



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Caracterización de los síntomas de angina en mujeres pos síndrome coronario agudo en el marco de la teoría de Lenz y col.

Yamile Ochoa Larrota

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Maestría En Enfermería

Bogotá, Colombia

2013

Caracterización de los síntomas de angina en mujeres pos síndrome coronario agudo en el marco de la teoría de Lenz y col.

Yamile Ochoa Larrota

**Tesis de grado para optar al título de
Magíster en enfermería con énfasis en salud cardiovascular**

**Directora
Fanny Rincón Osorio
Magister en Enfermería**

**Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Maestría En Enfermería
Bogotá, Colombia
2013**

Dedicatoria

A Dios por permitirme avanzar una vez más.
A mi madre por sus oraciones y mi hermana por su apoyo.
A mi maestra Fanny Rincón que siempre creyó en mí.
A mis dos hermosas hijas fuente de fuerza e inspiración.

AGRADECIMIENTOS.

Agradezco infinitamente a todas las personas que me apoyaron en la culminación de esta meta, a mis profesoras de maestría, a mis estudiantes, a la institución Sagrada Familia y muy especialmente a cada mujer que me permitió compartir su experiencia de vida.

Resumen

La enfermedad isquémica del corazón en Colombia representa la primera causa de muerte en la población femenina con un total 12, 962 casos reportados para el 2011, según informe del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, con tendiente feminización de la mortalidad; se prevé que estas cifras continuarán creciendo significativamente para el 2030, convirtiéndose así en el asesino silencioso de las mujeres representando el 65% del total de muertes en la población femenina¹.

Este artículo expone la Caracterización de los síntomas de angina en mujeres que experimentaron síndrome coronario agudo, hospitalizadas en la clínica Sagrada Familia de Armenia. El abordaje es tipo descriptivo exploratorio con abordaje cualitativo, se empleó una entrevista semiestructurada basada en una guía temática fundamentada en la teoría de los síntomas desagradables de Lenz y Col, la muestra estuvo conformada por 14 mujeres a quienes se les confirmó el diagnóstico de enfermedad coronaria que cursaron con síndrome coronario agudo o angina.

El estudio permitió identificar un grupo predominante dado entre los 60 y 70 años, encontrando, doce (12) participantes, lo cual define una asociación existente entre la edad y la prevalencia de factores de riesgo para enfermedad coronaria.

En relación a los **Factores Determinantes**; surgen dos categorías relevantes **“yo no he hecho nada para que me dé infarto”** **“Me dio como le da a todo el mundo”** estas dos categorías se integran mediante expresiones dirigidas a describir la situación como un fenómeno independiente.

En los **Factores Fisiológicos**; la hipertensión arterial y la dislipidemia se presenta en la totalidad de las participantes, la diabetes mellitus tipo 2 se halló en tres (3), las (14) catorce mujeres nueve (9) se declararon como sedentarias y cinco (5) con obesidad.

En cuanto a lo expresado en la Dimensión del síntoma, se halló en calidad; la expresión de desespero, desasosiego que se presenta simultáneamente con el síntoma, asociada a una sensación de intranquilidad dada por la misma severidad del cuadro.

Dentro de las consecuencias del síntoma tomó gran importancia la categoría **“ya están aburridos conmigo”**. Expresiones que reflejan el proceso de enfermar en relación con la demanda de cuidado a la familia y las tensiones que ocasiona.

¹ DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE). Estadísticas vitales 2011. [en línea]. [Consultado mayo 2013]. Disponible en Internet: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&id=73&Itemid=119

Como hallazgos adicionales en la exploración de significados, surgió un tema característico y permanente en la narrativa denominado "Respuesta al síntoma: "Afrontamiento". En este marco de ideas se identificaron las siguientes categorías emergentes; "**Señor en tus manos estoy**", "**Me puse una pastica de bajo de la lengua**", "**Cuando ya no aguanté más, pedí ayuda**".

Una de las conclusiones de este estudio demuestra cómo la familia se advierte como un agente estresor, generador de preocupaciones y de tensión. Las situaciones al interior del núcleo familiar y las que se derivan de éste como la vida en pareja, relación con los hijos, nueras, nietos, crianza, incluso la viudez, repercuten de forma dramática en la expresión del síntoma de angina en la mujer.

Palabras clave: Atención de Enfermería, síntoma, mujeres, síndrome coronario agudo, afrontamiento.

Abstract.

Ischemic heart disease in Colombia is the leading cause of death in the female population with a total of 12, 962 cases reported for 2011, as reported by the "Departamento Nacional de Estadística DANE", with tending feminization of mortality is anticipated that these numbers will continue to grow significantly by 2030 , becoming the silent murderer of women representing 65 % of all deaths among women .

This article focuses on the characterization of the symptoms of angina in women who experienced acute coronary syndrome, hospitalized in clinical Holy Family of Armenia. The approach is exploratory descriptive qualitative approach , a semi-structured interview based on a topic guide based on the theory of unpleasant symptoms Lenz et al, the sample consisted of 14 women who were confirmed the diagnosis of coronary artery disease was used they were enrolled with acute coronary syndrome or angina.

The study identified a predominant group given between 60 and 70 months, with twelve (12) participants, which defines an association between age and the prevalence of risk factors for coronary heart disease.

Regarding the Determinants, two relevant categories emerge " I have not done anything to give me heart attack " " I did not like to give everyone" these two categories are integrated through expression directed to describing the situation as a separate phenomenon .

In Physiological factors , hypertension and dyslipidemia occurs in all the participants , diabetes mellitus type 2 was found in three (3) , the (14) fourteen women nine (9) was declared as sedentary five (5) in obesity.

As expressed in the dimension of the symptom, as was found , the expression of despair , anxiety that occurs simultaneously with the symptoms associated with an uneasy feeling given by the same severity of the disease .

In the aftermath of the symptom became very important category " are already bored with me." Expressions that reflect the disease process in relation to the demand for family care and tensions it creates.

Coping " as additional findings on examination of meanings, a characteristic and constant theme in the narrative called" Response to symptom " emerged. " Lord, into thy hands I am ", " I put a low pastica language ", " When you no longer stand it anymore , I asked for help " in this framework of ideas the following emergent categories were identified.

One conclusion of this study shows how the family is seen as a stressor , generator and voltage concerns . Situations within the family unit and those derived from it as life partner, relationship with children , daughters , grandchildren, foster even widowhood , dramatically affect the expression of symptoms of angina in women.

Key words: Nursing Care, women, Acute Coronary Syndrome, Resilience

Contenido

1. Marco de referencia	17
1.1 Área problema.....	17
1.1.1 Estudios nacionales relacionados con síntomas de angina en la mujer.	21
1.2 Justificación.....	26
1.3 Tema.....	29
1.4 Problema.....	29
1.5 Objetivos.....	29
1.5.1 Objetivo general.....	29
1.5.2 Objetivos contributorios	29
1.6 Definición de conceptos	30
1.6.1 Angina.	30
1.6.2 Síndrome coronario agudo (SCA).....	31
1.6.3 Caracterización de los síntomas de angina según la teoría de los síntomas desagradables.....	32
2. Marco conceptual.....	33
2.1 La teoría de síntomas desagradables de Lenz y col.....	33
3. Marco de diseño.....	35
3.1 Tipo de estudio.....	35
3.2 Participantes en el estudio	35
3.3 Criterios de inclusión	35
3.4 Criterios de exclusión	35
3.5 Muestra	36
3.6 Procedimiento para coordinar la recolección de información.....	37
3.7 Entrevista semiestructurada	37
3.8 Metodología para el análisis de la información: análisis de contenido	37
3.9 Riesgos de validez	39
3.9.1 Validez externa.	39
3.10 Muestra significativa.....	40
3.11 Manejo de la información	40
3.11.1 Riesgos en el análisis de la información.	40
3.12 Resultados esperados.....	41
3.13 Consideraciones éticas	41
3.14 Inmersión al campo	42
4. Marco de análisis	45
4.1 Identificación del material empírico	45
4.2 Lectura superficial	45
4.3 Definición de unidades de registro (ur)	45
4.4 Codificación.....	46
4.5 Categorización	46

5. Resultados	47
5.1 Descripción demográfica:.....	47
5.2 Factores determinantes.	48
5.2.1 Análisis Factores determinantes.....	58
5.3 Dimensiones del síntoma.....	63
5.4 Análisis de la información:	84
5.4.1 Dimensiones del síntoma: calidad:	84
5.4.2 Síntomas acompañantes.....	86
5.4.3 Irradiación del síntoma.	89
5.4.4 Intensidad.....	89
5.4.5 Duración del síntoma.....	90
5.4.6 Angustia o desazón.....	91
5.5 Consecuencias de la experiencia del síntoma.	93
5.5.1 Consecuencias análisis y resultados	99
5.6 Hallazgos adicionales en la exploración de significados: afrontamiento.....	101
5.7 Análisis integrado.....	109
6. Conclusiones	113
7. Limitaciones y Recomendaciones.....	117
7.1 Limitaciones.....	117
7.2 Recomendaciones	117

Lista de Anexos

	Pág.
Anexo 1. Caracterización de los síntomas de angina en mujeres de la ciudad de Armenia	121
Anexo 2. Consentimiento informado	125
Anexo 3. Solicitud autorización, para utilizar la entrevista semiestructurada	126
Anexo 4. Calidad: categorías emergentes	127
Anexo 5. Consecuencias	128
Anexo 6. Afrontamiento	130
Anexo 7. Afrontamiento y vulnerabilidad	131

Introducción

La enfermedad isquémica del corazón en Colombia representa la primera causa de muerte en la población femenina con un total 12, 962 casos reportados para el 2011, según informe del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, con tendiente feminización de la mortalidad; se prevé que estas cifras continuarán creciendo significativamente para el 2030, convirtiéndose así en el asesino silencioso de las mujeres representando el 65% del total de muertes en la población femenina².

La enfermedad cardiovascular en la mujer ha venido adquiriendo un gran impacto en el país, no sólo desde lo relacionado con el sistema de salud, costos y consecuencias a nivel social y familiar, sino también la simbiosis resultante de factores asociados a violencia, la marginación, el desplazamiento forzado, las actividades específicas de género y la presión del medio que constituyen como sumatoria un contexto de riesgo para la enfermedad coronaria.

En Colombia, la enfermedad isquémica del corazón se ha ubicado de manera persistente como la primera causa de muerte en las mujeres, situación que se relaciona con una historia amplia de factores de riesgo, antecedentes personales y familiares que determinan cambios en el estilo de vida de la mujer, que a su vez repercuten a nivel familiar, laboral y por ende en su estado de salud.

Para la disciplina de enfermería es pertinente ampliar la base de conocimientos relacionados con los fenómenos de salud en la población femenina, con el fin de orientar la práctica desde la comprensión y valoración de la experiencia en sí misma. Dentro de los síntomas de la enfermedad coronaria (EC) se encuentra la angina de pecho, que a su vez es una sumatoria de diversos síntomas, que en la mujer se expresan como un fenómeno subjetivo, enmarcado e influenciado por aspectos personales y del entorno antes, durante y posterior a su presentación.

En especial para la línea de investigación Cuidado a la Mujer con Enfermedad Coronaria de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, que ha venido indagando la caracterización de los síntomas de angina en diferentes ciudades de Colombia, es de interés contar con la caracterización de los síntomas de angina en la mujer que presenta síndrome coronario agudo en la región del Eje Cafetero, con el fin de

² DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE). Estadísticas vitales 2011. Op. cit: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&id=73&Itemid=119

conocer las diferentes formas de manifestación del síntoma, su significado e interpretación, como también las diferentes circunstancias que afectan la experiencia de síntoma, narrado propiamente por la mujer que lo vive, la cual hasta el momento no está descrita en la línea de investigación como tampoco en la literatura.

Los resultados de este estudio buscan contribuir al conocimiento en esta área, con el fin de implementar nuevas formas de evaluación, valoración y comprensión de los síntomas de angina en la mujer, de manera que se brinde un cuidado específico y acorde con la realidad de la mujer, en especial la de esta región.

1. Marco de referencia

1.1 Área problema

En Colombia, la enfermedad isquémica del corazón es la principal causa de muerte tanto en hombres como en mujeres, superando las muertes violentas o los cánceres combinados. Para el 2011, según registros del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, fallecieron 12.962 mujeres a causa de enfermedad coronaria.³

A pesar de esto, sólo el 18% de las mujeres reconoce el evento coronario en comparación al 30% de los hombres, tiende a exhibir mayor sintomatología de origen gástrico, utiliza diferentes términos para explicar su experiencia que puede llevar a confusiones o interpretaciones variadas de manera que no permite un diagnóstico rápido.⁴

Lo paradójico de la situación es la poca importancia que la mujer le da a este grave problema de salud. El desconocimiento de los síntomas típicos del dolor isquémico en Infarto Agudo de Miocardio, obstaculiza la solicitud oportuna de atención médica. En el estudio *Understanding Treatment - Seeking Delay in Woman With Acute Myocardial Infarction: Descriptions of decisión – Making Patterns*⁵ las mujeres que reconocieron los síntomas como de alto riesgo para la vida, entraron cuanto antes al sistema de urgencias, en menos de una hora desde el inicio del síntoma, siendo modelo de comportamiento deseado para minimizar el tiempo de toma de decisiones, favoreciendo el diagnóstico y en tratamiento oportuno.

Lamentablemente este comportamiento no es generalizado en la población femenina, la amplia gama de expresiones de dolor, sujetas a factores culturales, afectivos y del

³ DANE. Estadísticas vitales 2011. Op. cit.:
http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&id=73&Itemid=119

⁴ MILLER, Christine. Cue sensitivity in Women with cardiac disease. *In: Progress in Cardiovascular Nursing*. June 2000, vol. 15 Issue 3, p. 82–89.

⁵ ROSENFELD, Anne; LINDAUER, Alison and DARNEY, Blair. Understanding treatment – Seeking Delay in Woman with acute Myocardial infarction: Descriptions of Decision – Making Patterns. *In: American Journal of Critical Care*. July 2005, vol. 14 no. 4, p. 285-93.

entorno, sumado a una sintomatología florida y poco conocida como típica, tiende a confundir y entorpecer la interpretación por parte del profesional de salud.

Las mujeres no solo deben sostener una lucha con sus convicciones culturales de responsabilidad y afecto, sino también, con las que impone el sistema de salud en cuanto a cobertura y atención, esto dificulta aún más la posibilidad de recibir atención en salud de una forma oportuna.

Cadwell, halló que las mujeres demoran más en responder a los síntomas, los juzgan como insignificantes y le atribuyen causas benignas, sus respuestas al síntoma están influenciadas por experiencias previas, compromiso con terceros y creencias.⁶

La experiencia del dolor en la mujer está revestida de diversos matices que determinan su conducta. El aspecto cultural cobra vigencia, si se entiende como lo aprendido y culturalmente y socialmente aceptado, lo que determina que a pesar de que cuente con la información necesaria, la mujer antepone sus creencias en el momento de actuar o tomar decisiones, en consecuencia la percepción de salud y enfermedad se ve influenciada de la misma manera.⁷

De igual forma se puede apreciar que no existe relación entre estar enfermo e ir al médico, ya que este fenómeno está mediado por un proceso social en el que interviene la percepción individual y la forma en que el paciente interpreta los síntomas. Los significados que las personas atribuyen al síntoma están moldeados social y culturalmente.⁸ Esto explica en parte, el comportamiento que adopta la mujer cuando experimenta sensaciones que comprometan su estado de salud.

El fenómeno que vive la mujer con angina, se traduce en dolor en los episodios tanto agudos como crónicos, esta experiencia conlleva a un proceso sistemático y organizado, que inicia con la valoración, donde se interpreta el significado del síntoma, se le atribuye importancia según su gravedad e intensidad, las mujeres utilizan la pérdida de funcionalidad como un criterio para atribuir importancia al síntoma, a su vez, la valoración determina la necesidad de buscar ayuda.⁹

En este sentido, la posibilidad de la detección temprana de la enfermedad se escapa del alcance de los servicios de salud, pues el síntoma de dolor no discapacitante, o que cede en el reposo, no es motivo de consulta, razón por la cual las pacientes demuestran una

⁶ CALDWELL, Mary and MIASKOWSKI, Christine. The Symptom experience of angina in women. *In: Nursing*. 2000, vol. 1 no. 3, p. 69-78.

⁷ De La CUESTA BENJUMEA, Carmen. Las mujeres y el manejo de un síntoma: de la valoración a la selección. *En: Salud Pública de México*. Marzo a abril, 1999, vol. 41 no. 2, p. 124-129.

⁸ *Ibid.*, p. 124-129.

⁹ *Ibid.*, p. 126.

larga convivencia con el síntoma. El estudio de Soto demostró cómo la mujer con dolor torácico de origen coronario, le atribuye causas de origen extracardiaco y la convivencia con el síntoma es de larga data.¹⁰

El mismo estudio plantea cómo las mujeres instauran tratamientos caseros como un esfuerzo para mantener el control. Esto a su vez coincide con el comportamiento de las mujeres en la última etapa de valoración del síntoma, cuyo objetivo es tomar la decisión de solicitar ayuda. Estas pueden optar por buscar ayuda profesional, la legal o el autocuidado según lo afirma De la Cuesta en su estudio: *“Las mujeres y el manejo de un síntoma: de la valoración a la selección”*.¹¹

Es evidente que a pesar que la Enfermedad Coronaria es una entidad que pone en riesgo la vida, la mujer subvalora el síntoma, entrando en una cascada de situaciones que desfavorecen su bienestar. El proceso de evaluación del síntoma en el caso de la mujer se transforma en una sucesión de pasos que consumen tiempo irrecuperable, pues en gran parte el pronóstico depende de la oportunidad del tratamiento instaurado. A pesar que los estudios demuestran una mayor mortalidad en las mujeres con IAM con elevación del segmento ST que son llevadas a angioplastia coronaria transluminal percutánea ACTP, se encontró un aspecto relevante que se atribuyó al retraso que se produjo en el ingreso y la realización de la ACTP, es probable que dicho retraso tuviera como principal repercusión una menor eficacia de la reperfusión.¹²

También se demostró, la existencia de un sesgo de género para la realización de coronariografías: las mujeres reciben con menor frecuencia la medicación, tienen menos posibilidad de reperfusión y revascularización.¹³

De igual manera el estudio del grupo VPM-IRYSS-Andalucía (Atlas VPM-Red de investigación cooperativa para la Investigación en Resultados de Salud y Servicios Sanitarios) halló que las mujeres hospitalizadas por IAM o AI han accedido con menor frecuencia que los varones al uso de procedimientos diagnósticos y terapéuticos cardiovasculares intervencionistas, teniendo en cuenta que este es una de las primeras investigaciones con una muestra homogénea, se eligió una población definida de

¹⁰ 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 línea]. En: Avances en Enfermería. Jul-dic. 2007, vol. 25 no. 2, p. 58-64. Disponible en Internet: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv2_6.pdf

¹¹ De La CUESTA BENJUMEA, Carmen. Op. cit., p. 124-129.

