailen M., et al. The CRUSADE Study, evaluation model of quality in percutaneous coronary intervention, In: Medicina Intensiva, EUA, Aug-Sep. 2006, vol. 30 no. 6.

SALA, Joan et al. Impacto de la actitud frente a los síntomas en la mortalidad temprana por infarto de miocardio. En: Revista española de cardiología. España, 2005, vol. 58.

SANCHEZ HERRERA, Beatriz. Abordajes teóricos para comprender el dolor humano. En: Aquichan. Bogotá, octubre 2003, año 3 no. 3.

SANCHEZ SANCHEZ, Juan Antonio et al. Atención sanitaria basada en la evidencia. Su aplicación basada en la práctica clínica. Grupo de atención sanitaria basada en la evidencia. Integraf Magenta SL. Murcia España. 2007. [Consultado octubre 15, 2012]. Disponible en Internet: [http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar\\_publicacion&id=103&idsec=88](http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=103&idsec=88)

SANS MENÉNDEZ, Sussana. Programa de formación de formadores/as en perspectiva de género en salud. Módulo 6. enfermedades cardiovasculares: equidad. Institut d'Estudis de la Salut, Barcelona España. Marzo 22 de 2007. Plan Calidad SNS.

SBAROUNI, Eftihia; GEORGIADOU, Panagiota and VOUDRIS, Vassilis. Gender-specific differences in biomarkers responses to acute coronary syndromes and revascularization procedures. In: Biomarkers. 2011, vol. 16 no. 6.

SEPÚLVEDA MACIA Felipe. La validez de los Test y el análisis factorial: Nociones generales. En: Ciencia y trabajo. Enero-marzo 2010, año 12 no. 35.

SHAW, Leslee, et al. State-of-the-art paper: insights from the NHLBI-sponsored women's ischemia syndrome evaluation (WISE) Study. Part I: gender differences in traditional and novel risk factors, symptom evaluation, and gender- optimized diagnostic strategies. In: Journal of American College of Physician. USA 2006, vol. 47.

SHIH, Fu Jin and CHU, Shu-Hsun. Perceptions of dyspnea and helpful nursing actions. In: Heart & Lung. Taiwan, Republic of China. Vol. 28 No. 1.

SMITH, Mary Jane and LIEHR, R. Patricia. Middle Range Theory for Nursing. Springer Publishing Company. New York, 2003.

SMITH, Patrick J. and BLUMENTHAL, James A. Psychiatric and behavioral aspects of cardiovascular disease: epidemiology, mechanisms, and treatment: update: systemic diseases and the cardiovascular system (IX). En: Revista Española de Cardiología. España, 2011 vol. 64 no. 10.

SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGIA Y CIRUGIA CARDIOVASCULAR. Guía colombiana de SCA\_SEST. Bogotá, diciembre, 2008, vol. 15 suplemento 3.

SOEKEN, Karen L. Validity of Measures. In: FEHER Waltz Carolyn, STRICKLAND Ora Lea and LENZ R. Elizabeth. Measurement in Nursing and Health Research. Chap. 6. Fourth Edition. Springer Publishing Company. New York USA, 2010.

SOSA CORREA, Manuel. Escala autoinformada de inteligencia emocional. Tesis. Doctorado en ciencias cognitivas. universidad complutense de Madrid. España. 2008 Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Básica II. Procesos Cognitivos.

SOTO MORALES, Alejandra María. Factores que intervienen en la demora de la solicitud de atención médica o de enfermería, en mujeres que presentan dolor torácico de origen coronario. En: Avances en Enfermería. 2007, vol. 25 no. 2.

STIEPOVICH BERTONI, Jasna y VAQUIRO RODRIGUEZ, Sandra. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. En: Ciencia y Enfermería. Concepción Chile, Agosto 2010, vol. 16 no. 2.

TAE YU, Hee, et al. Gender-based differences in the management and prognosis of acute coronary syndrome in Korea. In: Onsei University College of Medicine. Seoul Korea. July, 2011, vol. 52 no. 4.

TAJER, Carlos. El corazón enfermo. Puentes entre las emociones y el infarto. Buenos Aires, Argentina: Editorial Libros del Zorzal. 1a. ed. 2008.

TAJER, Débora. Heridos corazones. vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. Buenos Aires Argentina: Editorial Paidós Tramas Sociales 57. 2009.