¹² FIGUERAS, Jaume. Mayor mortalidad en la angioplastia primaria en la mujer. ¿Sigue el enigma del sexo? [en línea] En: Rev. Esp. Cardiol. 2006, vol. 59 no. 11, p. 1096-8. Disponible en Internet: <http://www.revespcardiol.org/en/mayor-mortalidad-angioplastia-primaria-mujer-/articulo/13096146/>

¹³ ALFONSO, Fernando; BEJARANO, Javier y SEGOVIA, Javier. Enfermedades cardiovasculares en la mujer: ¿por qué ahora? [en línea] En: Rev. Esp. Cardiol. 2006, vol. 59 no. 3, p. 259-63. Disponible en Internet: <http://www.revespcardiol.org/es/enfermedades-cardiovasculares-mujer-por-que/articulo/13086083/>

pacientes, con un ingreso urgente por un diagnóstico firme. Este trabajo pone de manifiesto que, una vez hospitalizadas, también se les dedica un menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico, ya que no han recibido ningún procedimiento intervencionista en el curso de su ingreso en el 86,2% de los casos, casi un 10% menos que los varones.¹⁴

Este panorama desalentador desde lo biomédico no varía desde la disciplina de enfermería en lo que respecta al reconocimiento temprano de los síntomas de isquemia miocárdica en la mujer como lo demuestra Loeb, Zbiera, Jewski en Myocardial Infarction in Women Promoting Symptom Recognition, Early Diagnosis, and Risk Assessment,¹⁵ quien planteó que los proveedores de salud a menudo no poseen conocimiento suficiente para diferenciar los síntomas tanto típicos como atípicos del evento coronario, el diagnóstico de riesgo, tratamientos y resultados entre hombres y las mujeres con enfermedad coronaria de igual manera arguye que es el profesional de enfermería el llamado a tomar un papel preponderante y decisivo en la intervención y toma de conciencia en las mujeres.

Es evidente como se van orquestando un sinnúmero de factores, tanto de la persona que padece el síntoma, como de aquellos que atienden la solicitud de atención médica, que desfavorecen la oportunidad de tratamiento adecuado y oportuno para la mujer con dolor torácico de etiología isquémica, empeorando el pronóstico de calidad de vida de la población femenina.

Otro aspecto que vale la pena señalar por su importancia, es el impacto a nivel emocional y afectivo que deja el Infarto Agudo de miocardio en la mujer. Se ven afectadas sus relaciones tanto laborales, familiares y sociales, influyendo en aspectos tanto físicos, afectivos e incluso sexuales que la obligan a realizar cambios drásticos en su estilo de vida con el fin de conservar la salud.¹⁶

Hasta el momento los estudios han demostrado una gran variedad de formas consideradas como atípicas en la expresión y presentación del síntoma de isquemia miocárdica en la mujer, estos factores se suman a la falta de información de la mujer sobre el proceso de enfermedad sumado al desconocimiento por parte del personal de la

¹⁴ AGUADO, María; MÁRQUEZ, Soledad y BUZÓN, María. Diferencias entre mujeres y varones en el acceso a procedimientos cardiovasculares intervencionistas en los hospitales públicos de Andalucía [en línea]. *En: RevEspCardiol.* 2006, vol. 59 no. 8, p. 785-93. Disponible en Internet: http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13091882&pident_usuario=0&pcont_actid=&pident_revista=25&ty=122&accion=L&origen=cardio&web=http://www.revespcardiol.org&lan=es&fiche_ro=25v59n08a13091882pdf001.pdf

¹⁵ LOEB, Susan and ZBIERAJEWSKI, Samantha. Myocardial Infarction in women: promoting symptom recognition, early diagnosis, and risk assessment. *In: Dimensions of critical care nursing.* February. 2009, vol. 28 no. 1, p. 1-6.

¹⁶ MILLÁN, Eillen Maryibe y DIAZ, Luz Patricia. Experiencia del dolor torácico en la mujer con infarto del miocardio. *En: Avances en enfermería.* 2009, vol. 27 no. 2, p. 33-42.

salud, factor que conlleva a una dilación en la consulta por parte de la mujer y a una demora en el diagnóstico y manejo oportunos.

1.1.1 Estudios nacionales relacionados con síntomas de angina en la mujer.

Cortés, en su estudio *Tipificación del síntoma dolor torácico tipo isquémico en la mujer*, describe las categorías relevantes en lo relacionado a los factores determinantes en una muestra con 30 mujeres en la ciudad de Girardot.

Entre los factores determinantes psicológicos, relacionados con la información sobre la enfermedad y la causa del síntoma se determinaron las categorías: “lo que las mujeres creen y conocen del síntoma y la enfermedad”, “lo que dicen a las mujeres”, “lo que las mujeres no saben”, “la identificación y necesidad de cambio”.

Dentro de dimensiones del síntoma, específicamente en cuanto a calidad, en este estudio se encontraron las siguientes categorías: “Gran compromiso del ser”, “Subvaloración de una gran sensación”, “El dolor como proceso creciente” y “Cascada de síntomas”; también la sintomatología gastrointestinal está presente. La localización se presentó así: 16 mujeres lo ubicaron en el tórax anterior, 12 lo describieron en el abdomen parte superior y sólo 2 lo refirieron en zonas múltiples como el antebrazo, tórax y cuello o en escápula, tórax y hombro.

En relación con irradiación, 16 mujeres describieron la irradiación del dolor hacia el tórax posterior, en 9 mujeres se irradió hacia distintas partes incluyendo combinaciones como por ejemplo, mandíbula, oído y espalda, o todo el cuerpo y el brazo izquierdo brazo izquierdo y derecho. En cuanto a intensidad del síntoma, 93.4 % de las mujeres refiere dolor intenso promedio en 9.48 cm (VAS); el 6.6% de las mujeres la calificó como moderado, con un promedio de 6.25 cm.

El autor coincide con otros estudios como el de Rincón, en afirmar que las mujeres con dolor torácico subvaloran el síntoma, que hay una expresión de síntomas simultáneos, utilizan diferentes estrategias de cuidado mediadas por creencias culturales.¹⁷

Soto, desarrolló un estudio en la ciudad de Ibagué, con 12 mujeres participantes y trabajó sobre los factores que intervienen en la demora de la solicitud de atención médica o de enfermería en mujeres que presentan dolor torácico de origen coronario demostrando la presencia de tres nuevos factores no descritos con anterioridad en los estudios revisados

¹⁷ CORTÉS, Luis Alberto. Tipificación de los síntomas del dolor torácico tipo isquémico en la mujer a la luz de la teoría de los síntomas desagradables. Tesis. Maestría en Enfermería con énfasis en cuidado para la salud cardiovascular. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2006, p. 65-90.

de Cadwell, Miller y De la Cuesta: la influencia de terceros, la desprotección de seres queridos y el deseo de no preocupar a otros.¹⁸ A su vez, la capacidad de respuesta de las mujeres estuvo encaminada a controlar el síntoma, la selección de tipo de ayuda dependió de terceros y de experiencias previas con proveedores de salud formales y legos.

El dolor en el pecho fue descrito como una opresión y el tiempo de demora fue aproximadamente de 1 a más de 48 horas, en el cual se manifestaron las fases descritas por la literatura como el proceso del manejo del síntoma, pero además se pudo observar la presencia de nuevos factores de importancia.¹⁹

Rincón²⁰, desarrolló un estudio con 15 mujeres con edades entre los 52 y 80 años, con dolor o disconfort torácico y prueba de esfuerzo positiva para enfermedad coronaria en Bogotá. La caracterización de los síntomas de angina en estas mujeres, demostró la localización “pecho” como la palabra enunciada por 12 mujeres (80%) para describir la zona donde se experimenta el síntoma, la región precordial (once), así como la irradiación hacia el brazo izquierdo (ocho) y el cuello (cuatro). Cabe resaltar otros lugares como hemitórax derecho (dos) y la escapula izquierda o espalda alta (tres) menos referidos en la literatura.

En cuanto a calidad y términos referidos al síntoma se identificó la categoría de “dolor” en su mayoría, seguidas de la expresión de opresión, y en un grupo, la expresión de simultaneidad de síntomas en especial de origen respiratorio. Lo más llamativo representa la forma como las pacientes dan una connotación de algo pequeño al síntoma “subvaloración del síntoma”.

Dentro de las narrativas se halló la categoría “onda o proceso” o fluido de hechos concatenados en un hilo sintomático que compromete importantes áreas del cuerpo.

En cuanto a la duración del episodio, se encontró que fue menor de una hora en siete pacientes (46%), y el tiempo en que venían presentando la sintomatología oscilo entre un día (13.3), y el 33% un tiempo mayor a cinco años.²¹

¹⁸ SOTO MORALES, Alejandra María. Factores que intervienen en la demora de la solicitud de atención médica y/o de enfermería en mujeres que presentan dolor torácico de origen coronario. Tesis. Maestría en Enfermería con énfasis en salud cardiovascular. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2006, p. 84-85.

¹⁹ Ibid.

²⁰ RINCON O, Fanny et al. Caracterización de los síntomas de angina en un grupo de mujeres con prueba de esfuerzo positiva [en línea]. *En: Rev. Col. Cardiol.* Bogotá, jul. 2007, vol. 14 no. 3, p. 159-172 Disponible en Internet: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332007000300005

²¹ Ibid.

Posteriormente, Rincón desarrolló otro estudio en donde depuró los criterios de selección de las mujeres participantes, (32 mujeres con enfermedad coronaria demostrada mediante arteriografía coronaria en Bogotá) en donde se reiteró la presencia de la categoría “Subestimación del síntoma”, hallada en otros estudios (Soto, Cortes). El 86.6% de las mujeres respondieron con un total de expresiones que incluían el término “opresivo”. La localización, principalmente en el tórax, con una irradiación frecuente hacia la espalda, y solo tres referencias al cuello. Dentro de los factores determinantes se encontró en orden de importancia expresiva: “Lo que saben”, “Los factores de riesgo”, “La tensión psicológica”, “Lo que les han dicho” y “Aspectos ambientales”²².

En este estudio se destacó la significativa influencia de los medios informativos y educativos que se perfilan dentro de las categorías: Lo que saben, Los factores de riesgo y Lo que les han dicho, pero centrados en el manejo de un lenguaje memorístico, que no se asocia con los modos reales de afrontamiento. De igual forma, lo relacionado con estrés psicológico tiene importancia como etiología contemplada tanto en la literatura científica como dentro del saber popular, y es uno de los factores de riesgo que tiene mayor reconocimiento por la mayoría de las poblaciones.

Las categorías encontradas en relación con las dimensiones del síntoma fueron las siguientes: en relación con la dimensión de calidad: “Opresión” y “Sensaciones térmicas”. En cuanto a localización, por palabra con la que se describe el lugar: de predominancia en el pecho (setenta y seis), brazo (veinticuatro) y cuello (diez y seis).

En relación con la dimensión patrón de distribución en el tiempo se encontró información muy variable, y en algunos casos contradictoria. Tiempo convivido con la sensación: menos de un mes: 17 mujeres; entre un mes y un año: 6 y más de un año: 5; cuatro mujeres no especificaron. En cuanto a la dimensión la angustia se relacionó con tres causas: desprotección a otros (catorce), miedo a la muerte (doce), discomfort (seis).

En lo que respecta a las consecuencias del síntoma se identificaron las siguientes categorías: Autocuidado: 26, Afrontamiento: 22, Cambio de rol: 9, Dimensión espiritual: 9, Negación al cambio: 8, Incertidumbre 6. En las mujeres entrevistadas se apreció una intención de cambio para favorecer su cuidado, basándose en el apoyo espiritual, familiar y de grupo.

Finalmente la autora plantea que la angina en la mujer se comporta como una constelación de síntomas variados denominados como “acompañantes” (uno o varios que se van incorporando) en la fase inicial de la curva, luego se intensifica hasta ser

²² RINCÓN, Fanny. Caracterización de los síntomas de angina en un grupo de mujeres adultas con cateterismo cardíaco positivo para enfermedad coronaria en el marco de referencia de Lenz y colaboradores. Tesis. Maestría de Enfermería con énfasis para el cuidado para el Cuidado de la Salud Cardiovascular. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2007.

“dolor” y finalmente se diluye nuevamente como síntomas acompañantes finales, y se cuestiona si el perfil cultural femenino constituye una barrera para el autocuidado.²³

De la Cuesta, en un estudio realizado con 25 mujeres de la región de Antioquia, describe desde el punto de vista de las mujeres el proceso que siguen para conseguir ayuda médica. El estudio plantea que el proceso por el cual el enfermo busca ayuda es activo e implica la toma de diversas decisiones y cubre diferentes etapas. Demuestra que las mujeres son activas en el diagnóstico y en la solución de problemas de salud. El proceso presenta tres etapas: valoración del síntoma, medición de capacidades y evaluación de opciones, y finalmente la selección de ayuda.

En la valoración del síntoma se determina la necesidad de ayuda, este proceso conlleva a caracterizar el síntoma desde la gravedad e intensidad del síntoma, persistencia y evolución, se contempla el grado de afectación. De la misma manera que se interpreta y da valor al síntoma, se le atribuye una explicación y esto determina las acciones de autocuidado y el tipo de ayuda que se busca. Este estudio plantea cómo el encuentro con los profesionales de salud, es un proceso complejo buscado cuando el sistema de lego fracasa en la resolución de problemas de salud.²⁴

Romero, desarrolló un estudio con 14 mujeres con angina en Cartagena, Colombia, donde encontró que las mujeres entrevistadas utilizaban la categoría de “dolor” y “sensación inexplicable” para describir la dimensión del síntoma en relación a la calidad. Dentro de las categorías de dolor, se hallaron subcategorías que revisten importancia tales como: “atoramiento”, “opresión” y “ardor”, las cuales guardan relación con otros estudios como el de Salas, 2003. La autora resalta que en el estudio no se encontró la categoría “Subestimación del síntoma” hallada en los estudios de Soto, Cortés y Rincón. Lo cual plantea una hipótesis acerca de las variables culturales en la experiencia de estos síntomas según la región.

Las mujeres coinciden en afirmar el tórax como punto central o lugar donde se presenta el síntoma que difiere en la irradiación, con una alta frecuencia hacia la espalda, y en menor relación; solo tres referencias hacia el cuello, ya sea adelante en la zona denominada garganta. En relación a la dimensión del síntoma: distribución del tiempo, las mujeres no describen el dolor como un síntoma inicial; manifestaron otras sensaciones como mareo, diarrea, acumulación de gases, y síntomas respiratorios como tos, asfixia, dolor de cabeza, posteriormente un dolor de pecho que sube por la garganta lo cual diferencia estos hallazgos de los anteriores señalados. Es evidente la presentación de sistemas gastrointestinales.

²³ RINCÓN, Fanny. Op. cit., p. 100.

²⁴ De La CUESTA BENJUMEA, Carmen. Op. cit., p. 124-129.

Por otra parte, el estudio demuestra cómo la experiencia del síntoma impacta a nivel funcional, determina un cambio en roles y tareas familiares, autocuidado para la salud, y la reorganización de tareas.²⁵

Millán, en un estudio cualitativo fenomenológico realizado con 9 mujeres con síndrome coronario en Bogotá, encontró las siguientes categorías: “miedo a la muerte durante el dolor torácico”, “sensaciones relacionadas con el dolor”, “características del dolor”, “variabilidad en la expresión de dolor”, “consecuencias del dolor en la percepción, la comunicación y el movimiento”, “expresiones relacionadas con un ser supremo” y “percepción del estado de salud”.

La autora arguye como la vivencia de un IAM con dolor es una vivencia trascendental en la vida de las mujeres, de tal manera que las hace reflexionar acerca de la sobrecarga que enfrentan en la cotidianidad y los múltiples roles que desempeñan. El sentimiento más importante descrito en este estudio es el miedo y se relaciona con la presencia inminente de muerte; las mujeres manifiestan que la sensación de muerte crea en ellas un miedo incontrolable, que acompaña esta experiencia y que les permite entender la dimensión del síntoma.

El hallazgo anterior está estrechamente relacionado con el estudio de Ocampo en la ciudad de Santa Marta con una totalidad de quince mujeres, donde se observó que un 60% de las entrevistadas percibe una sensación de angustia atribuible a la sensación inminente de la muerte, producto de la severidad del síntoma. De igual forma ratifica lo expuesto por Romero, Cortés y Rincón en relación al síntoma donde se le describe como opresivo, aplastante acompañado de una sensación de ahogo, localizado en el pecho, hemitórax izquierdo o región precordial, irradiado a la espalda, con intensidad variable en la escala visual análoga (EVA) clasificada dentro de 5 a 10 con características enmarcadas dentro de la multidimensionalidad de expresiones, experiencias y factores desencadenantes.

Finalmente, las mujeres después del evento coronario, continúan desarrollando múltiples roles, debido a la responsabilidad que han tenido en su hogar y en su trabajo, lo cual hace que no se enfrenten a la realidad de su delicada situación de salud.²⁶

Como se observa, es evidente que dentro de la caracterización de los síntomas de angina en los diferentes estudios revisados existen algunas diferencias en los rasgos relevantes encontrados, en especial las relacionadas con la semántica, sus diferentes formas de expresión, como también el grado de conocimiento o información acerca de la

²⁵ ROMERO, Elizabeth. Caracterización de los síntomas de angina de pecho en mujeres a la luz de la teoría de los síntomas desagradables. En: Capítulo de Enfermería de la Sociedad Colombiana de Cardiología. Enfermería cardiovascular. Bogotá: Ed. Distribuna. 2008, p. 161–177.

²⁶ MILLÁN, Eillen Maryibe y DIAZ, Luz Patricia. Op. cit., p. 33-42.

enfermedad, los factores influyentes, las formas de afrontamiento y las consecuencias del padecimiento del síntoma, lo cual a su vez refleja en forma indirecta rasgos culturales tanto en su expresión, como en su abordaje por parte de las mujeres.

De esta manera se puede observar cómo se avanza en el estudio de los síntomas de angina en el país, con muestras en Ibagué, Bucaramanga, Cartagena, Santa Martha, Girardot identificando zonas como la cafetera, sin explorar, a pesar de ser una de las principales causas de muerte en la mujer en esta región.

Es a través de las categorías que se ha identificado lo característico de estos grupos y a través de ellas, el hallazgo de ciertas variables, lo que lleva a preguntar si en un grupo de mujeres de la zona cafetera se encontrarán las mismas u otras, para tener en cuenta en el proceso de consolidación de conocimiento dentro de la línea de investigación.

1.2 Justificación

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) las enfermedades cardiovasculares, provocan más de 17 millones de muertes al año, cifra que para el 2030 se prevé que aumente a 23.4 millones.²⁷

Según registros del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE en el informe preliminar de defunciones por grupo de edad y sexo, según departamento de ocurrencia y grupos de causa de defunción, para el 2011, arrojó un total nacional de muertes por enfermedad isquémica del corazón de 12,962 que corresponden a la población femenina, cifra que ha venido en aumento en los últimos tres años.²⁸

Los indicadores de mortalidad por departamento de residencia según los grupos de causas de la lista 6/67 de la OPS, Colombia, para el (2010), determinan una tasa de mortalidad de 185.5 por 100.000 habitantes corresponde a las enfermedades del sistema circulatorio para el departamento del Quindío.²⁹

La mortalidad por enfermedad isquémica del corazón a nivel departamental en el Tolima presenta la tasa más alta en el (2008) con 122,34 muertos por 100.000 habitantes

²⁷ ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. (OMS). Enfermedades cardiovasculares [en línea]. En: Temas de salud. [Consultado febrero 15, 2013]. Disponible en Internet: http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/es/

²⁸ DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE). Estadísticas vitales 2011 [en línea]. [Consultado junio 22, 2013]. Disponible en Internet: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/Estadisticas_vitales12.pdf

²⁹ Ibid.

seguido de Caldas y Quindío con 121.60 y 109,84 respectivamente, registrando una tendencia al incremento en la mortalidad a pesar del cambio en las estrategias de salud para esta población.

En el departamento del Quindío según el DANE dentro de las principales causas de muerte global en todas las edades, se encuentra la enfermedad isquémica del corazón con un mayor impacto a partir de los 45 años. Dentro de las cuales encontramos: enfermedad isquémica del corazón con 241 casos, enfermedad cerebrovascular 99 casos, enfermedad hipertensiva con 31 casos reportados, enfermedad cardiopulmonar y de la circulación 99 casos, insuficiencia cardíaca 14 casos, resto de enfermedades del sistema circulatorio 6 reportes.

INDICADORES DE MORTALIDAD PARA ENFERMEDAD ISQUEMICA DEL CORAZON EN EL DEPARTAMENTO QUINDÍO POR 100.000 HABITANTES.

AÑO	MORTALIDAD EN MUJERES
2012	241
2010	185
2008	122

En el departamento del Quindío se registra un aumento importante en la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en todos los grupos de edad en los últimos tres años como lo demuestra la tabla anterior.

La incidencia de la enfermedad coronaria en la población femenina continúa aumentando y es explícito el aumento de la prevalencia de factores de riesgo en este género, lo cual se asocia con los cambios sociales que han ocurrido en las últimas décadas, relacionados especialmente con la aparición de nuevos roles, responsabilidades y cargas que generan un gran componente de estrés, diversas formas de afrontamiento y complejidad en la toma de decisiones en relación a su estado de salud, dando prioridad a sus responsabilidades con otros, y restando importancia a las necesidades propias. Por ende las consecuencias de estas acciones retardan la consulta a los servicios de salud, atrasan el tratamiento, empeoran el pronóstico y afectan la calidad de vida de la mujer Colombiana.

Para la práctica de enfermería constituye una necesidad avanzar en el conocimiento de los fenómenos relacionados con la salud cardiovascular de la población femenina, con el fin de comprender la experiencia de la enfermedad, su forma de expresión, para plantear nuevas formas de interpretación, valoración e intervención ajustadas al contexto y la realidad de la mujer colombiana.

Desde lo disciplinar la enfermería cuenta con múltiples herramientas, como lo son los enfoques filosóficos, los modelos conceptuales, las diferentes teorías y los indicadores empíricos, que permiten transitar de una realidad abstracta a una realidad concreta. Esta estructura del conocimiento en enfermería concentra conceptos globales del fenómeno de interés en el metaparadigma: persona, salud, entorno y enfermería los cuales son abordados y conceptualizados de forma distinta según cada teorista de acuerdo a su corriente u orientación. Con el propósito de avanzar en el fortalecimiento de la práctica mediante actos de cuidado acordes con las exigencias del contexto que para este caso específico aborda el proceso de salud/enfermedad de la mujer.

Dentro de la línea de investigación “Cuidado a la mujer con enfermedad coronaria”, se identificó desde tempranas etapas un área crítica asociada a la identificación de la sintomatología clásica de la mujer con EC es decir, la caracterización de la angina en la mujer y específicamente la necesidad de indagar acerca de esta caracterización en Colombia. De aquí, el interés por identificar las diferentes formas de manifestaciones en varias regiones.

Desde los primeros estudios se ha encontrado diferencias en la forma de enunciar y denominar el síntoma, con una amplia utilización de términos que buscan dar a conocer la experiencia personal, individual y multidimensional que percibe cada mujer con angina; esto a su vez se enmarca en un contexto cultural, social y político que determina su forma de afrontar la enfermedad, y por ende para cada región hay variaciones lingüísticas y culturales, como también existirán similitudes.

En la literatura no existe evidencia sobre la caracterización de la angina en la mujer del Eje Cafetero, lo cual constituye una necesidad de indagación, cuyos resultados permiten aportar a la consolidación del conocimiento acerca de la angina en la mujer colombiana, describir y categorizar los factores que influyen en la presentación del síntoma en la mujer, sus dimensiones y consecuencias, lo que a su vez fortalecerá el conocimiento de esta área con el fin de plantear nuevas estrategias de valoración e intervención en la población femenina que propendan por la oportunidad en el tratamiento y el mejoramiento de la situación de salud cardiovascular en la mujer. A su vez brinda conocimiento específico sobre la experiencia de la angina en la población femenina de esta región posibilitando una mayor comprensión del síntoma y sus manifestaciones, útiles para la implementación de valoraciones oportunas y apropiadas que reduzcan el número de manejos inadecuados, favoreciendo el costo-efectividad a nivel institucional.

Por otra parte, se hace necesario contar con una herramienta útil para el manejo de toda la información generada por las mujeres en estas investigaciones, mediante el marco teórico de la Teoría de los Síntomas desagradables de Lenz y colaboradores, que permite la descripción organizada de los síntomas de angina, los cuales sometidos a un análisis detallado generan categorías representativas de lo narrado por las mujeres participantes, para integrarse con los anteriores resultados y complementar el estudio a nivel nacional.

Esta estructura organizada de información aporta al planteamiento de un perfil de presentación característico que, obtenido mediante un abordaje cualitativo, explora desde la voz de las mujeres, la experiencia vivida de esta constelación de síntomas y cómo estos han influenciado su vida. Atendiendo al paradigma de enfermería, que señala que su enfoque es el cuidado de la experiencia de salud humana, el tema de interés se indaga apoyado en una estructura teórica propia de enfermería, para avanzar en la comprensión que aporta a la pertinencia y cualificación del cuidado.

1.3 Tema

Síntomas de angina en la mujer.

1.4 Problema

¿Cuál es la caracterización de los síntomas de angina en mujeres que han experimentado síndrome coronario agudo, hospitalizadas en la Clínica Sagrada Familia en la ciudad de Armenia en el marco de la Teoría de los síntomas desagradables de Lenz y colaboradores?

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Caracterizar los síntomas de angina en mujeres que experimentaron síndrome coronario agudo, hospitalizadas en la clínica Sagrada Familia de Armenia en el marco de la Teoría de los Síntomas Desagradables de Lenz y colaboradores.

1.5.2 Objetivos contributorios

Describir los síntomas de angina en mujeres post síndrome coronario agudo hospitalizadas en la clínica Sagrada Familia en la ciudad de Armenia según:

- Factores determinantes (fisiológicos, psicológicos y situacionales)
- Dimensiones del síntoma: intensidad, calidad, disconfort y patrón de presentación en el tiempo.
- Consecuencias.

1.6 Definición de conceptos

1.6.1 Angina.

La angina es un síndrome clínico caracterizado por malestar en el pecho, mandíbula, hombros, espalda o brazos, que aparece con el ejercicio o estrés emocional y remite con el descanso o con la administración de medicamentos. Con menos frecuencia, el malestar puede aparecer en la zona epigástrica. Habitualmente este término se confina a los casos en los que el síndrome es atribuido a isquemia miocárdica.³⁰

Los síntomas de las mujeres sin lesiones coronarias significativas se deben a isquemia microvascular o pueden aparecer en el contexto de una vasoconstricción coronaria; en conclusión la angina vasoespástica, la angina microvascular y las anomalías en las reservas coronarias son más prevalentes en la mujer y suelen presentarse en forma de dolor torácico atípico.³¹

Las características del malestar relacionado con la isquemia miocárdica se pueden dividir en 4 categorías según su localización, su carácter, su duración y su relación con el ejercicio u otros factores que acentúan o alivian la angina. El malestar se localiza normalmente en el pecho, cerca del esternón, pero se puede sentir en cualquier parte del cuerpo, desde el epigastrio a la mandíbula inferior o los dientes, entre los omóplatos o en cualquiera de los dos brazos hasta la muñeca y los dedos, suele describirse como opresión, tensión o pesadez y puede ir acompañado de sensación de estrangulamiento, constricción o quemazón. La severidad de la angina puede variar y no está relacionada con la severidad de la enfermedad coronaria subyacente. La falta de aire y el malestar torácico puede acompañarse de otros síntomas menos específicos como fatiga o desfallecimiento, náusea, eructos, ansiedad/inquietud o sensación de muerte inminente. Los síntomas considerados característicos de la angina estable constituyen un indicador fiable de obstrucción coronaria en los varones, pero no en las mujeres jóvenes. Este problema gana complejidad cuando se considera la alta prevalencia del espasmo coronario y del síndrome en las mujeres con dolor torácico, así como la frecuencia con que se producen falsos positivos en la ergometría.³²

³⁰ FOX, Kim et al. Guía sobre el manejo de la angina estable. Versión resumida. En: Revista Española de Cardiología. 2006, vol. 59 no. 9, p. 919-70.

³¹ HERAS, Magda. Cardiopatía isquémica en la mujer: presentación clínica, pruebas diagnósticas y tratamiento de los síndromes coronarios agudos. En: Revista Española de Cardiología. 2006, vol. 59 no. 4, p. 371 -81.

³² FOX, Kim et al. Op. cit., p. 919-70.

1.6.2 Síndrome coronario agudo (SCA)

El término síndrome coronario agudo, se utiliza para referirse a una agrupación de síntomas y signos clínicos compatibles con isquemia miocárdica aguda. El síndrome coronario agudo sin elevación del ST comprende: el Infarto agudo de miocardio sin elevación del ST y Angina inestable.³³

El infarto agudo de miocardio es un síndrome clínico que resulta del daño ocasionado al tejido miocárdico por una falta de balance entre el aporte y la demanda de oxígeno que resulta en isquemia y finalmente la muerte del músculo cardíaco.³⁴

El término síndrome coronario lo componen todas las patologías cardíacas agudas, caracterizadas por la ruptura o erosión de una placa aterosclerótica con diferentes grados de trombosis y embolización distal, llevando a la disminución en la perfusión miocárdica. Síndrome coronario incluye³⁵:

- SCA sin elevación del segmento ST:

- angina inestable
- IAM sin elevación del ST.

Angina inestable: no elevación de biomarcadores de necrosis miocárdica: CPK y troponina.

- IAM con elevación del segmento ST, IAM sin elevación del segmento ST.

Los criterios diagnósticos de SCA son:

- Cuadro clínico
- Indicadores electrocardiográficos: evidencia de isquemia miocárdica dada por uno de los siguientes parámetros:
 - ✓ Síntomas de isquemia.

³³ SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA Y CIRUJIA CARDIOVASCULAR. Guías de Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del Segmento ST [en línea]. En: Guías de atención Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Bogotá, Colombia. Diciembre 2008, vol. 15 suplemento 3. Disponible en Internet: <http://scc.org.co/blog/2012/08/guias-de-sindrome-coronario-agudo-sin-elevacion-del-segmento-st/>

³⁴ JARAMILLO, Natalia. Enfermedad Coronaria. En: Enfermería cardiovascular. Bogotá Colombia: Distribuna. 2008, p. 105.

³⁵ ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients .. Guía rápida para el . y Manejo de Pacientes con Sospecha de Síndrome Coronario Agudo (SCA).

- ✓ Cambios en el electrocardiograma que indiquen nueva isquemia (variaciones recientes del ST o nuevo bloqueo de rama izquierda).
- ✓ Aparición de ondas Q patológicas en el electrocardiograma
- ✓ Química sanguínea, biomarcadores, troponina. Detección del aumento y descenso de biomarcadores cardíacos
- ✓ Ecocardiograma: evidencia por imágenes de pérdida reciente de miocardio viable o una nueva anomalía en el movimiento de la pared miocárdica
- ✓ Cateterismo cardíaco. Con lesiones significativas.³⁶

1.6.3 Caracterización de los síntomas de angina según la teoría de los síntomas desagradables

Es la descripción de atributos o características de un fenómeno mediante un enfoque conceptual que organiza la información al respecto; para el caso de la caracterización de los síntomas de angina, esta se abordó desde la Teoría de Lenz y colaboradores, por su utilidad para describir de manera exhaustiva lo que la misma teórica define como síntoma: los cambios percibidos desde la propia experiencia de la persona, de forma tal que incluye:

- Los aspectos que son considerados asociados a su presentación: factores determinantes
- Características específicas de este cambio desde la palabra precisa para denominarlo (calidad), asociación con otros síntomas, tiempo de presentación y cambios en el tiempo, intensidad y grado de disconfort que produce
- Consecuencias del síntoma en el desempeño cotidiano en relación con el rol, la funcionalidad y el estado cognitivo.

³⁶ REVISTA COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA. Definición, evaluación y reconocimiento inicial del paciente con sospecha de síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST. En: Guías colombianas de cardiología síndrome coronario agudo sin elevación del ST. Bogotá. Vol.17 Suplemento 3 ISSN 0120-5633 (dic.2010); p.134. Consultado 10 de Nov 2011. Disponible en: <http://www.scc.org.co/Portals/0/GUIA%20SINDROME%20CON%20ELEVACION%20ST.pdf>

2. Marco conceptual

2.1 La teoría de síntomas desagradables de Lenz y col.

La teoría de rango medio de los síntomas desagradables, es relativamente nueva y el primer artículo relacionado se publicó en 1995, pero previamente fueron las doctoras Linda Pugh y Audrey Gift quienes abordaron el tema con los síntomas disnea y fatiga, dando lugar al comienzo de la teoría –TOUS: Theory of unpleasantSymtoms- sin éxito inicial, lo que ocasionó la necesidad de fortalecer el grupo de investigadores integrando a la Dra. Lenz, el Dr. Michigan y el Dr. Suppe (filósofo); el grupo logró su primera publicación en 1995.³⁷

Lenz define el síntoma como la sensación de cambio percibida por el paciente, tal como lo experimenta, tiene en cuenta el cambio en la funcionalidad. El síntoma constituye una experiencia multidimensional, que puede ser observada y medida, donde se establecen relaciones mutuas que pueden llevar a potencializar la vivencia; se espera que las variables que influyen en el síntoma sirvan para controlarlo. Las formas de expresión del síntoma son igualmente diversas, tratan de describir las características del síntoma desagradable, como la duración, frecuencia, calidad, intensidad y la angustia.³⁸

La teoría está constituida por tres partes fundamentales, los factores determinantes; que se relacionan con la causa del síntoma o enfermedad, que pueden ser psicológicos, fisiológicos o situacionales. La expresión del síntoma en dimensiones, donde se encuentra; calidad que hace referencia a la ubicación o palabra con la que se denomina lo percibido, duración, intensidad y el grado de disconfort o angustia, las consecuencias que se relacionan con el cambio que genera la vivencia de los síntomas, los efectos de funcionalidad, del rol y las capacidades cognitivas. Se parte del supuesto de la presencia de una serie de factores que pueden incidir en la iniciación y presentación del síntoma y que puede coexistir una correlación entre ellos.

³⁷ LENZ, Elizabeth et al. Desarrollo colaborativo de teorías de enfermería de rango medio: Hacia una teoría de síntomas desagradables. En: Advances in Nursing Science. 1997, vol. 17 no. 3, p. 22

³⁸ Ibid.

La finalidad de fortalecer la práctica mediante la utilización de la teoría de mediano rango, es mejorar las acciones de cuidado de manera que se establezca una interacción significativa entre el cuidador y el sujeto de cuidado; la teoría de Síntomas desagradables de Lenz, propone mejorar el cuidado mediante la comprensión e interpretación de la experiencia subjetiva de los síntomas referidos por el paciente en un contexto único pero a su vez multifactorial que puede influenciar su expresión, teniendo en cuenta que cada experiencia es única, individual pero evidentemente multidimensional que puede ser medida por separado o en combinación de otros factores.

De esta forma el cuidado se plantea como acción integradora, holística donde converge todo el potencial de cuidador para lograr una adecuada interpretación de los síntomas, siendo este proceso de vital importancia para el cuidado de la salud.

Reconocer los síntomas en proceso de enfermedad tanto agudo como crónico, su forma de expresión, y la interacción con los posibles desencadenantes, brinda la posibilidad de elaborar diagnósticos en el marco del proceso de enfermería, que fomenten la prevención, el control y manejo del síntoma, favorezca el proceso de afrontamiento y mejore los mecanismos de control de la enfermedad, disminuyendo la ansiedad, la depresión y fundamentalmente transformando las consecuencias en acciones de autocuidado que reestablezcan el bienestar de la persona.

3. Marco de diseño

3.1 Tipo de estudio

El presente estudio de investigación es de tipo descriptivo exploratorio con abordaje cualitativo.

3.2 Participantes en el estudio

Mujeres post síndrome coronario agudo internadas en servicios de hospitalización de la Clínica Sagrada Familia de la ciudad de Armenia, que voluntariamente aceptaron participar.

3.3 Criterios de inclusión

Mujeres post SCA que experimentaron síntomas y:

- Hemodinámicamente estables internadas en servicios de hospitalización
- Con un nivel de comunicación adecuado.
- Que voluntariamente participaron.
- Procedentes de la ciudad de Armenia o que hayan vivido en la región por un periodo por lo menos de cinco años.
- Elevación plasmática de cardio enzimas creatinfosfokinasa (CPK) y (CPK –MB) y/o elevación de troponinas.
- Cateterismo cardíaco con evidencia de lesión por enfermedad coronaria.

3.4 Criterios de exclusión

- Mujeres con inestabilidad hemodinámica dada por alteración en las constantes vitales.
- Mujeres con limitaciones en la comunicación verbal.
- Mujeres con antecedentes de EPOC.
- Participantes que no desearon ser grabadas.
- Pacientes con revascularización miocárdica quirúrgica.

3.5 Muestra

Estuvo constituida por la información generada por 14 mujeres post síndrome coronario agudo, hospitalizadas en la Clínica Sagrada Familia de la ciudad de Armenia, que aceptaron participar. A cuatro de ellas se les realizó entrevista de recabación.