TAJER, Débora. Mujeres y enfermedad cardiovascular. Género y subjetividad en la construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en mujeres jóvenes. CEDES/FLACSO Argentina, Tesis. Magister en Ciencias Sociales en Salud. En: Anuario de investigaciones. Facultad de psicología UBA. Argentina, 2005, vol. 12. [Consultado agosto 18, 2012]. Disponible en Internet: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v13/v13a24.pdf>

TAJER, Débora. Mujeres y enfermedad cardiovascular. Género y subjetividad en la construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en mujeres jóvenes. En: Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario de investigaciones. Buenos Aires, Argentina noviembre, 2005, vol. 13

TDETHLEFSEN, Thorwald y DAHLKE, Rüdiger. La enfermedad como camino: Un método para el descubrimiento profundo de las enfermedades. Traducción: DE LA FUENTE Ana María. D.R Random House Mondadori S.A. México DF. Enero 2010

TEJERO, M.E. Cardiovascular disease in latin american women. In: Nutrition, metabolism & cardiovascular diseases. February, Colonia Lomas de Santa Fe, México, 2010, no. 20

TOBO MEDINA, Natalia y CANAVAL ERAZO, Gladys Eugenia. Las emociones y el estrés en personas con enfermedad coronaria. En: Revista Aquichan. Chía Colombia, Abril 2010, vol. 10 no. 1.

TORRES EGEA, Pilar, et al. Programas, intervenciones y redes de apoyo a los cuidadores informales en salud. En: Nursing. España 2008, vol. 26 no. 6.

TRISTAN LÓPEZ, Agustín y VIDAL URIBE, Rafael. Estándares de calidad para pruebas objetivas. Colección Aula Abierta, cooperativa Editorial Magisterio. Bogotá. 2006.

TRISTAN LÓPEZ, Agustín. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento. En: Revista Avances en Medición. México 2008, vol. 6.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Comité de propiedad intelectual. Políticas sobre propiedad intelectual. Bogotá 29 de enero. 2007. [Consultado agosto 4, 2010]. Disponible en Internet: <http://www.unal.edu.co/estatutos/egeneral/anexo2.html>

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Consejo Superior Universitario. Acuerdo Número 014 de 2006. Por el cual se crea y organiza el Sistema de Investigación de la Universidad Nacional de Colombia. 2006.

VACCARINO, Viola. Et al. Ischaemic heart disease in women: are there sex differences in pathophysiology and risk factors? position paper from the working group on coronary pathophysiology and microcirculation of the european society of cardiology. In: Cardiovascular Research. 2011, vol. 90.

VACCARINO, Viola. Ischemic heart disease in women: many questions, few facts. In: Circulation Cardiovascular Quality Outcomes. 2010, vol. 3.

VARGAS PORRAS, Carolina y MOLINA HERNANDEZ, Luz. Validez y confiabilidad del cuestionario "Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto" En: Avances en Enfermería. Bogotá, 2010, vol. 28 no. 1.

VELASQUEZ, Sandra Patricia. Ser mujer jefa de hogar en Colombia. En: revista virtual, vol. 4 no. 2. [Consultada 14 de agosto 2011]. Disponible en Internet: [http://www.dane.gov.co/revista\\_ib/html\\_r8/articulo4.html](http://www.dane.gov.co/revista_ib/html_r8/articulo4.html)

VIDAL PEREZ, Rafael, et al. Cardiopatía isquémica en la mujer. Datos del estudio CIBAR: ischemic heart disease in women, data from BARIHD Study. En: Cartas científicas Revista Española de Cardiología. España. 2012, vol. 65 no. 11. [Consultado agosto 25, 2012] Disponible en Internet <http://http://www.revespcardiol.org>

VIVES CASES, Carmen, et al. The effect of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. In: Journal of public health. December, 2010, vol. 33 no. 1.

WANG, H.-X., et al. Psychosocial stress and atherosclerosis: family and work stress accelerate progression of coronary disease in women. The stockholm female coronary angiography study. In: Journal of Internal Medicine. Houston Texas USA, 2007, vol. 261.

WATSON, Judy, et al. The impact of nurse's empathic responses on patient's pain management in acute care. In: The Nursing Research. Toronto, Canada, July - August 2000, vol. 49 no. 4.

WELCH, Eugenia and COTTRELL, Damon. Acute coronary syndromes and women: there are differences. In: Critical Care Nursing Clinics of North American. Washington USA, 2008, vol. 20.