En investigación cualitativa, el tamaño de la muestra se determina con base en las necesidades de información, por ello uno de los principios que guía el muestreo es la saturación de datos, es decir, el punto en que ya no se obtiene nueva información y esta empieza a ser redundante.³⁹

Según Martínez de Acosta y Villalobos⁴⁰, la muestra en investigación con abordaje cualitativo está constituida por la cantidad de información que obtiene el investigador a partir de los sujetos. Es así, como el número de sujetos pasa a segundo plano, el concepto de muestra estadística aleatoria y al azar pierde importancia; la muestra se toma de manera intencional para garantizar al investigador la información en la que está interesado.

Según Strauss y Corbin⁴¹, “decir que uno hace un muestreo teórico significa que el muestreo, más que predeterminado antes de comenzar la investigación, evoluciona durante el proceso; se basa en conceptos que emergen del análisis y que parecen ser pertinentes para la teoría que se está construyendo. Son conceptos que se encuentran: a) repetidamente presentes (o notablemente ausentes) en los datos cuando se compara incidente por incidente, y b) actúan como condiciones que le dan variación a una categoría principal se hace un muestreo de incidentes, acontecimientos o sucesos y no de personas per se”.

³⁹ POLIT, Denise y HUNGLER, Bernadette. Investigación científica en ciencias de las salud. 6a. ed. Mexico: Mc Graw-Hill Interamericana, S.A. 2000, p. 288.

⁴⁰ De ACOSTA, Carmen y De VILALOBOS, Maria. Minitexto “Tesis I”. Facultad de Enfermería. Maestría en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. I semestre 2006.

⁴¹ STRAUSS, Anselm y CORBIN, Juliet. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada [en línea]. 1a. ed. en Español. Traducción Eva Zimmerman. Revisión técnica de la traducción: Carmen de la Cuesta Benjumea, Clara Inés Giraldo Molina, Gloria María Franco. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Medellín: Contus Editorial Universidad de Antioquia. 2002, p. 220. Disponible en Internet: http://www.academia.edu/949983/Bases_de_la_investigacion_cualitativa._Tecnicas_y_procedimientos_para_desarrollar_la_Teoria_Fundamentada

3.6 Procedimiento para coordinar la recolección de información.

- Una vez se aprobó el presente proyecto por parte del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Se tramitó el desarrollo de la investigación a nivel de la Clínica Sagrada Familia de Armenia.
- Una vez se aprobó, se dio a conocer el protocolo a las enfermeras y médicos coordinadores de los servicios de hemodinámia, unidades de cuidado intensivo e intermedio y medicina interna, que representaron las rutas de acceso de las posibles pacientes para el estudio.
- La entrevista se llevó a cabo en servicios de hospitalización y posterior al egreso en el domicilio, en caso de necesidad. El día de la entrevista se consultó con la enfermera del servicio correspondiente sobre el estado de la paciente, con el fin de identificar si existiría alguna situación de especial atención, o contraindicación para realizar la entrevista.
- Se presentó la solicitud de consentimiento informado, se explicó con detalle a cada mujer a quien se le invitó a participar en el estudio y se expresó su aceptación mediante su firma.

3.7 Entrevista semiestructurada

Se utilizó una entrevista semiestructurada basada en una guía temática fundamentada en la teoría de los síntomas desagradables de Lenz y Col., organizada a partir de tres componentes principales: factores determinantes, dimensiones, y consecuencias del síntoma, cuya autora es Fanny Rincón Osorio⁴²

Se obtuvieron grabaciones de lo manifestado por cada participante, a su vez se realizó un registro de las observaciones de las expresiones de cada mujer durante el desarrollo de la entrevista al recordar la experiencia del síntoma. La información obtenida mediante las preguntas abiertas se analizó mediante la técnica de análisis de contenido.

3.8 Metodología para el análisis de la información: análisis de contenido

La información generada por las mujeres fue sometida al proceso de análisis de contenido. Al respecto, Berelson referido en Andréu⁴³, sostiene que el análisis de

⁴² RINCÓN, Fanny. Op. cit., p. 105.

⁴³ BERELSON, Bernard and LASZARFELD P.F. The analysis in Communications Content. University of Chicago and Columbia University. 1948. Citado por: ANDRÉU ABELA, Jaime. Las técnicas de Análisis de

contenido es una “técnica de investigación para la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de la comunicación” Según esta definición el análisis de contenido ha de someterse a ciertas reglas:

- “La objetividad” se refiere al empleo de procedimientos que puedan ser utilizados por otros investigadores de modo que los resultados obtenidos sean susceptibles de verificación.
- La “sistematización” hace referencia a pautas ordenadas que abarcan el total del contenido observado (J. Andréu, 1998). En realidad estos dos elementos, como indica Krippendorff (1990), confluyen en el requisito de:
- “Reproductividad” de todo instrumento de investigación científica, es decir que las reglas que lo gobiernan sean explícitas (objetivas) y aplicables a todas las unidades de análisis (sistemáticas).⁴⁴

Krippendorff (1990), define el análisis de contenido como “una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto”. El elemento que añade esta definición es el “contexto” como marco de referencia donde se desarrollan los mensajes y los significados. Con lo cual, cualquier análisis de contenido debe realizarse en relación con el contexto de los datos y justificarse en función de éste. En definitiva, el investigador puede reconocer el significado de un acto situándolo dentro del contexto social de la situación en la que ocurrió.⁴⁵

Navarro sostiene, “En realidad el análisis de contenido puede concebirse como un conjunto de procedimientos que tienen como objetivo la producción de un meta-texto analítico en el que se representa el corpus textual de manera transformada”.⁴⁶

En el análisis de contenido se parte de la certeza de que hay una experiencia subjetiva previa al acto, la cual constituye una especie de marco de la subjetividad del individuo, pero además, media entre el individuo y su contexto como dentro del individuo mismo.

Contenido: Una revisión actualizada [en línea]. En: Centro de estudios Andaluces. 2001, p. 1-34. Disponible en Internet: <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>

⁴⁴ ANDRÉU, Abela Jaime. Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. Universidad de Granada. Departamento de sociología. Fundación Centro de Estudios Andaluces, 2002. 34 p.

⁴⁵ KRIPPENDORFF, Klaus. Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica. Barcelona. Buenos Aires: Paidós Comunicación. 1990.

⁴⁶ NAVARRO, Pablo y DÍAZ, Capitolina. Análisis de Contenido. En: Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales. Citado por: DELGADO, Juan y GUTIÉRREZ, Juan Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Capítulo 7. Madrid: Síntesis. 1998, p. 177-224.

En el presente estudio, las expresiones orales fueron llevadas a la transcripción con el propósito de mantener la objetividad, son el sustrato de análisis; por este motivo, el proceso se convierte en análisis de un **texto**, convirtiéndose este último en **objeto de análisis de contenido**, por lo tanto, el “contenido” de un texto no es algo que estaría localizado dentro del texto, sino fuera de él, en el medio en el cual ese texto define y revela su sentido.⁴⁷

Por lo tanto, el texto se somete a un análisis de la siguiente forma:

- **Sintáctico:** identifica componentes y relaciones formales morfológicas: es llamado análisis de “superficie del texto.”
- **Semántico:** significado de las palabras y frases. Además, relación cosas-palabras (pensamientos).
- **Pragmático:** enfoca el lenguaje como comportamiento de un sujeto en su contexto.

Esto significa que el texto es sometido a un tratamiento que siendo inicialmente casi procedimental factible de cuantificar: verbos, adjetivos, frecuencia de palabras, etc.(sintáctica), pasa a una etapa de dar sentido, primero dentro de la frase, luego dentro del texto (semántica), y finalmente dentro de un contexto (pragmática), pero busca en forma central las conexiones entre estos niveles y de esta forma dar sentido para plantear una inferencia.⁴⁸

La metodología está descrita con mayor exactitud en el ítem Marco de análisis.

3.9 Riesgos de validez

3.9.1 Validez externa.

El estudio no se dirigió a generalizar los resultados a una población, sino a comprender mejor una situación de salud específica, facilitando su caracterización mediante la organización de los resultados, mediante categorías significativas emergidas de las narrativas de las participantes.

⁴⁷ GÓMEZ MENDOZA, Miguel Angel. Análisis de contenido cualitativo y cuantitativo: Definición, clasificación y metodología [en línea]. En: Revista de ciencias humanas de la UTP. Mayo del 2000, no. 20. Disponible en Internet: <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev20/gomez.htm>

⁴⁸ RINCON, Fanny. Analisis de contenido: las bondades de la interpretación de los textos para la comprensión de fenómenos en enfermería. Bogotá: Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 2012, p. 12 [en en proceso de publicación]

La validez interna para este tipo de abordaje cualitativo se basó, por lo tanto, en otros criterios contemplados a continuación:

3.10 Muestra significativa

Para este tipo de abordaje, se consideró el concepto de saturación, es decir, cuando a través de nuevas entrevistas los informantes no adicionen ninguna información nueva, y se reitera la encontrada, momento en el cual se considera saturada. De esta manera, al análisis de la información en el abordaje cualitativo se hace permanentemente y no posteriormente a la recolección de la información, pues es este permanente proceso el que define si la información es suficiente o es necesario continuar su acopio para enriquecer y completar el análisis en pos de saturar las categorías emergentes.

Con el fin de garantizar información correspondiente exactamente a un fenómeno específico, se requiere establecer cierta homogeneidad entre los sujetos. En el estudio, se estableció un criterio riguroso: que la mujer haya consultado por dolor o alguna molestia o sensación en el tórax, con un marcador bioquímico específico para daño miocárdico como troponina T, aspecto que fisiopatológicamente señala con exactitud haber presentado dolor tipo isquémico y no por otra causa, con la evidencia por historia clínica o imágenes diagnósticas que confirmen la enfermedad coronaria. Como también el cateterismo cardíaco que evidencia la lesión por medio de coronariografía.

3.11 Manejo de la información

3.11.1 Riesgos en el análisis de la información.

Los riesgos implícitos durante el análisis de la información generada por las mujeres al aplicarse la entrevista semiestructurada se controlaron de la manera que se presenta a continuación, teniendo en cuenta que ha sido utilizada por la mayoría de los estudios desarrollados dentro de la línea de investigación:

- Las preguntas de la entrevista se plantearon a la luz de la Teoría de los Síntomas Desagradables.
- Han sido revisadas por los expertos coordinadores del Seminario de Investigación dentro del Programa de Maestría en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, y utilizadas en por lo menos cuatro estudios de la línea de investigación, de forma que se ha soportado la revisión metodológica por el grupo de investigación participante.
- La depuración de la técnica de análisis de contenido.

Dentro de la metodología de ANALISIS DE CONTENIDO se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

- a. Validez semántica. El lenguaje de los datos se corresponde con la fuente, el receptor o cualquier otro contexto respecto del cual se examinan los datos,

aspecto que se cubre con la grabación y transcripción exacta, y preferiblemente el mismo día de la entrevista de lo referido por la participante.⁴⁹

b. Validez de muestreo. Se utilizan dos técnicas reconocidas:

- Técnica de la división en mitades: se divide aleatoriamente una muestra en dos partes de igual tamaño; si cada una de las partes permite extraer similares categorías, aporta para definir información suficiente.
- Reproducibilidad: análisis de los textos por parte de dos expertos que posteriormente presentan sus análisis en forma independiente para identificar interpretación común y áreas de divergencia.

3.12 Resultados esperados

Se espera lograr establecer un perfil que describan de la forma más cercana las características de la angina en la mujer de la zona cafetera.

Esta información será útil para complementar la caracterización de los síntomas de angina de mujeres en Colombia, dado que aportará la descripción de esta en mujeres provenientes de la zona cafetera.

Los hallazgos serán socializados y discutidos en la institución Clínica Sagrada Familia y en cada uno de los servicios involucrados en el desarrollo del proyecto, con el fin de generar aportes en la construcción o actualización de protocolos, programas o guías de enfermería para la institución.

En relación a las participantes, se realizará con ellas, una reunión con el fin de exponer los hallazgos encontrados. A su vez, se pretende dar a conocer esta información a las mujeres con factores de riesgo que se encuentren en los programas de hipertensión y diabetes de la Clínica de la Sagrada Familia.

3.13 Consideraciones éticas

El desarrollo del estudio se enmarcó dentro de las normas científicas y administrativas para la investigación en salud (Resolución no. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud), según la cual se clasifica de baja complejidad por no presentar riesgo para la salud humana.

Prevaleció el respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar de las participantes. No se intervinieron o modificaron variables biológicas, fisiológicas y sociales de las participantes, por consiguiente se tuvo en cuenta aspectos contemplados

⁴⁹ RINCON, Fanny. Analisis de contenido: las bondades de la interpretación de los textos para la comprensión de fenómenos en enfermería Op. cit., p. 14.

en la Ley 911 de 2004, en especial los relacionados con el artículo segundo se mantendrán los principios éticos de justicia, veracidad y fidelidad.

No maleficencia: en el momento que la entrevista generó alguna situación de incomodidad para la participante se suspendió de forma inmediata y se realizó la intervención necesaria de manera oportuna. Se les prestó intervención o apoyo a aquellas pacientes que exteriorizaron alguna situación de malestar, ejemplo ansiedad o dolor, mediante la valoración de la especialidad pertinente según el caso.

Se garantizó la autonomía por medio del consentimiento informado, por escrito para cada participante, donde autorizó su participación en la investigación, con pleno consentimiento de la naturaleza de los procedimientos, con la capacidad de libre elección y sin coacción ninguna, considerando que se podría retirar libremente en cualquier momento de la entrevista sin perjuicio por esta decisión. A su vez se mantuvo la confidencialidad de la información relacionada con la privacidad de los sujetos de estudio, los participantes se identificaron por medio de un código.

El estudio se llevó a cabo con plena autorización:

- Del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.
- Del Comité de Ética de la Clínica Sagrada Familia de la ciudad de Armenia o su representante legal.
- Atendiendo los principios de propiedad intelectual, autorización del Grupo de Investigadores de Cuidado para la Salud Cardiorespiratoria para la utilización de la entrevista semiestructurada, el protocolo denominado "*Lineamientos generales para trabajar con la metodología de Análisis de Contenido*", aprobado por el grupo en junio de 2009. (Ver anexo)

3.14 Inmersión al campo

Teniendo en cuenta que la prueba piloto de la investigación con abordaje cuantitativo tiene una correspondiente en el abordaje cualitativo denominada "inmersión en el campo" o "inmersión en la información", el presente estudio realizó este proceso mediante el desarrollo de dos entrevistas a través de las cuales se revisaron tres aspectos:

- Viabilidad del desarrollo de las entrevistas en los posibles escenarios: identificación de problemas que disminuyan la validez (restricción de la información por presencia de familiares, de otros pacientes, dificultades locativas, etc.), con el fin de planear medidas de control oportunas. Empleo de la entrevista semiestructurada, manejo de las preguntas de recabación, dificultades de la investigadora, etc.

- Implementación del marco de análisis planteado, identificación de dificultades y planteamiento de soluciones para tales problemas, como por ejemplo un entrenamiento en la metodología a utilizar.
- Dificultades propias del investigador en cuanto al abordaje de la situación humana presentada por la participante.

4. Marco de análisis

El siguiente es el procedimiento unificado y aprobado que utiliza el grupo de investigación Cuidado para la salud cardiorespiratoria de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, para el análisis de contenido, basado en los principales autores de la metodología: Krippendorff, Berelson, Bardin, Navarro, De Souza Minayo y Vásquez.

4.1 Identificación del material empírico

Estuvo constituido por:

- **Corpus textual:** el texto producto de la transcripción de las narrativas de las mujeres entrevistadas. Incluyendo datos del lenguaje no verbal
- **Corpus extratextual:** datos demográficos u otros: útiles para el análisis pragmático.

4.2 Lectura superficial

Significa entrar en contacto con el material y dejar surgir libremente las impresiones (Bardin): puede dar lugar a hipótesis. De igual manera ya puede sugerir la primera idea que posteriormente dará lugar a una categoría o inclusive plantear cambios en una codificación previamente planteada. Según Souza Minayo se denomina esta etapa como “*Lectura flotante*”, la cual permite la “impregnación en el contenido de los textos y da lugar a una organización pertinente al corpus textual”.

4.3 Definición de unidades de registro (ur)

Palabra, frase, párrafo de la narrativa; Navarro señala que las unidades de registro constituyen unidades básicas de relevancia, es decir, de significación.⁵⁰

Es un tipo de segmento textual claramente discernible por:

- Procedimientos sintácticos (palabras, frases delimitadas por puntos).
- Variables semánticas (términos, conceptos).

⁵⁰ KRIPPENDORFF, Klaus. Op. cit., p. 48.

- Variables pragmáticas (turnos de conversación, cambios en la dinámica, gestos, tonos de voz que amplían comprensión de las expresiones verbales).

4.4 Codificación

Las unidades de registro son analizadas en las correspondientes frases u oraciones que las contienen y que también hacen parte de un párrafo que constituye la **unidad de contexto desde el punto de vista semántico**. Se analiza así la palabra en la estructura que la contiene, con el fin de darle un sentido o marco interpretativo: pueden salir conectores de relación entre unidades de registro. Las unidades de contexto definen el sentido de las unidades de registro y pueden ser textuales o extratextuales⁵¹.

El anterior proceso o “**codificación**” define la adscripción de todas las unidades de registro a las unidades de contexto. En el presente estudio, las unidades de contexto corresponderán a cada una de las partes que conforman la estructura de la teoría, mediadas por las preguntas que a su vez, representan cada parte de esta.

4.5 Categorización

Clasificación de unidades de registro según similitudes y diferencias desde diferentes puntos de vista: frecuencia, ausencia, concurrencia, intensidad, dirección, relación y asociación u oposición. Es clasificar o conceptualizar mediante un término o expresión breve que sea claro e inequívoco dentro del contenido o idea central de cada unidad. Estas categorías pueden definirse en los términos más directos señalados por la mujer mediante palabras que sintácticamente sean representativas de la idea o fenómeno.

Una vez se ha identificado las categorías, y prácticamente a medida que se va avanzando en el análisis se van estableciendo relaciones entre estas, lo cual va constituyendo un árbol de nodos que será la expresión gráfica de un metatexto, es decir un análisis que se basó inicialmente en la sintaxis, la semántica, pero que al ubicarse en el contexto que narran las mujeres y que integrándose con la información interna de cada entrevista y del acopio de consecutivas entrevistas, va constituyendo una estructura conceptual con significado.

⁵¹ RINCON, Fanny. Analisis de contenido: las bondades de la interpretación de los textos para la comprensión de fenómenos en enfermería Op. cit., p. 14.

5.Resultados

Se presentan en la siguiente forma, acorde con la teoría de los Síntomas desagradables de Lenz y colaboradores, que constituye un marco teórico para la organización de la información:

- Descripción demográfica de las mujeres participantes en el estudio
- Factores determinantes: incluye Factores fisiológicos, Psicológicos y Situacionales. Inicia describiendo los factores de riesgo cardiovascular hallados en la historia clínica, los cuales pertenecen conceptualmente a Factor fisiológico.
- Dimensiones del síntoma
- Consecuencias del síntoma
- Análisis integrado

5.1 Descripción demográfica:

El estudio contó con catorce (14) participantes mujeres, cuyas edades oscilaron entre los 46 años la menor y la mayor con 72, con un grupo etario predominante dado entre los 60 y 70 años, encontrando, doce (12) participantes en este grupo, lo cual define una asociación existente entre la edad y la prevalencia de factores de riesgo para enfermedad coronaria.