WENGER, Nanette K. ¿What Do the 2011 American heart association guidelines tell us about prevention of cardiovascular disease in women? In: Clinical Cardiology. USA April 27, 2011, vol. 34 no. 9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO. Global Health Risks. Mortality and Burden of Disease Attributable to Select Mayor Risk 2009. [Consultado mayo 10, 2011]. Disponible en Internet: [http://www.who.int/cho/chronic.disease\\_report/overview\\_sp.pdf](http://www.who.int/cho/chronic.disease_report/overview_sp.pdf)

YAÑEZ MORENO, Silvia Marcela. Estándares internacionales y el deber de actuar con la debida diligencia en casos de violencia contra las mujeres. Foresis 2011. Datos para la vida. Artículos complementarios. [Consultado nov. 14, 2012]. Disponible en Internet: [http://www.medicinallegal.gov.co/images/stories/root/CRNV/bol\\_epidemiologicos/2011/HO MICIDIOS2004a20095PRIMEROS DEPARTAMENTOS.pdf](http://www.medicinallegal.gov.co/images/stories/root/CRNV/bol_epidemiologicos/2011/HO MICIDIOS2004a20095PRIMEROS DEPARTAMENTOS.pdf)

YOUNG HWANG, Seon, ZERWIC, Julie J. and HO JEONG, Myung. Impact of prodromal symptoms on prehospital delay in patients with first-time acute myocardial infarction in Korea. In: Journal of Cardiovascular Nursing. Korea, mayo-junio 2011. Vol. 26 No..

YURGENS, Corrine et al. Symptom Cluster of Heart Failure. In: Research Nurse Health. October 2009, vol. 32 no. 5.

ZAMBERLAN, Claudia, et al. Técnicas de observación y la temática calidad de vida: Una revisión integrativa. En: Enfermería Global. Brasil, octubre 24 2011, vol. 10 no. 24. [Consultado agosto 12, 2012]. Disponible en Internet: [www.um.es/eglobal/](http://www.um.es/eglobal/)

ZULUAGA, Diego. Procedimiento de elaboración y análisis de un instrumento psicométrico. Guía de estudio. Facultad de Psicología, asignatura psicometría. Universidad de Manizales, abril de 2006.

## **PIEZAS INVESTIGATIVAS SELECCIONADAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO**

(E.CUALITATIVO): TOBO MEDINA Natalia y CANAVAL ERAZO Gladys Eugenia. Las emociones y el estrés en personas con enfermedad coronaria. En: Revista Aquichan. Chía Colombia, Abril 2010. Vol. 10 No. 1 P.19-33.

(E.SUMATIVO). SMITH Patrick J. and BLUMENTHAL James A. Psychiatric and Behavioral Aspects of Cardiovascular Disease: Epidemiology, Mechanisms, and Treatment: Update: Systemic Diseases and the Cardiovascular System (IX). En: Revista Española de Cardiología. España, 2011. Vol. 64 No. 10 P. 924-933.

(E.SUMATIVO). RINCÓN OSORIO Fanny. La Mujer con Enfermedad Coronaria: Pautas para Volver a Pensar en su Cuidado. En: Enfermería Cardiovascular. Sociedad colombiana de Cardiología, Capitulo de Enfermería y Universidad Nacional de Colombia. Editorial Distribuna. Bogotá 2008. P. 131-142.

(E.CUANTITATIVO). MACKAY, MH. RATNER PA. JHONSON JL. HUMPHRIER KH. BULLER CE. Gender Differences in Symptoms od Myocardial Ischaemia. In: European Heart Journal. 2011. Vol. 32 No. 24 P. 3107-3114.

(E.CUANTITATIVO). KLIGERMAN Seth and WHITE Charlie. Assesment of Acute Chest Pain in the Emergency Departament: Evaluation of the Rule Out Myocardial infarction Using computer Assited Tomography (ROMICAT) Trial and Its Future complications. In: Current Cardiology Report. Baltimore USA, 2011. Vol.13 P. 6-8.



(E.SUMATIVO). BARCLAY Laurie and LIE Désirée. Acute coronary Syndromes May Be Misdiagnosed in Women. In: Medscape Education. USA, december 14, 2007. 5 p.

(E.CUANTITATIVO). RAVN-FISHER A. CAIDAH K. HARTFORD M. KARLSON T, SKIHLGREN S and PERERS E. Community-Based Gender Perspectives of Triage and Treatment in suspect Myocardial Infarction. In: International Journal of Cardiology. Vol. 156. Göteborg Sweden, 2012. P. 139-143.