Es importante mencionar el incremento de riesgo de muerte en los grupos extremos (edad < 55 y > 75 años), este estudio contó con dos (2) mujeres menores de 55 años, una de 46 y la segunda de 52.

En relación al estado civil de las participantes se halló cinco (5) mujeres en condición de viudez, las cuales viven con sus hijos y nietos, haciéndose miembro de la nueva familia constituida por la unión marital de sus hijos; seis (6) de ellas dedicadas al hogar, es decir que su rol está enmarcado en las actividades cotidianas del mantenimiento de casa y cuidado de los nietos.

En el estatus de casadas cuatro (4), separada tres (3), y solteras dos (2), cabe señalar que a pesar de estar solteras estas participantes tenían a cargo responsabilidades de crianza, de sobrinas o ahijados.

En cuanto a la ocupación diez (10) mujeres se dedicaban a las tareas relacionadas con el hogar, (1) una de ellas trabaja como asesora comercial es contadora, una (1) trabaja como empleada en un Hotel, dos (2) atienden una ventanilla que para la región del eje cafetero es igual a atender o despachar en una tienda pequeña de barrio que normalmente se encuentra en la misma casa que habita.

En el nivel educativo o el grado de escolaridad se obtuvo; que solo una (1) participante contaba con título Universitario, (1) con bachillerato completo, (1) con primero de bachillerato, (8) con primaria completa, (2) con cuarto de primaria, (1) con tercero de primaria.

La afiliación al sistema de salud esta enmarca en su gran mayoría por el régimen contributivo, ocho (8) participantes en calidad de cotizantes y cinco (5) en calidad de beneficiarias, y una (1) perteneciente al régimen subsidiado.

5.2 Factores determinantes.

Dentro de Factores determinantes se incluyen, tres componentes como influyentes de la experiencia de los síntomas: factores fisiológicos, psicológicos y situacionales, que pueden correlacionarse de forma bidireccional. Estos datos cobran un valor importante, si se tiene en cuenta la asociación existente entre la edad y la prevalencia de factores de riesgo para enfermedad coronaria.

Las preguntas del protocolo que se formulan para promover las respuestas espontáneas y más amplias, son: ¿Sabe usted en qué consiste su alteración de salud o enfermedad?

¿Qué circunstancias o aspectos cree usted que han influido para que se presente esta sensación o molestia?

A continuación se presentan las categorías emergentes y posteriormente una matriz que señala el proceso de análisis con los códigos sustantivos, temas relevantes y categorías, que además contienen una columna denominada “auto observación”, proceso realizado frente a situaciones en donde la investigadora se sentía conmovida y empática de manera tal que podía correr el riesgo de sesgar su análisis.

TEMAS RELEVANTES:

- Lo referido por los demás.
- Lo que las mujeres conocen.
- Adherencia al factor de riesgo o conductas riesgosas.
- Estrés por problemas familiares / sociales no expresado.
- Estrés por riesgo de muerte en contextos de violencia.
- Clasificación del síntoma y su forma de inicio en reposo/ actividad.
- Factores de riesgo asociados a enfermedad coronaria.
- Desconocimiento

CATEGORÍAS EMERGENTES

“Lo que me han dicho”

“Aguantar callar y callar”

“Yo le echo la culpa a la presión...”

“Los nervios son los que lo friegan a uno”

“Yo no hecho nada para que me de infarto”

“Me dio como le da a todo el mundo”

“Yo no sabía que eso era del corazón”

	CÓDIGOS SUSTANTIVOS	TEMAS RELEVANTES	CATEGORÍAS	AUTO OBSERVACION
	<p>03,5,71 [... Algo por ahí me había dicho el doctor, era que por mucho estrés, que en qué pensaba yo, que cuál era el estrés que yo mantenía...]</p> <p>07,5,60 [...me dan los dolores tan duros, porque me han dicho que si no me cuido, que si no pongo cuidado, me puede dar un infarto...]</p> <p>07,7,11 [...Hay médicos que cuando me han hecho exámenes, especiales así, me han dicho que hay un pedacito del corazón que no está bien...]</p> <p>07,6,77[...cada vez que me examinan ellos me dicen a usted le dio un infarto...]</p> <p>09,5,61[...Pues en parte yo le echo la culpa a la presión, la tensión alta, porque como dicen que eso afecta el corazón...]</p> <p>09,6,74 [...dicen que por comer una cosa que comer otra...]</p> <p>011,1,3,24 [...Pues dicen que las preocupaciones, pero yo no sé...]</p> <p>012,2,29 [...el doctor me dijo usted está muy mal del corazón, y me dijo usted de que ha sufrido; de presión desde que tenía 28 años. -Me dijo ah no es que esa herencia que le dejaron...]</p> <p>014,4,37 [...como andaban diciendo que un dolor de esos daba un infarto y yo me estreso...]</p> <p>014,4,39 [...Entonces me han dicho que ya no hay nada</p>	<p>LO REFERIDO POR LOS DEMÁS</p>	<p>“Lo que me han dicho”</p> <p>Expresiones que se caracterizan por la referencia de lo escuchado a otros, con predominancia de funcionarios de salud. Utiliza términos como “me dijeron”, “dicen que...”. “...andan diciendo...”, “el doctor dice que...”</p>	<p>Me sorprende la diversidad de términos que utiliza para explicar o justificar que la enfermedad es algo extrínseco.</p>

<p>que hacer, que si me da el dolor me da el infarto...me da el dolor, me estreso y ya me da el infarto...]</p> <p>011,6,140 [...yo tengo angina de pecho, una cosa que queda de los infartos , que uno cuando le da infarto llega un momento que ya no da infarto, sino queda la angina de pecho...]</p> <p>03, 5,77 [...yo le hecho culpa a la hipertensión...] 05,12,190 [...Muy factible puede ser herencia, porque en mi casa, todos han muerto del corazón, mis hermanos, un hermano murió en la calle de infarto...] 05,10,171 [...Yo sé que yo sufro que de que hipertensión, diabetes, soy cardiaca...]</p> <p>08,7,139 [...pudo haber sido, trasnocho, cigarrillo y trago...]</p> <p>08,7,141 [...Pienso que sí, he sido muy trasnochadora, he tomado mucho trago en esta vida, y he fumado mucho...]</p> <p>08,8,169[...Yo veía que me metía el cigarrillo a la boca, no todos, pero había veces, que me metía el cigarrillo, sentía que me iba a dar eso...]</p> <p>09,5,6[... porque mientras yo no fui hipertensa, yo era normal... le echo la culpa a lo de la presión, a la tensión alta...]</p> <p>013,3,17 [...De pronto me fumaba un cigarro, y me daba como un dolor acá...]</p> <p>012,7,144 [...Las grasas, yo pienso que eso como genético por una parte, yo toda la vida he vivido al pie de una vaca y me encanta la leche, sacadita de la vaca, y eso tiene mucha grasa, yo me imagino que es eso...]</p>	<p>Lo que las mujeres conocen como factores predisponentes o de riesgo: consumo de grasas, HTA,</p>	<p>“Yo le echo la culpa a la presión...”</p> <p>Expresiones que se dirigen a señalar los factores de riesgo más conocidos como los causantes de la enfermedad. Incluye términos como: las grasas, lo genético, el cigarrillo y nombres de las comidas grasosas, de manera variable.</p>	
---	--	--	--

	<p>012,7, 153 [...yo pienso que la leche y que mi papá era carnicero y nos llevaba mucha grasa, la chunchulla, la carne gorda, tan ricos eso sancochos con un pedazo de eso gordo...]</p> <p>012,7,150 [...la presión alta, porque cuando uno empieza a sufrir de la presión alta es porque está enfermo del corazón...]</p> <p>013,5,59 [...me toca dejar esto, yo sé que dejando esto, pero prendía y ahí mismo botaba, pero últimamente porque de resto me los fumaba todos...]</p> <p>013,4,37 [...nunca ninguna sensación, ni ninguna nada, lo único que me daba era cuando me fumaba uno o dos cigarrillos y me agarraba una cosa aquí, yo voy a botar esto y eso no me vuelve a dar y vea que si me repitió...]</p> <p>012,3,34 [...yo no sabía que eso era el corazón que estaba enferma y entonces yo no le paraba bolas, por eso le digo que yo estoy viva de milagro...]</p> <p>012,4,79 [...yo sabía que mi corazón estaba enfermo, y no me paraban bolas cuando me daba la moridera, porque los médicos sabiendo que el corazón tiene una falla no me mandaban algo más especializado...]</p> <p>012,5,100 [...uno no piensa que es un infarto, y uno dice yo comí? Pero no yo no había comido, como pa decir que ese era el vómito...]</p>	DESCONOCIMIENTO	<p>“Yo no sabía que eso era del corazón”</p> <p>Expresiones que se refieren al desconocimiento sobre la enfermedad y sus síntomas, sobre posibles confusiones y el reconocimiento de la falta de atención de sí misma.</p>	
--	--	-----------------	---	--

<p>011,6, 147 [...No pues infarto le da a cualquiera, yo no he hecho nada para que me de infarto, que yo diga yo fume, tome trago, yo trasnoche yo tuve una vida muy sana...]</p> <p>013,3,16[... Nunca nada, porque yo no he sufrido de nada...oiga, es que a mí nunca me ha dado nada, yo siempre fui una mujer muy alentada...]</p> <p>013,5, 56 [...No creo porque yo dormía bien, comía, bien yo no tenía problemas, el problema era como el cigarrillo, el cigarrillito que apenas me lo fumaba, me daba como cierto atacón...]</p> <p>011,1,1,,8 [...El corazón, cómo le digo yo... como se enferma todo el mundo del corazón...]</p> <p>011,1,2,14 [...pues yo digo, que porque la enfermedad tenía que dar, así como me dio infarto me podía a ver dado tuberculosis, cáncer así como dan esas enfermedades...]</p> <p>011,6 ,149 [... no nada, eso me dio, como le da a todo mundo, es una enfermedad que dice la gente que es hereditaria...]</p> <p>07,7,117 [...yo estaba en mi casa bailando, cantando, me gusta estar así, chévere. Y cuando menos pienso me da...]</p> <p>08,4,92 [...cuando yo subía una escala yo sentía el dolorcito...]</p> <p>012,6,115 [...haciéndome el amor, empecé a sentir una cosa rara como en la columna, como en todo el cuerpo, sentí algo muy raro, sentí la moridera, en ese momento, y como uno es tan bobito uno no hace nada...]</p> <p>07,8,119 [...yo puedo estar acostada, o comiendo o</p>	<p>La enfermedad como un asunto común</p> <p>Variabilidad del factor desencadenante</p>	<p>“Yo no he hecho nada para que me dé infarto”</p> <p>“Me dio como le da a todo el mundo”</p> <p>Estas dos categorías se integran mediante expresiones dirigidas a describir la situación como un fenómeno independiente de sus hábitos, descritos como positivos. Se rememora su estado de salud normal antes del evento y en especial se define como algo común, pues le da a todo el mundo.</p>	<p>Estas expresiones me alcanzan a inquietar un poco, debido que se evidencia la falta de claridad en la relación causa efecto de los factores asociados en enfermedad coronaria.</p>
---	---	---	---

<p>duchándome y cuando menos pienso... ahí me da el dolor y ya...]</p> <p>08,2,38 [...me dormí, pero a las cuatro de la mañana, para amanecer el domingo me agarró otra vez el dolor..."]</p> <p>012,2.15 [...sin estar haciendo nada, estando acostada...]</p> <p>01,2,3 [... pues como problemas, los hijos la familia, y eso a mí me da como duro...]</p> <p>03,5,74 [... pienso mucho en mis hijos, pienso en los nietos, que hay hijos que a veces necesitan una mano de mí...y yo me encuentro a veces amarrada....que yo no pueda...]</p> <p>02,5,68[...uno piensa, mi mente vaga, pensando en sobre todo en la orfandad de las niñas...]</p> <p>011,,1,3,27 [...Hay una cosa que me marco horrible la vida, que mi hija la mayor se me caso al escondido, tan digna mi hija, que cuando me di cuenta, me dijo camine vamos a cancelar este matrimonio...]</p> <p>02,5,56 [...pues pueden ser muchas cosas que lo fomenten el estrés, la viudez, lo que sea de pronto, yo considero en mi caso que fue el estrés mas no la soledad...]</p> <p>09,6,74 [...pero a mí, más que todo han sido como los problemas, como las dificultades, porque yo me estreso...] da, yo ya quedo como con algo. que me da muy raro...]</p> <p>02,5,86[...de pronto un altercado, de pronto algo que este repercutiendo...]</p>	<p>Estrés: se identifican causas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asociado con los hijos - por problemas familiares o sociales - rol de cabeza de familia - Las discusiones. <p>Rabia El estrés producto de las relaciones familiares dificultosas.</p>	<p>“Son los problemas, los hijos, la familia”</p> <p>Expresiones que describen específicamente a los hijos y la familia como generadores de estrés. Se relatan exhaustivamente situaciones familiares relacionadas.</p>	<p>Esta parte es muy lamentable como se observa claramente la transformación de una red de apoyo, como lo es la familia en un factor más de estrés para estas mujeres. Me produce un sentimiento de tristeza.</p>
---	---	--	---

<p>014,7,85 [...yo mantenía muy tensionada, cuando a él (el hijo) lo trasladaron tan lejos, yo lloraba mucho...”</p> <p>014,6,76 [...si, yo me angustié, por lo mismo por saber que un día los tengo (los hijos)... al otro no, y tanto problema en la casa para todo...]</p> <p>014,7,91 [...yo le ayudaba a hacer la tarea, pero el niño grande se la hizo toda por irse a jugar. Entonces a mí me dio rabia y ahí mismo me dio el dolor...]</p> <p>014,7,93 [...si yo no hubiera conocido esa gente yo no estaría tan enferma. La muchacha y los hijos de ella... y duré viviendo con ellos dos años...]</p> <p>014,7,89 [...cuando me daba rabia, estrés, me daba el dolor...]</p> <p>09,6,7[...Pero yo digo que también, tanto uno como aguantar, como soportar cosas, callar y callar cosas...]</p> <p>09,6,79[...es ese estrés que usted maneja y ese estrés desencadena tantas, tantas cosas, uno no hablar, no decir, lo que siente y tanta tensión tanta cosa...]</p> <p>09,6,82 [...problemas, a las angustias, a las cosas, que uno no expresa lo que siente, no se defiende, si no que calle y calle y cuando explota ya no hay nada que hacer...]</p> <p>014,7,88 [...La rabia, mi hijo se consiguió una muchacha, y muy peleona muy de todo, ella me contestaba muy feo y yo le gritaba y ella me gritaba, y ella me hacía dar mucha rabia...]</p>	<p>Tolerar situaciones estresantes en silencio</p> <p>Rabia- estrés = dolor.</p>	<p>“Aguantar callar y callar”</p> <p>Expresiones que describen situaciones de estrés, tensión, angustia, donde la persona se siente reprimida para poder expresar sus sentimientos y desahogarse, limitándose a tolerar el hecho. Utiliza términos como soportar, callar.</p>	<p>(Se pone la mano en el pecho y la hunde contra el esternón, con su mano derecha cerrada se la lleva al pecho.)</p> <p>Señala el pecho.</p> <p>Estas expresiones me producen una mezcla de sentimientos por una parte aflicción y por otra indignación.</p>
--	--	--	---

	<p>01,1,2 [...El hijo mío tuvo pues un lo atracaron, lo amortajaron, lo amarraron, le iban a disparar ya, junto con la nuera...en ese momento que me dijeron a mí, me dio muy duro, yo sentí reventarme, mucho miedo...]</p> <p>01,1,5 [...después fue que, él se tenía que ir de la vereda, le dije por qué mijo, la muerte la tenemos en cualquier parte...pero de ahí pa'ca, yo me puse a pensar, a pensar y a pensar hasta que me enfermé...]</p> <p>014,4,30 [...como ellos (hijos) están tan lejos me da mucha angustia, porque yo veo las noticias, y eso era que tantos soldados muertos, tantos policías muertos, que combate en tal lado, entonces a mí me da angustia...]</p> <p>04.5,55 [...Los nervios, los nervios porque he sufrido mucho de los nervios...]</p> <p>05,4,58 [...esos nervios yo me he dado cuenta, que eso me ayuda a apurar la vaina y ahí es donde yo me pongo más mal...]</p> <p>05,7,161 [...vuelvo y te digo; uno por lo regular le dan nervios y los nervios son los que lo friegan a uno...]</p> <p>05,11,196 [...Los benditos nervios y le voy a decir por qué: no he estado nada bien, el 3 de abril, murió mi otra hermana del corazón, entonces dolor tras dolor, muchas cosas juntas...]</p> <p>05,4,56 [...Duro, duro contestarle eso, que nombre... algo de nervios, algo de presión y dolor. Póngamele así, porque</p>	<p>Temor a la muerte por causas violentas</p> <p>Estado nervioso</p>	<p>“Los nervios son los que lo friegan a uno”</p> <p>Expresiones que definen los nervios como causante de la enfermedad y sus síntomas. La palabra común: nervios.</p>	<p>(con sus manos realiza un gesto que indica; agarrar, aruñar)Se observa muy intranquila, y reiterativa.</p>
--	--	---	---	---

	así es...] 05,4,58 [...Algo de tensión, de presión, y dolor. Entonces, yo empiezo a sentir nervios...]			
--	--	--	--	--

5.2.1 Análisis Factores determinantes.

Dentro de los fisiológicos se contemplan los factores de riesgo cardiovascular, extraídos de cada una de las entrevistas y completados con las historias clínicas de cada participante. A este respecto se evidenció:

La hipertensión arterial, se presentó como factor patológico en la totalidad de las mujeres con catorce participantes (14), esta situación acrecienta aún más la enfermedad, si se tiene en cuenta que el riesgo de insuficiencia cardiaca es mayor en la población hipertensa incrementándose el triple en relación con mujeres normotensas.⁵²

La dislipidemia igual que la hipertensión arterial se presenta en las catorce (14) participantes. Khaw (1989) y colaboradores sostienen que, al menos en la hipercolesterolemia, el número de mujeres a tratar para evitar un episodio coronario será significativamente mayor, siendo la relación mujer/hombre de 5/1 en la cuarta década de la vida, para situarse en 3/1 luego de la sexta década, situación que se presenta por múltiples elementos entre ellos el paso de un estilo de vida rural al urbano, concomitante con la rápida industrialización. Según el DANE⁵³, la población urbana aumentó del 57 % de la población total en 1951 a aproximadamente el 74 % hacia 1994 y para el 2003 de 78.0%. Lo anterior ha repercutido en cambios en la alimentación, incrementando el consumo de grasas saturadas y disminución en el consumo de hidratos de carbono complejos, menor cantidad y tiempo de actividad física y por ende incremento de la vida sedentaria.⁵⁴

En cuanto a la diabetes mellitus tipo 2 se halló en tres (3) participantes. El riesgo de muerte cardiovascular en mujeres con diabetes es de tres a siete veces mayor que en las no diabéticas, al igual que el síndrome plurimetabólico o síndrome de resistencia a la insulina, como factor de riesgo además de ser predominantemente mayor en las mujeres que en los hombre, de igual manera que el sedentarismo.⁵⁵

De las (14) catorce mujeres nueve (9) se declararon como sedentarias y cinco (5) con obesidad. Es importante de resaltar como aspecto positivo el bajo consumo de tabaco y alcohol presente en solo dos (2) participantes, lo que concuerda con la Encuesta mujer y

⁵² LEVY, D. et al. The progression from hypertension to congestive heart failure. In: JAMA. May 22-29, 1996, vol. 275 no. 20, p. 1557-62.

⁵³ DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE). Estadísticas vitales 2008. Op. cit: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&id=73&Itemid=119

⁵⁴ JARAMILLO, Nicolás Ignacio y TORRES, Yolanda. Aspectos epidemiológicos de la enfermedad cardiovascular: factores de riesgo a la luz de Framingham. En: Revista CES MEDICINA. Julio Diciembre / 2004, vol. 18 no. 2, p. 1-24.

⁵⁵ JARAMILLO, Natalia. Op. cit., p. 105.

enfermedad cardiovascular (2008), en relación a los hábitos demostró que el (70%) de las mujeres nunca ha fumado y 17% fumaba, pero, dejó de hacerlo, para un total de 87% de mujeres en Colombia que hoy no fuman.⁵⁶

Los factores relacionados hasta el momento hacen parte de los personales, también se observó una importante influencia de factores de riesgo de origen familiar, dentro de ellos están la hipertensión arterial, la diabetes, el infarto agudo de miocardio, que a su vez es similar a lo hallado por Cortés (2006). Por otra parte, pero en menor porcentaje, se encuentra la insuficiencia renal aguda, y el hipotiroidismo.

En relación con las categorías halladas se observó como desencadenantes del síntoma, las situaciones de estrés producto de las relación al interior de la familia; se podría pensar que la crianza de los hijos, el bienestar de los mismos, la viudez, la soledad se transforman en factores perturbadores para estas mujeres, la preocupación por sus familiares fomenta la aparición del síntoma, al igual que existe una tendencia a involucrase demasiado y hacerse cargo de problemas y responsabilidades de los demás, sin poder diferenciar los propios de los ajenos.⁵⁷

Estas múltiples obligaciones conllevan la realización de una serie de actividades que a su vez se transforman en una diversidad de roles social y culturalmente aceptados pero inequitativamente distribuidos, que como resultado generan en la mujer incapacidad de delegar funciones, ajustar cargas y determinar responsabilidades, lo que siendo fomentado por ellas mismas genera estrés, ansiedad, angustia, ira que finalmente son los temas relevantes expresados en cada narrativa.

Este contexto da origen a la categoría **“Son los problemas, los hijos, la familia”**, expresiones que describen específicamente los integrantes familiares más implicados en la generación de estrés. Se relatan exhaustivamente situaciones familiares relacionadas. 03,5,74 [... pienso mucho en mis hijos, pienso en los nietos, que hay hijos que a veces necesitan una mano de mí...y yo me encuentro a veces amarrada....que yo no pueda...]

Hasta el momento en los diferentes estudios realizados sobre caracterización del dolor torácico en la mujer en Colombia, no se había evidenciado tan claramente el fenómeno de desplazamiento forzado y extorsión, por lo tanto es pertinente contextualizar en este sentido, en el Quindío hacen presencia diversos actores armados irregulares que tienen influencia en las regiones de montaña o de cordillera y plana del departamento. El actor con mayor presencia histórica han sido las FARC (Fuerzas Armadas revolucionarias de Colombia) desde la década de los noventa. También delinquen en el departamento el cartel del norte del Valle, asociado a estructuras armadas, así como la delincuencia

⁵⁶ COLOMBIA. Centro Nacional de Consultoría. Encuesta mujer y enfermedad cardiovascular. Bogotá: septiembre de 2008.

⁵⁷ TAGER, Débora. Heridos corazones. Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. Buenos aires: PAIDÓS. 2009, p. 72.

organizada, hasta finales del año 2004, según el Sistema de Alertas Tempranas de la Defensoría del Pueblo.⁵⁸

Todo este clima de crisis se precipita como un factor social influyente y el desplazamiento forzado al cual se ven obligadas las familias agudiza aún más la situación; las mujeres no solo se ven afectadas en lo económico sino en lo emocional, experimentando sentimientos de temor, angustia, vulnerabilidad e indefensión, estos elementos aunque no determinan actualmente en el estudio una categoría son elementos que no se pueden excluir por su relevancia e impacto social y psicológico. Este contexto caracterizado por estresores y actitudes negativas relativamente duraderas y estables durante la vida predispone a la persona a estar siempre a la defensiva, crear ambientes de tensión y competitividad y percibir al entorno como un espacio de lucha para lograr objetivos como también puede manifestarse una actitud caracterizada por enemistad, negativismo, resentimiento (Smith, 1985).⁵⁹

De esta manera se ve reflejado en la narrativa de esta participante, cómo reiteradamente manifestó, su sentimiento de indefensión, de vulnerabilidad, denominando como; aguantar, callar, soportar, no defenderse de forma que emerge la categoría “*Aguantar callar y callar*”, expresiones que describen situaciones de estrés, tensión, angustia, donde la persona se siente reprimida para poder expresar sus sentimientos y desahogarse, limitándose a tolerar el hecho. Utiliza términos como soportar, callar.

Según Laham (2008) las situaciones de ira precipitan episodios agudos de enfermedad; también es importante comprender que el complejo ira-hostilidad-agresión están íntimamente conectadas; hostilidad depende de la diferenciación que se realiza del componente afectivo, cognitivo y conductual, la ira surge como consecuencia de percibir el maltrato o una provocación del entorno, la agresión es la conducta manifiesta de esta emoción.⁶⁰

Estos factores psicosociales guardan una relación directa con el aumento en el riesgo de mortalidad coronaria, entre ellos están; insatisfacción con la vida familiar, sucesos de vida, enojo no expresado, la carencia de apoyo social.⁶¹

[...Eso influyó demasiado, en parte esto que yo tengo tan horrible y esa inestabilidad que yo mantengo, fue por eso, porque es que yo sufría mucho...]

⁵⁸ COLOMBIA. Defensoría del Pueblo. Informe de Riesgo No.01406 Al. En: Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH, Diagnóstico departamental Quindío. 2007.

⁵⁹ SMITH, Timothy and FROHM, Karl. What's sounhealthy about hostility? Construct validity andpsychological correlates of the Cook and Medley Ho scale. In: Health Psychology. 1985, vol. 4 no. 6, p. 503-520.

⁶⁰ LAHAM, Mirta. Psicocardiología su importancia en la prevención y la rehabilitación coronarias. En: Suma Psicológica. marzo 2008, vol. 15 no. 1, p. 143-170.

⁶¹ WELIN, C.; LAPPAS, G. and WILHELMSEN, L. Independent importance of psychosocial factors for prognosis after myocardial infarction. In: J Intern Med. 2000, vol. 247 no. 6, p. 629-639.

Esta diversidad de sentimientos y emociones relacionadas con la forma de vida de las mujeres, confluyen en la aparición de otros estados de ánimo, como resultante de esta tensión se genera la categoría *“Los nervios son los que lo friegan a uno”*, expresiones que definen los nervios como causante de la enfermedad y sus síntomas.

Dentro de los factores determinantes del síntoma se hizo necesario precisar la información que posee la paciente acerca del síntoma, qué lo desencadena, y en qué momentos, como también cual ha sido la fuente de información, una categoría representativa de este aspecto, está dada **por “lo que me han dicho”** Expresiones que se caracterizan por la referencia a lo escuchado a otros, con predominancia de funcionarios de salud. Utiliza términos como “me dijeron”, “dicen que...”. En la información que han obtenido acerca de su estado de salud por parte, en la gran mayoría del personal médico, familiares o conocidos, llama la atención la mezcla de sucesos a los cuales las mujeres le atribuyen la patología, sin tener una apreciación concreta y real de los factores que determinan la enfermedad, dentro de los cuales encontramos, la soledad, la viudez, los nervios, los altercados o discusiones entre otros, esta falta de claridad podría obstaculizar un adecuado afrontamiento de la enfermedad de igual manera muestran especial interés en el diagnóstico médico referido al infarto, se enfocan en el diagnóstico, pero no en las causas del mismo.

En esta misma dirección se hallaron diversidad de afirmaciones acerca de lo que creen o piensan las mujeres acerca de su enfermedad, se encontró una multiplicidad de apreciaciones donde se reconoce a la hipertensión arterial como una entidad que predispone a la enfermedad, así como también al consumo de cigarrillo y el factor hereditario. Cabe resaltar que a pesar de la ambigüedad en la información acerca de la enfermedad coronaria, y específicamente acerca del evento agudo isquémico, la mujer logra reconocer los síntomas de severidad del cuadro clínico, de esta manera consigue determinar qué conducta seguir, y emerge la categoría *“Yo no sabía que eso era del corazón”* expresiones que se refieren al desconocimiento sobre la enfermedad y sus síntomas, sobre posibles confusiones y el reconocimiento de la falta de atención de sí misma; esta expresión define cómo la persona se hace consiente de la enfermedad por la severidad del cuadro sintomático y las experiencias previas.

02,3,25. [...si yo sabía, con toda seguridad, se lo digo doctora, yo desde el momento, cuando ya vi, que no era la placa, sí no que esto ,la opresión y mi brazo dije, esto es un infarto severo...]

A su vez se resalta la importancia de los medios de comunicación, pues esta participante manifiesta haber adquirido información por medio de las revistas y la televisión, que concuerda con la Encuesta mujer y enfermedad cardiovascular (2008), donde el (63%) de mujeres obtuvo a través de la televisión información acerca riesgos y prevención de la enfermedad cardíaca. Las expresiones donde afirma con certeza y seguridad estar enferma del corazón, se deben a la experiencia objetiva del síntoma: la mujer lo interpreta y concluye que algo no está bien con su salud y alcanza a discernir que es el corazón, lo anterior mediado por lo que percibe y lo que siente.

El segundo análisis se puede interpretar desde dos puntos de vista: lo que cree que origina la enfermedad, en esta parte se mezclan diferentes fuentes de información lo que le dicen, lo que piensa, lo que comprende de ese conocimiento diverso sobre factores de riesgo o predisponentes y el segundo punto, la información que procede de los profesionales de la salud, que marca una ruta importante en su camino, pues de esta información depende en gran parte la conducta a seguir y se encuentra muy relacionada con la confianza que deposita en sus competencias; sin embargo puede convertirse en un factor de riesgo, cuando las expectativas diagnósticas y de tratamiento no satisfacen totalmente las necesidades de la mujer o por el contrario desvirtúan las hipótesis acerca de la enfermedad.

[...yo sabía que mi corazón estaba enfermo, y no me paraban bolas cuando me daba la moridera, porque los médicos sabiendo que el corazón tiene una falla no me mandaban algo más especializado...]

De esta manera la mujer cuenta con una diversidad de conceptos e información, elabora su propia interpretación enmarcada en la incertidumbre, en ocasiones con la certeza que sufre la enfermedad pero prefiere no consultar debido al peso de la sentencia hecha por el profesional de la salud.

Es importante resaltar que, aunque sabe que está enferma del corazón, manifiesta no haber propiciado la enfermedad y surge la categoría; **“yo no he hecho nada para que me dé infarto”** **“Me dio como le da a todo el mundo”**: estas dos categorías se integran mediante expresiones dirigidas a describir la situación como un fenómeno independiente de sus hábitos, descritos como positivos. Se rememora su estado de salud normal antes del evento y en especial se define como algo común, pues le da a todo el mundo.

“Como problemas... que yo le eche la culpa... no existe. Yo creo que no porque el primero me dio a mi como de 54 años y yo ya me había separado de mi marido, se fue o me voy pero en la calma en la alegría, porque era una hombre culto respetuoso, mejor dicho, yo soy la que habla duro, yo no es que este gritando es que yo hablo duro, pero mi marido mis hijos, no”

Estas afirmaciones muestran cómo la mujer busca explicaciones en el trascurso de su vida, especialmente experiencias negativas, desafortunadas que hayan podido repercutir de forma deletérea en su salud y dentro de estas, se incorpora un tema de especial relevancia: la soledad como un estado o condición emocional que favorece la aparición del síntoma o la enfermedad, pues la sensación es de vacío, falta de compañía que complementa la existencia y la hace más llevadera, y que en su ausencia predispone a la tristeza, melancolía y depresión y por ende a la enfermedad.

01,3,1 [...porque eso me da cuando yo estoy sola, sola sin quien, quien me hable, me está como acompañando...]

08,8,174 [Ganas de tener marido, de verdad, pues digo yo posiblemente, el corazón se cansó de no hacer nada, de no agitarse, teniendo sexo o algo...]

Finalmente se comprobó que en el síntoma de dolor isquémico en la mujer se aprecia una diversidad de factores determinantes que se pueden categorizar y organizar desde lo fisiológico, psicológico y situacional que se inter-relacionan e influyen en la experiencia del síntoma y su forma de expresión.

De igual manera el componente psicológico del modelo se enmarca en el estado mental que incluye la reacción afectiva y el grado de incertidumbre, que a su vez esta mediado por la ansiedad y la depresión; que como se observó contribuyen a la ocurrencia del síntoma.

En la teoría de síntomas desagradables de Lenz los síntomas son el enfoque central y cada síntoma se conceptualiza como una experiencia multidimensional que puede medirse separada o conjuntamente.

5.3 Dimensiones del síntoma

En el segundo componente de la teoría de Síntomas desagradables de Lenz y Col, se describen las dimensiones que incluye: Calidad (palabra precisa, ubicación, irradiación, síntomas acompañantes), Intensidad, Duración, Disconfort o desazón.

CATEGORIAS:

- “Es un desespero con dolor”
- “Me sentía agotada”
- “Estoy que me reviento”
- “Es algo innombrable”
- “Mantengo como aburrida”
- “La primera es una cosa en la boca”
- “Yo vengo sintiendo cosas”
- “El dolor se fue regando”
- “Tan intenso que creí que iba a morir”
- “Señor en tus manos estoy”
- “Cuando ya no aguante pedí auxilio”
- “Dios mediante no voy a volver a fumar”
- “Me dan ganas de irme”

	CÓDIGOS SUSTANTIVOS	TEMAS RELEVANTES	CATEGORÍAS	AUTO OBSERVACION
CALIDAD	<p>04, 3,29[...Sentí como un desespero en el pecho, en todo el pecho, como haga de cuenta era la gastritis y dolor de espalda...]</p> <p>09,2,5 [...es un dolor muy fuerte que le da a uno. Como digo yo como un desespero, uno no se halla de ninguna manera, no me puedo voltear, no se puede agachar...]</p> <p>011,2,31 [...Sentí a las ocho y media, el dolor en el pecho, el desespero, una fatiga un desespero, que me llega a la boca y pabellón y mejor dicho me asfixia, no... es una cosa horrible...]</p> <p>0111, 3, 47 [...es desespero... fue horrible y yo sentí que me iba a morir, porque en la vida me ha dado eso tan horrible y saber que no... saber que no me pararon bolas aquí nadie...]</p> <p>011,3,64 [...no me había acabado de pasar el desespero...si no me morí ese día es porque mi diosito no quiso...]</p> <p>011,5,107 [...solo ese desespero, es un desespero con dolor, o un dolor con desespero integrado...]</p> <p>011,1,3,49[...ese desespero tan horrible, ojala que yo no vuelva asentir eso...]</p> <p>011,1,2,7 [...Horrible, no es dolor es un desespero, es muy raro y muy horrible...]</p> <p>02,2,16 [...Dolor, opresión una cosa que me ahogaba...]</p> <p>03,2,10 [...un dolor huy santísima Virgen era un desasosiego muy brutal yo en mi vida había sentido una cosa de esas...]</p> <p>09,1,1 [...Fue un dolor muy fuerte acá en el pecho, es muy duro no anda si no es estable en una sola parte...]</p> <p>07,4,46 [...Un dolor imagine aquí en el pecho. Que hay veces que me da fuerte y vuelve y se me quita. Que a veces me hace decir Hay!!.]</p> <p>08,2,1 [...Esa sensación empezó con un dolor en esta partecita de acá ¿cómo se llama esto?, en el cuello, en el huequito que tiene uno...]</p> <p>09,3,34 [...uno ha sentido muchos dolores y uno sabe distinguir de un dolor a otra cosa diferente. Es un dolor, dolor...]</p> <p>04,2,21 [...Ese dolor tan horrible no, antes no había sentido ese dolor tan horrible...]</p>	DOLOR COMBINADO	<p>“ES UN DESESPERO CON DOLOR”</p> <p>Expresiones que describen como síntoma principal el dolor y que utiliza frecuentemente adjetivos como horrible, raro, fuerte. Frecuentemente acompañado de desespero o haciendo parte de una secuencia de dolor, presión y desespero.</p> <p>Se acompaña de analogías para explica la opresión: “como un ladrillo encima”. Como la sensación opera sobre el tórax, frecuentemente se acompaña de fatiga.</p>	<p>Me siento realmente impactada con estas narrativas, pues alcanzo a percibir la magnitud de esta vivencia.</p> <p>(Señala el esternón con su mano derecha).</p>

	CÓDIGOS SUSTANTIVOS	TEMAS RELEVANTES	CATEGORÍAS	AUTO OBSERVACION
	<p>09,3,32 [...Es un dolor muy horrible...]</p> <p>07,2,2 [...yo empecé a sentir dolor en el pecho, era un dolor suave y cada momentico que pasaba se iba aumentando más y fuera del dolor al mismo tiempo sentía como que si tuviera un peso, si algo pesado en el pecho....]</p> <p>07,5,73 [...simplemente sentí ese dolor, que fue tan fuerte y era como que si tuviera un par de ladrillos en el pecho...]</p> <p>07,3 19 [...el dolor hay veces que cuando se aumenta como si tuviera un ladrillo encima...]</p> <p>014,1,1 [...Un dolor muy fuerte en el pecho, y entonces yo le dije a mi hijo que me trajera a la clínica...]</p> <p>014,2, 34 [...pues cuando me trajeron en la ambulancia me dio ese dolor y llegue a la casa y era igual de intenso. Y a los tres meses me volvió el dolor, el mismo dolor en el tórax, la espalda y la boca del estómago...]</p> <p>014,2,52 [...el dolor...sí, porque me dolió como la primera vez...]</p> <p>07,2,2 [...fuera del dolor, al mismo tiempo sentía como que si tuviera un peso, si algo pesado en el pecho...]</p> <p>07,4,45 [...Siempre es molesto, es una sensación muy maluca es un dolorcito muy muy maluco...]</p> <p>011,1,3,65 [...con el desespero que tuve ayer, yo creo que ahí si me encaramo, yo para hacerme corazón abierto tengo...]</p> <p>07,2,2 [...fuera del dolor, hay veces me pone muy maluca para respirar...]</p> <p>011, 3, 57 [...Sentí la tráquea un hueso seco, en la boca y aquí en el pecho y como no me dieron nada de auxilio, entonces yo sentí como cuando un hombre coge a una persona a darle patadas aquí en el esternón...]</p>			