(E.CUANTITATIVO). RACINE Mélanie et al. A Systematic Literature Review of 10 years of Research on Sex/Gender and Experimental Pain Perception. Part 1: ¿Are There Really differences Between Women and Men? In: PAIN. Montreal Quebec, Canadá march, 2012 Vol. 153 No. 3 P. 602-618.

(E.CUANTITATIVO). RACINE Mélanie, et al. A Systematic Literature Review of 10 years of Research on Sex/Gender and Experimental Pain Perception. Part 2: ¿Do Biopsychosocial Factors Alter Pain Sensivity differently in Women and Men? In: PAIN. Montreal Quebec, Canadá march, 2012 Vol. 153 No. 3 P. 619-635.

(E.CUALITATIVO). MILLAN Eillen Maryibe, DIAZ H. Luz Patricia. Experiencia del dolor torácico en la mujer con infarto agudo de miocardio. En: Avances en Enfermería. Chía Cundinamarca, 2009. Vol. XXVII No.2 P.33-42.

(E.CUALITATIVO). RINCON O. Fanny, GARNICA Gloria, DURAN DE VILLALOBOS María Mercedes, RODRIGUEZ Jaime. Caracterización de los síntomas de angina en un grupo de mujeres con prueba de esfuerzo positiva. En: revista colombiana de cardiología. Bogotá, mayo-junio, 2007. Vol.14 No.3 P.159-172.

(E.CUANTITATIVO). O'BRIEN F. MCKEE G. MOSER D. O'DONNELL S. MOONEY M. Acute coronary syndrome symptoms in patients presenting to accident and emergency departments in Ireland. Abstracts of the 9th Annual Spring Meeting on Cardiovascular Nursing / European Journal of Cardiovascular Nursing. In: Journal of Cardiovascular Nursing. Kentucky USA, 2009 P. S1-S52.

(E.CUALITATIVO). SOTO MORALES Alejandra María. Factores que intervienen en la demora de la solicitud de atención médica o de enfermería, en mujeres que presentan dolor torácico de origen coronario. En: Avances en Enfermería. Chía Cundinamarca, 2007. Vol. XXV No.2 P.58-64.

(E.CUALITATIVO). CORTES CASTRO, Luis Alberto. Tipificación del síntoma dolor torácico tipo isquémico en la mujer, a la luz de la Teoría de los Síntomas Desagradables. En: Revista Avances en Enfermería. Chía Cundinamarca Colombia, 2007. Vol. XXV No. 2 P. 76-78.

(E.CUALITATIVO). TAJER Débora. Mujeres y enfermedad cardiovascular. Género y subjetividad en la construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en mujeres jóvenes. En: Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario de investigaciones. Buenos Aires, Argentina noviembre, 2005. Vol. XIII. P. 239-248.

(E.CUANTITATIVO). WANG H.-X., LEINEWEBER C., KIRKEEIDE R., SVANE B., SCHENCK-GUSTAFSSON K., THEORELL & ORTH-GOMER K. Psychosocial Stress and Atherosclerosis: Family and Work Stress Accelerate Progression of Coronary Disease in Women. The Stockholm Female Coronary Angiography Study. In: Journal of Internal Medicine. Houston Texas USA, 2007. Blackwell Publishing Ltda. Vol. 261. P. 245–254.

(E.CUANTITATIVO). OLSON Marian B. Et al. Symptoms, Myocardial Ischemia and Quality of life in women: Results from the NHLBI-sponsored WISE Study. In: European Heart Journal. Los Angeles California USA, 2003 Vol. 24 P. 1506–1514.

(E.SUMATIVO). SHAW Leslee et al., STATE-OF-THE-ART PAPER: Insights From the NHLBI-Sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) Study. Part I: Gender Differences in Traditional and Novel Risk Factors, Symptom Evaluation, and Gender-Optimized Diagnostic Strategies. In: Journal of American College of Physician. USA, 2006. Vol. 47. P.21-29.