	CÓDIGOS SUSTANTIVOS	TEMAS RELEVANTES	CATEGORÍAS	AUTO OBSERVACION
	<p>01, 2,10 [...tenía mucha ahogazón, tenía como mucha, como una cosa aquí en el corazón, el corazón como que me oprimía, mucha intranquilidad, yo no tenía paz, yo quería salir, yo quería abrir puertas, salir corriendo gritar...]</p> <p>03,1,2 [...me sentía ahogada, sin...sin aire con mucho calor y... así lo pase dos noches...]</p> <p>05,1,9 [...empiezo a sentir que me oprime el pecho, y siento una opresión entre pecho y espalda, como si yo no tuviera nada que me separara el pecho de la espalda. Como si estuviera así pegada...]</p> <p>08,3,75 [...como cuando uno se ahoga que se traga un plátano, que se le quedo ahí y uno bregando ni para bajo ni para riba...]</p> <p>013,2,2 [...me tapaba la respiración, yo no podía respirar, me empezó en la casa...]</p> <p>013,3,13 [...empieza acá y le tapa el pulmón y uno no podía respirar, no nada. No me pregunte más de eso que yo no quisiera ni saber, de eso más nunca...]</p> <p>013,3,15[.../ Si yo sentía que volvía pedazos el pulmón. Se queda uno sin nada, sin poder respirar...]</p> <p>03, 1,2 [... me sentía ahogada, sin, sin aire con mucho calor y así lo pase dos noches. a la tercer noche, mejor dicho ya, ya no aguante ...]</p> <p>03,4,58 [...Le dije," mijo estoy mal, estoy que me ahogo estoy que me reviento...]</p> <p>03,2,20[...yo sentía y esto aquí, como que ya me iba abrir en dos...] Señala el esternón.</p> <p>03,3,34 "yo sentía que todo esto iba a salir pa fuera...]</p> <p>05,5,84 [...Uno de tras del otro, yo empecé así infarticos, infarticos, hasta que explotó! Tuve un infarto de miocardio bien grande...]</p>	<p>Sensación de obstrucción, que ahoga</p> <p>Sensación eminente de la muerte.</p> <p>Sensación de expulsión.</p>	<p>"ME SENTÍA AHOGADA"</p> <p>Expresiones que describen la falta de aire asociada a la sensación de obstrucción, opresión en el tórax y el cuello, que lleva la desesperación. Algunas expresiones no describen propiamente el ahogo, sino la sensación de que el pecho está pegado.</p> <p>"ESTOY QUE ME REVIENTO": Expresiones que señalan una sensación en el pecho, como si algo quisiera salirse o brotar del pecho. Utiliza palabras tales como: reventar, abrirse, etc. y mediante paralenguaje consistente en: llevarse las manos hacia el pecho y luego realizar un movimiento de adentro del tórax en dirección ascendente y hacia afuera.</p>	<p>De alguna manera me genera una sensación de impotencia, el hecho que teniendo tantas herramientas para que la mujer no experimente estos momentos tan desagradables no se implementen acciones para</p>

	CÓDIGOS SUSTANTIVOS	TEMAS RELEVANTES	CATEGORÍAS	AUTO OBSERVACION
	<p>013,2,1 [...Es una cosa tan horrible, que uno no sabe explicarla...]</p> <p>013,2,4 [...yo no le pondría nombre, no se describir como es ese dolor tan horrible que uno siente...]</p> <p>013,3,29 [...Pues una cosa muy horrible, uno no quiere pasar por eso...]</p> <p>013,4,44 [...uno le da un apretón de esos uno se muere o vive uno, yo no pensé en nada, yo no pensé en nada y es que uno no piensa nada, uno con un dolor tan agudo, uno no piensa en nada...]</p> <p>012,2 10 [...sentí algo muy raro, un dolor que se me subió como al cerebro, como al pecho, no es indescriptible...]</p> <p>010,2,24 [...El malestar, era como si fuera perdiendo la fuerza y me iba como cuando usted está ya resignado, eso sentía yo, como ya resignación, yo creo que ya me estoy muriendo...]</p> <p>012, 2,19 [...un desespero, es que uno ni entiende hay veces, uno ni alcanza a entender lo que a uno le da, y es ese ardor...]</p> <p>08,4,78 [...eso es como el fin del mundo, como ya esto es lo último que voy a vivir, si, como el fin del mundo, como el fin porque el que ya uno, ni parariba ni para abajo, ni para respirar, y ya ese desespero...]</p> <p>05,4,69 [...porque yo me vi muy mala, un infarto con desespero, un desasosiego, increíble pero yo no sentía dolor...]</p> <p>01, 5,36. [...como un desespero, como un aburrimiento, como deseos... de no sé... Hay...no... lo que me iba a pasar...]</p> <p>011, 3,67 [... Porque sentí algo que nunca había sentido en mi vida, un desespero, un dolor, me siento quemada, me siento fatigada, la boca se me quema por aquí me, y siento gases, mejor dicho eso es indescriptible, mamita lo que yo siento. No puede uno, no puede...]</p>	<p>Algo que no tiene nombre, inexplicable.</p>	<p>“ES ALGO INNOMBRABLE” Expresiones que se relacionan con dificultad para describir o explicar los síntomas experimentados. Utiliza términos como “eso”, “algo raro”, “indescriptible”. Generalmente se acompaña de narrativas dirigidas hacia la idea de la muerte o del fin.</p>	<p>evitarlo o atenuarlo.</p>

	CÓDIGOS SUSTANTIVOS	TEMAS RELEVANTES	CATEGORÍAS	AUTO OBSERVACION
	<p>07,2,18 [...Pues yo, no sé, yo siento ese dolor que hay veces son como chuzones, como si lo cogieran a uno con una... y lo chuzaran con una aguja pero no todas las veces...]</p> <p>05,5, 90 [...Siento como un tironcito, y luego empiezo a sentir esta cosa, que le digo que me da la vuelta, y empiezo a sentir la opresión...]</p> <p>010,6,135[...Como aburrimiento, tristeza que ya casi me llega la pelona, que cuando ya me pasa, digo bueno gracias a Dios...]</p> <p>010,6,138[...Pero cuando me enfermo ahí si me da aburrimiento, me da tristeza me pongo a pensar tantas cosas que he querido hacer y no he podido...]</p> <p>01,4,30 [...yo siento como aburrimiento... porqué me paso esto... porqué me está pasando esto si tengo todas mis comodidades, Todo lo tengo, tengo unos hijos tan queridos, porqué me está pasando esto a mí por Dios...]</p> <p>01,5,36 [...sentí mucho aburrimiento...]</p> <p>08,6,120 [...mantengo como aburrída, y lloro mucho, que no quiero nada, no como, lloro mucho...No, no sé porque me está dando aburrimiento últimamente...]</p> <p>08,8,176 [...últimamente me puse a pensar en eso y mantengo muy aburrída...] Ganas de tener marido, de verdad, pues digo yo posiblemente, el corazón se cansó de no hacer nada, de no agitarse, teniendo sexo o algo, perdida de la virginidad.</p> <p>02, 2,1 [...desperté antes de las cuatro con un dolor opresivo en la garganta, creí que me había tragado una placa miorelajante que me estaba ahogando. Pero el dolor me irradiaba: pecho, brazo...]</p> <p>02,2,10 [...Yo sentí. Es que parte de mi garganta del lado izquierdo se torcía como si me las estuvieran tirando, es más los dientes, yo</p>	<p>Sensación de chuzón</p> <p>Aburrimiento y tristeza</p> <p>Síntomas en la garganta y cavidad oral</p>	<p>“MANTENGO COMO ABURRIDA”</p> <p>Expresiones que describen sentimiento de tristeza asociado a la situación, con sensación de pérdida, relación con la muerte, añoranza sobre lo que no se hizo. Describe llanto frecuente.</p> <p>“LO PRIMERO ES UNA COSA EN LA BOCA...”</p> <p>Expresiones que describen la presentación de una secuencia</p>	<p>Se observa Facies de tristeza y melancolía. Me afecta su estado de ánimo, me aflige su situación.</p> <p>(Empieza a hacer sonidos como si estuviera disfónica)</p>

	CÓDIGOS SUSTANTIVOS	TEMAS RELEVANTES	CATEGORÍAS	AUTO OBSERVACION
	<p>los sentía apiñados como los de ese lado"...]</p> <p>010, 5,113 [...se le pone duro es como si usted quisiera que le sacaran esa muela, eso me paso a mi primero, el de la quijada si era duro como si se le fuera a caer, luego se me fue regando, y me duele mucho...]</p> <p>011,3,73 [...yo estaba muy bien, me empieza una cosa en la boca, una carraspera allá, una de ellas me dijo le doy agua, bueno pero lléveme al hospital, al hospital...]</p> <p>011,1,1,1 [...lo primero es una cosa en la boca, se me apreta la boca, yo siento, que me empieza a dolor como a presionar, que no la se definir...]</p> <p>011,1 1,4 [...Una picadita, un malestarcito, pero yo ya lo conozco, es por dentro de la boca y siento todo esto, todo esto hasta las orejas, la boca, todo, el paladar.</p> <p>012,1,4 [...Es un desaliento, una sensación, como un ardor en el pecho, una cosa aquí en el pecho muy horrible, da un ardor y una moridera...]</p> <p>102,3,36 [...Pues ardor y dolor de vez en cuando, y como si a uno se le fuera la respiración...]</p> <p>012,2,31 [...yo siento como si me hubiera quemado, como si tuviera algo ardiendo por dentro, como cuando uno se quema...]</p>	Ardor en el pecho	de síntomas en la cavidad oral y se extienden al paladar, las encías, la garganta y el pabellón auricular.	<p>(señala el pecho y el cuello)</p> <p>(abre la boca y señala toda la cavidad oral por dentro)</p>
SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES	<p>01,3,21 [...Me siento es como agotada, como enferma, como con desaliento, como sin deseos de comer nada, ni que me hablen...]</p> <p>01,5,45[...sentía, pues que mucho desaliento, yo no dormí en toda la noche, yo estaba indispuesta, mucho desaliento, la cabeza que me bombeaba como un dolor de cabeza...]</p> <p>05,6,106 [...y yo me sentí muy mal. Siento como que el pecho no me da, no se no siento una onza de aliento...]</p> <p>010,4,68 [... el dolor en el brazo izquierdo y como adormecimiento</p>	Pérdida de la vitalidad de la energía.	“YO VENGO SINTIENDO COSAS” Expresiones que hacen referencia a múltiples sensaciones que la mujer ha venido presentando por periodos prolongados, donde se evidencia la percepción de	

	CÓDIGOS SUSTANTIVOS	TEMAS RELEVANTES	CATEGORÍAS	AUTO OBSERVACION
	<p>como que ya no tenía fuerzas, como que ya no era capaz de moverme, no era capaz de andar...]</p> <p>012,1,1 [...yo hace mucho tiempo vengo sintiendo cosas muy malas, ese desaliento, ese frío y yo le decía a ellos, me dan unas malquerías muy horribles, yo digo ya tengo la moridera...]</p> <p>012,2,9 [...Es un ardor como en el pecho y como en la espalda, como sin un aliento, sin una fuerza, que pierdo las fuerzas y me descontrolo...]</p> <p>02, 3,33[..."la sudoración, el templamiento en el cuello hacia el lado izquierdo, me tiraba, el apiñamiento en los dientes...].</p> <p>02,2,7[...me secaba el sudor, pero era como un manantial, porque era abundante la sudoración en el brazo, estaba muy fría, muy pálida,...]</p> <p>010,1,5 [...yo me levanté, me senté, cuando me subió un calor a la cara y comencé como mareada y sude y sude eso era como si, me estuvieran gotereando agua, y era sude y sude y mareada...]</p> <p>010,2,17[...Ella llegó y dijo mami esta helada, esta emparamada, le dije si es que estoy sudando pero yo no sé y el sudor era frío, frío era como tocar un muerto, porque yo ya he tocado muertos, el sudor es como frío y baboso ...]</p> <p>010,4,66[...el dolor de la mandíbula lo califico en 10, y la sudoración también, porque es que en un momentico me empape como si me hubiera metido a la ducha...]</p> <p>08,2,8 [...me dio más duro, que ya se me encalambro la mano, me puse fría y trato de encalambrarse la lengua...]</p> <p>07,4,47 [...cuando a mí me han dado esos dolores que han sido fuertes, me pongo mareada, yo veo como lucecitas de colores, náuseas hay veces me da vomito. Debido al mareo meda dolor de cabeza...]</p> <p>09,3,21 [...mareo, dolor de cabeza, y en ocasiones de escalofrió. Ayer no, ayer era con dolor de cabeza y mareo...]</p> <p>09,3,29 [...Nauseas, el dolor de cabeza, los mareos, y que me atacaba anteriormente mucho a la espalda...]</p> <p>014,3,16 [...Siento dolor de cabeza, siento molestia en las piernas...]</p>	<p>Sudoración. Frialdad</p>	<p>cambio e incapacidad, pérdida de control y disminución de su capacidad vital. Las palabras más utilizadas son: "desaliento", "sin fuerzas", "malquera", "moridera".</p>	

	CÓDIGOS SUSTANTIVOS	TEMAS RELEVANTES	CATEGORÍAS	AUTO OBSERVACION
	011,5,108 [...siento como fuego. Me cuesta respirar. Esto me lo dejo vuelto nada y toca ponerme a chupar halls y pero era un dolor como si yo la cogiera a usted a puños y patadas...]			
IRRADIACIÓN	<p>04, 2, 6[...Sentí que se me fue regando por todo el pecho, el dolor me cogió todo el pecho, y... la espalda al mismo tiempo cuando ya me cogió el dolor en el brazo izquierdo...]</p> <p>08,4,62 [...La sensación se queda ahí, pero hace efecto en otra parte, ella sigue ahí pero va encalambrando el resto del cuerpo...]</p> <p>08,4,84 [...La nuca, el lado izquierdo, la mandíbula no era capaz de abrirla, se me encalambraba esta parte izquierda, se va debajo del brazo y el brazo...]</p> <p>09,2,10[...Solamente en el pecho, pero si en ocasiones anteriores, si me atacaba a la espalda también al costado...]</p> <p>07,2,13 [...Acá en el pecho, en el corazón, acá en el lado de arriba hacia abajo, me da la vuelta al pecho, es un dolor constante y a veces se aumenta como hay otras veces que se disminuye..]</p> <p>05,1,4 [...me dio el primer dolor precordial, una sensación de dolor en mi pecho, pero a mí me sucede algo, que me recorre como de la parte de adelante hacia atrás por la cabeza, me coge la cabeza y me duele y descarga como con falta de aire y me duele el brazo izquierdo...]</p> <p>05,5,92 [...Me da la vuelta a la espalda, me coge los oídos, la quijada, Y me da la vuelta y ahí es donde siento la opresión entre pecho y espalda...]</p> <p>07,2,8 [...no todas las veces, me da un dolor acá en el brazo izquierdo y ese dolor es como que si me estuvieran jalando a uno por dentro...]</p> <p>02,2,3 [...Pero el dolor me irradiaba: pecho, brazo, el brazo izquierdo, su sudoración era abundante y frío...]</p> <p>08,2,34[...es un dolor, no es propiamente en el pecho, es como en esta mitacita, señala la mitad de esternón, y se va por dentro a salirle a uno debajo del brazo...]</p>	RUTAS DE IRRADIACIÓN	<p>“EL DOLOR SE FUE REGANDO”</p> <p>Expresiones referidas al recorrido de las sensaciones y que utilizan los términos y frases:</p> <p>“Se me riega”, “Me coge”, “Se descarga”, “Me ataca”, “Se va para...”, “Me da la vuelta”, “Me recorre”, “Me jala”, “me irradia”, “Se va pory me sale por...”</p> <p>Manifiesta la percepción del síntoma, y como este compromete diferentes áreas de su cuerpo de una forma concatenada y consecutiva.</p>	<p>Seña la el pecho y mueve su mano de arriba abajo del esternón</p> <p>(se lleva la mano derecha en círculos se soba el pecho, simulando el radio de expansión de la sensación)</p>

	CÓDIGOS SUSTANTIVOS	TEMAS RELEVANTES	CATEGORÍAS	AUTO OBSERVACION
	<p>011, 3,53 [...y empieza el desespero acá y sale por acá(cuello), y se me vuelve una candela pero vea le cuento, va garganta y boca y me destrozo la tráquea, yo sentí el hueso de la traque así volando y seco...]</p> <p>014,1,4 [...En el tórax, me traspasa a la espalda, acá, en lo que llaman la boca del estómago...]</p> <p>014,1,24 [...me empieza en el pecho, me pasa atrás, y me regresa aquí a la boca del estómago (Con su mano derecha guía el movimiento hacia el esternón, luego a la espalda y se devuelve al epigastrio.)]</p> <p>05,3,25 [...tenía dolor de cabeza, me cogió dolor de oídos, dolor en la quijada, dolor en el pecho con el brazo izquierdo muy tieso...]</p>			
INTENSIDAD. RANGOS.	<p>01,3, 22 [...pues muy intenso, al no querer uno que le hablen, que vive uno aburrido que no quiere nada...]</p> <p>04, 3,36 [...Intenso, intenso que yo creía que me iba a morir. No iba alcanzar a llegar aquí...]</p> <p>02.3, 31 [...En 10 en 10 agudo lo más violento, yo creo que un tiro se quedó... En veremos...en 10, no hay, yo creo que de ahí, sigue la muerte...]</p> <p>09,3,26 [...En diez, porque me dio muy duro y fuerte muy fuerte...]</p> <p>010,5,111 [...no el dolor, no es que usted diga que es muy severo, eso a usted le comienza con dolorcito lento, lento usted dice a eso ya me paso, eso me tomo una pasta y se me quita...]</p> <p>08,5,115 [...ya viendo que no puedo respirar me voy a morir, es por eso, por eso decía no me dejen morir, porque yo no me quiero morir todavía...]</p> <p>08,6,126 [...En ese momento, no pienso si no que me voy a morir, eso que lo que yo siento no da tiempo de más nada...]</p>	Alta intensidad	<p>“TAN INTENSO QUE CREÍ QUE IBA A MORIR”</p> <p>Expresiones que describen el mayor grado intensidad del síntoma, generalmente dolor, implicando el compromiso psicológico y físico, asociado con la muerte.</p>	<p>Se observa expresiones de dolor en su cara, de temor, una experiencia de angustia.</p>