(E.SUMATIVO). BAIREY MERZ C. Noel. Et al. STATE-OF-THE-ART PAPER: Insights From the NHLBI-Sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) Study. Part II: Gender Differences in Presentation, Diagnosis, and Outcome With Regard to Gender-Based Pathophysiology of Atherosclerosis and Macrovascular and Microvascular Coronary Disease. In: Journal American College of Cardiology. Florida, United States of North America. February 7, 2006. Vol. 47 No. 3 Supplement S. P. 4S–20S

(E.SUMATIVO). LERMAN Amir and SOPKO George. Women and Cardiovascular Heart Disease: Clinical Implications from the Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) Study ¿ Are We Smarter? In: Journal of the American College of Cardiology JACC, USA, February 7, 2006 Vol. 47, No. 3 Supplement S. P.59S– 62S.

(E.SUMATIVO). ARSLANIAN ENGOREN Cynthia and ENGOREN Milo. Physiological and Anatomical Bases for Sex Differences in Pain and Nausea as Presenting Symptoms of Acute Coronary Syndromes. In: Heart & Lung. USA, September-October 2010. Vol. 39 P. 386-393.

(E.SUMATIVO). VACCARINO Viola. Et al. Ischaemic Heart Disease in Women: Are There Sex Differences in Pathophysiology and Risk Factors? Position Paper from the Working Group on Coronary Pathophysiology and Microcirculation of the European Society of Cardiology. In: Cardiovascular Research. 2011 Vol. 90 P. 9-17.

(E.CUANTITATIVO). YOUNG HWANG Seon, ZERWIC Julie J. and HO JEONG Myung. Impact of Prodromal Symptoms on Prehospital Delay in Patients with First-Time Acute Myocardial Infarction in Korea. In: Journal of Cardiovascular Nursing. Korea, mayo-junio 2011. Vol. 26 No. 3 P. 194-201.

(E.SUMATIVO). DEVON Holli A. SABAN Karen L. and GARRET Donna K. Recognizing and Responding to Symptoms of acute coronary Syndromes and Stroke in Women. In: JOGNN. JOGNN and the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. California USA. 2011. Vol. 40 No. 3. P. 372-382.

(E.SUMATIVO). CANTO John G. GOLDBERG Robert J. HAND Mary M. BONOW Robert O. SOPKO George, PEPINE Carl J. And LONG Terry. Symptom Presentation of Women with Acute Coronary Syndromes: Myth vs. Reality. In: Archives of internal Medicine. December10, 2007. Vol. 167. No. 22. P. 2405-2413.

(E.SUMATIVO). LEUZZI C. Coronary Artery Disease: Clinical Presentation, Diagnosis and Prognosis in Women. In: Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Disease. 2010 No. 20. P. 426-435.

(E.CUANTITATIVO). D' ANTONO Bianca, DUPUES Gilles, FORTIN Christophe, ARSENAULT Andre and BURELLE Denis. Angina Symptoms in Men and Women with Stable Coronary Artery Disease and Evidence of Exercise-induced Myocardial Perfusion Defects. Montreal Quebec Canada. In: American Heart Journal. 2006. Vol.151 No. 4 P. 813-819.

(E.SUMATIVO). DEVON Holli A. SABAN Karen L. and GARRET Donna K. Recognizing and Responding to Symptoms of acute coronary Syndromes and Stroke in Women. In: JOGNN. JOGNN and the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. California USA. 2011. Vol. 40 No. 3. P. 372-382.

(E.CUANTITATIVO). MIERES Jennifer H. et a. Signs and Symptoms of Suspected Myocardial Ischemia in Women: Results from the What is the Optimal Method for Ischemia Evaluation in Women? Trial. In: Journal of Women's Health. New York USA, 2011. Vol. 20 No. 9 P. 1261-1269.

(E.CUANTITATIVO). MCSWEENEY Jean C. CLEVES Mario A. WEIZHI Zhao, LEFLER Leanne L. And SHENGPING Yang. Cluster Analysis of Women's Prodromal and Acute Myocardial Infarction Symptoms by Race and Other Characteristics. In: Journal Cardiovascular Nursing. USA, 2010. Vol. 25 No. 4 P. 311-322.

(E.SUMATIVO) SMITH Patrick J. and BLUMENTHAL James A. Psychiatric and Behavioral Aspects of Cardiovascular Disease: Epidemiology, Mechanisms, and Treatment: Update: Systemic Diseases and the Cardiovascular System (IX). España, 2011.

(E.SUMATIVO). WELCH Eugenia, COTTRELL Damon B. Acute Coronary Syndromes and Women: There are Differences. In: Critical Care Nursing Clinics of North American. Washington USA, 2008. Vol. 20. P. 273-276.