	CÓDIGOS SUSTANTIVOS	TEMAS RELEVANTES	CATEGORÍAS	AUTO OBSERVACION
	<p>011,3,46 [...La muerte, esa es la muerte echándome mano, no me morí porque no era mi día...]</p> <p>011,4,101 [...Si la misma intensidad, porque cuando arranca no sé cómo no me morí ese día...]</p> <p>013,2,6...[le digo que eso es una cosa espantosa, de 10 eso es una cosa que no, si usted le da eso; es tan duro, el dolor que si a uno no lo llevan ligero se muere, es que eso es una cosa espantosa el dolor...]</p> <p>013,4,48 [...es una cosa para morir, yo no creo que de eso se escape nadie. Y uno solo piensa que se le quita para poder seguir viviendo, para poder respirar...]</p> <p>011,5,102 [...Diez en diez doctora, no se compara con el dolor del parto y tuve seis hijos, y me fue más mal, a mí no me hicieron cesárea y no se compara lo que yo sufrí ese día aquí con un parto. Todo el tiempo diez al máximo...]</p> <p>08,5,100 [...No a mí me dio en 10, cuando les dije no me dejen morir, es porque ya no ya mis fuerzas no me daban para gritar, ya la lengua la tenía trabada...]</p> <p>08,5,111[...es un dolor que uno no aguanta...]</p> <p>03,3,22 [...Hay bendito padre no sé escribirlo pero yo digo que eso era más de 10...]</p> <p>010,4,61 [...hay Dios mío que dolor tan berraco y mareada, cuando un peladito que me vendía buñuelos, señora va a dejar buñuelos? Yo con ese dolor tan berraco, y casi sin poder hablar. Hay me dio tanta ira que le dije no voy a dejar nada...]</p>			

	CÓDIGOS SUSTANTIVOS	TEMAS RELEVANTES	CATEGORÍAS	AUTO OBSERVACION
	<p>04, 3,33[...Vea en cero, estaba totalmente bien, estaba haciendo el desayuno, me iba a sentar a desayunar, cinco, me aumento ya más el dolor, cuando llegue aquí a la clínica, ya era en el 10...]</p> <p>07,4,41 [...los dolores que yo he tenido horita en estos días, no han sido pues que hasta 10 no...]</p> <p>07,4,47 [... La verdad cuatro o cinco o más o menos pero no hasta 10. Como la vez pasada no...]</p> <p>05.7,106 [...Desde hace 8 días, por ahí un 6, porque cuando es infarto, infarto, eso 10 es más de 10, porque ya me lo han dicho del uno al 10, cuanto le pones...]</p> <p>012,5,87 [... Fue muy duro, porque yo sentí una punzada como si el corazón se me fuera abrir; en 10...]</p> <p>014,4,35 [...En diez, muy duro...]</p>			
DURACION	<p>03,3,24 "yo perdí la noción del tiempo...]</p> <p>08,5,98 [...medio hasta que se acabó, y si se me acabo y al minuto volvió y medio, medio normal...]</p> <p>014,4,41 [...hasta que se me quita. Y me dura pa´ darme un rato. Qué día estuve sin dolor toda la tarde, desde que amaneció, me vino a dar en la noche...]</p> <p>010,3,34 [...Hasta cuando estuve acá, ya cuando el médico me dijo, que tenía el corazón mal...]</p> <p>012,4,61 [...Ya hace mucho rato, bendito, mucho rato, años, y yo digo será que mi señor ya va a venir por mí, como uno es tan ignorante...]</p>	<p>El tiempo expresado por los sucesos o acontecimientos</p>		

	CÓDIGOS SUSTANTIVOS	TEMAS RELEVANTES	CATEGORÍAS	AUTO OBSERVACION
	<p>08,4,93 [...Eso podría ser un minuto o dos pero uno cree que es mucho tiempo, pero no le sabría decir, supongamos el sábado, cuando me empezó a las 5:00 de la tarde a las 10:00 de la noche todavía lo tenía...]</p> <p>014,3,23 [...Por ahí tres minutos. Y se me quita...]</p> <p>013,2,12[...por ahí 10 minutos. Mientras llegamos aquí...]</p> <p>05,4,82 [...Estamos hablando de 15 minutos, pero esta vez fue una cosa rara, porque me dieron, no se me había acabado de pasar y me repitió más fuerte...]</p> <p>08,2,6[...la primera vez que me dio eso, me duro por ahí unos 15 minutos, ya después empezó a darme constantemente, unas veces me duraba más, unas veces me duraba menos...]</p> <p>04, 2,20[...de la casa acá a la clínica era un poco más de media hora, porque mientras cogía el carro y todo por ahí media hora...]</p> <p>011,4, 97 [...Por hay 30 minutos, porque tengo la pasta mami, tengo el auxilio, pero no lo tenía, porque me habían pasado para acá, y yo les dije la pasta, por eso tengo fama que soy mala ley...]</p> <p>05,6,105 [...por ahí en 45 minutos, pero yo seguí, normal pero los del martes, si fueron pegados el uno del otro, mejor dicho, no se me había terminado el primero, cuando me repitió el segundo...]</p> <p>012,4,67 [...Siempre me dura, por ahí dos horas, con esa sensación...]</p> <p>011,4,91 [...La que me dio aquí sin mentirle, sin exagerar yo creo que me duro una hora, y nadie me paro bolas, yo gritaba por las buenas, misericordia, pero estaban bravos...]</p> <p>09,3,22[...eso siempre me dura, me ha durado por ahí unas cuatro a cinco horas, pero como no me había dado tan fuerte.</p> <p>01,3,14 [...Pues me dura días, hasta que ya los muchachos me tranquilicen, me hablan bonito, me acompañan, sí, Porque solo me da cuando yo estoy sola...]</p> <p>03,2,1 [...yo venía maluca, maluca, me sentía ahogada, sin, sin aire con mucho calor y... así lo pase dos noches...]</p> <p>03,2,12 [...pues esa noche, toda la noche con ese soporte, pero fuerte, fuerte, ya cuando me sacaron de ahí, eran como las cinco y cuarto"]</p>	Variabilidad en la percepción del tiempo con el síntoma	<p>“ESO SIEMPRE DURA”</p> <p>Esta expresión de la mujer de nota como el síntoma ha sido persistente y los episodios largos.</p>	Comienza a llorar

	CÓDIGOS SUSTANTIVOS	TEMAS RELEVANTES	CATEGORÍAS	AUTO OBSERVACION
	<p>010,3,35 [...Eso me duro como hasta antes de ponerme el catéter ese, varios días...]</p> <p>07,3,23 [...Si diario. Por ejemplo cuando mi esposo me trajo acá, cuando me subieron acá ya eran dos días y eso era diario permanentemente el dolor...]</p> <p>07,3,27 [...yo mantenía a diario con esos dolores, diario día y noche a mí me tocaba sentarme, porque ya no me dejaba respirar bien y ese dolor era constante...]</p> <p>07,3,22 [...yo me he puesto a poner cuidado hay veces dura un rato, hay veces no se quita permanece a diario ahí el dolor...]</p> <p>014,4,43,[... En un día me ha dado hasta tres veces, otros me da una sola vez, a veces dos veces...]</p> <p>08,4,90 [...Póngale dos meses pero la sensación con frio, con cambios hace un mes...]</p> <p>014,1,14 [...hace un año me dio fuerte pero me tomé la pastica y me pasó ...]</p> <p>011,4,87 [...hace como 10 años. Después del terremoto, antes de eso yo ya había tenido infarto, a mí ya me hicieron angioplastia, cateterismo que ese entonces no lo hacía aquí, me tuve que ir para la clínica de LILI...]</p>			

	CÓDIGOS SUSTANTIVOS	TEMAS RELEVANTES	CATEGORÍAS	AUTO OBSERVACION
ANGUSTIA	<p>01,3,19 [...pienso como en la muerte, bendito sea mi Dios que me voy a morir, que voy a dejar mis hijos...]</p> <p>05,7,160 [... siempre se incomoda uno, se angustia, es lo más normal...]</p> <p>010,2,27 [...yo sentí como una resignación como, angustia y resignación a la vez, yo sentía angustia por lo que Cristian (el hijo) no está preparado”</p> <p>010,3,29 [...yo sentía angustia como...de no haber culminado ya lo que yo quería, porque el anhelo mío, es haber criado todos mis hijos, ya están preparados, que ya si yo faltó, ya muero tranquila y sé que ya todos se pueden defender en la vida...]</p> <p>010,3,50 [...Es como una angustia, de saber que yo como que todavía no he cumplido no he culminado, los deseos...]</p> <p>014,4,35 [...Y al mismo tiempo que da el dolor, me va dando como ese estrés como esa angustia, no sé por qué. Porque pienso que me voy a morir...]</p> <p>014,3,26 [...y es donde me desespera más duro, y me da ansiedad, me da como rabia, me da como de todo.</p> <p>014,3,39[...no sé, porque si meda el dolor es porque me va a dar el infarto. Entonces me han dicho que ya no hay nada que hacer, que si me da el dolor me da el infarto...]</p> <p>08.5,104 [...es algo raro es un miedo, un miedo a esa opresión, ese miedo a la presión de no poder respirar...]</p> <p>08,5,109 [...Es miedo, porque me voy a asfixiar, que no puedo respirar, es un miedo, porque se me está encalambrando la cara, y ahora, ese dolor...]</p> <p>9,4,36 [...Como una angustia una ansiedad que le hagan algo a uno a tiempo, que le presten auxilio a uno a tiempo...]</p>	<p>Angustia causada por:</p> <p>Dejar a los hijos</p> <p>Porque necesita ayuda.</p> <p>Por no culminar la crianza</p> <p>Por la severidad de los síntomas</p> <p>Por el miedo a la muerte</p>		<p>Es bastante conmovedor escuchar estos relatos.</p> <p>Comienza a llorar se observa muy conmovida y preocupada.</p>

	CÓDIGOS SUSTANTIVOS	TEMAS RELEVANTES	CATEGORÍAS	AUTO OBSERVACION
AFRONTA MIENTO	<p>03,4,54 [...Como ahora que yo me vi tan mal, solo le dije "Señor en tus manos estoy, te pido señor que me des una oportunidad..."]</p> <p>03,3,31 [...Solo pedía Dios mío, líbrame señor, padre santo no me dejes morir"]</p> <p>04,2,10 "yo le pedía a mi Dios que me protegiera y me guardara..."]</p> <p>01,3,17[...yo le pido a DIOS nuestro señor que me de resignación, o que me de paz, me de alegría y yo voy, disipando esa pena. Ese dolor...]</p> <p>05,3,50 [...yo pensaba entre mí; Dios mío, bendito, misericordioso, será que tú me quieres llevar? Y seguía pidiendo señor tu eres tan grande, tan bondadoso conmigo, pero si tu voluntad es tenerme, ayúdame a este médico...]</p> <p>02,4,36 [... entonces yo fui y me arrodille y le dije señor si es tu voluntad, si es hora de partir tengo mi alma lista, no le dije mi alma, sino tengo mi maletica lista, padre santo, ya cuando ya hice esa oración me levante, fue cuando ya llame, porque ya tenía todo en orden...]</p> <p>012,4,59 [...ya me moría, y le pedía a Dios que si había hecho algo malo que me perdonara, que ya me iba a ir p'a donde ÉL...]</p> <p>012,4,70 [...pienso, que ya me voy a morir y yo no hago nada, me tomo los medicamentos, mantengo pendiente de las pastas, y digo seguro el señor ya va a mandar por mí...]</p> <p>012,5,101 [...yo tengo tanto amor a Dios, entonces yo me refugiaba en él, y él es que me tiene parada...]</p> <p>07,5,59 [...yo le pido a Dios que me de salud por mis hijos...]</p> <p>010,3,37 [...estos días le he pedido a Dios que todavía no me lleve, hasta que no vea que Cristian ya, preparado, él va a entrar si Dios quiere y María santísima a la Universidad...]</p> <p>07,5,62 [...Yo pienso en mis hijos porque si yo me muero, yo sé que ellos están grandes y se defienden solos, pero no yo le pido a mi Dios, que me de vida y salud para seguirlos apoyando...]</p> <p>05,4,61 [...Entonces yo empiezo a rezar y rezar hasta que me hacen lo que me van hacer. Y sigo tranquila como si nada...]</p>	<p>Refugio en la fe y la espiritualidad</p>	<p>“Señor en tus manos estoy....”</p> <p>Expresiones que describen el pensamiento religioso tanto para pedir la salud, como la paciencia.</p> <p>Denominan la muerte en ese contexto, como “van a mandar por mí”, “me quiere llevar”</p>	<p>Comienza a llorar</p>

	CÓDIGOS SUSTANTIVOS	TEMAS RELEVANTES	CATEGORÍAS	AUTO OBSERVACION
	<p>012,4,68 [...yo le oro a Dios que me quite como eso, y que no me deje hundir más el problema y que se soluciones y ya, y me pongo hacer otras cosas para que se me vaya olvidando le que paso...]</p> <p>011 ,5, 128 [... será pedirle a Dios que me vuelva humilde y que aguante y que yo no me revele por nada y que aguante. Y que yo me vuelva lo que quieran hacer con migo. Porque si me revelo más mal me va...]</p> <p>08,2,13 [...me tome una pasta, esa pasta me hizo traspasar, traspasar una babaza me compuse, con la traspasada me compuse pero más sin embargo el dolor seguía...]</p> <p>2,4,64 [...mi medicina es sagrada, mi medicina es como el aire que respiro, puedo no comer, puedo pasar sin comer, pero la medicina...]</p> <p>05,1,11 [...me dio el primer dolor, y yo busque mis isordiles, que los cargo en la cartera, me coloque uno mire la hora, y dije si a las tres y cuarto, me vuelve a dar pues yo me coloco otro isordil, y si con eso no se me quita, pues me voy para la clínica...]</p> <p>05,4 79 [...me relajo un ratico miro la hora, y casi nunca me tengo que poner la segunda pastilla...]</p> <p>05,4,77 [...me dio el dolor, entonces yo instantáneamente, saco el isordil, me lo coloco debajo de la lengua ,trato de sentarme en alguna parte, estoy en la calle, si estoy en mi casa me recuesto...]</p> <p>011,2,38 [...Me puse una pastica debajo de la lengua, un isordil, yo lo tengo me lo pongo debajo de la lengua, como me dijo el Doctor y todos los cardiólogos...]</p> <p>014,1,7 [...tan pronto yo siento el dolor me meto las pasticas a la lengua y se me pasa ese dolor...]</p> <p>014,7,96 [...Me tomo la pastica, todo vuelve a la normalidad y digo huy señor yo porque pensé eso...]</p> <p>011,6,155 [... Hace días me estaba intentando pero como yo tengo mis isordiles, me lo pongo y eso me pasa...”</p>	Consumo de medicamentos	<p>“Me puse una pastica debajo de la lengua”.</p> <p>Expresiones que se refiere al consumo de medicamentos ordenados, especialmente dinitrato de isosorbide (isordil).</p>	

	CÓDIGOS SUSTANTIVOS	TEMAS RELEVANTES	CATEGORÍAS	AUTO OBSERVACION
	<p>03,2,2 [...A la tercer noche, mejor dicho ya, ya no aguante, como a las cinco de la mañana, ya no tuve más si no que... bregar a llamar al hijo como pude, para que llamara a la nuera mía, para que, a ver que hacían con migo, porque yo ya estaba, que yo ya era que ya no daba más...]</p> <p>09,2,20 [...el dolor fue muy fuerte ya no lo resistí, ya me vi obligada a pedir auxilio médico...]</p> <p>08,2,16[...La mano me dolía muchísimo, le dije yo a mi sobrina y a la vecina; lléveme al hospital no me deje morir, lléveme al hospital...]</p> <p>010,3,22 [...y como pude yo me puse una sudadera, una camiseta y ni me peine, ni me cepillé, agarre los papeles y ahí mismo cogimos un taxi...]</p> <p>08,3,39 [...debido a que las vecinas me decían que no les convencía ese dolor de mi mano, que eso no era normal a mí me dio miedo y me levante a las cinco de la mañana, me bañe me organice y me fui l...]</p> <p>08,2,38 [... a mí me dio miedo y me levante a las cinco de la mañana, me bañé, me organicé y me fui... como pude salí donde cogí el taxi, y el taxista me vio mal...]</p> <p>011,9,222[...yo me fui para donde mi cardiólogo particular es una eminencia, me hizo eco cardiograma...]</p> <p>011,4,81 [...con todo como me da, y me fui para donde el Dr G, hoy hace 8 días y el Dr G. me vio muy mal, me hizo ecocardiograma, electro, y el cobra 360\$ con todo...]</p> <p>011,1,2,34 [...en la clínica salir corriendo a buscar auxilio, yo no pienso que me voy a morir, si uno se muere en ese momento hasta bueno porque ya...]</p> <p>014,1,2 [...yo le dije a mi hijo que me trajera a la clínica, y me trajo y ahí me pusieron medicamentos, me bajaron el dolor y me dejaron hospitalizada...]</p> <p>014,1,12 [...Cuando ya me dio fuerte yo consulté al hospital y me mandaron para la casa, en ese tiempo me pusieron los stens y me mandaron como nueva para la casa. En mayo me volvió a dar el</p>	Pedir ayuda	<p>“Cuando ya no aguanté, pedí auxilio”</p> <p>Expresiones que describen la opción de pedir ayuda como la extrema, consecuencia de una situación intolerable. Utiliza términos como “no daba más”, “no resistí”.</p>	<p>Se observa como cierra el puño y gira su mano hacia atrás, acentuando que los golpes le ayudan a manejar la situación</p> <p>Cierra el puño de su mano derecha y trata de imitar como su sobrina le pegaba en la espalda.</p>

	CÓDIGOS SUSTANTIVOS	TEMAS RELEVANTES	CATEGORÍAS	AUTO OBSERVACION
	<p>dolor y volví a consultar y ya me dejaron...]</p> <p>014,5,49 [...los médicos me dijeron - Adiela usted quedó como nueva - . Y yo me confié de eso, y por eso no consultaba, pero cuando me dio parecido al otro yo dije yo me voy...]</p> <p>02, 2,17[...me mire al espejo varias veces, tome agua, luego me cambie la pijama por otra ropa, yo sabía lo que tenía, me puse una camisa abierta, cuando ya tuve todo listo, llame por ahí a las cuatro de la mañana ya estábamos acá" ...]</p> <p>08,2,37 [...Yo descansaba un poquito voleando la mano y descansaba...]</p> <p>08,7,156 [...Apretarme, yo me mando la mano y me apretó y la mano izquierda la voleo, y la voleo, que pa que no se me quede tiesa...]</p> <p>08,2,27 [...el dolorcito... yo me sobaba, me apretaba, le decía a mi sobrina que me diera golpes porque yo con los golpes descansaba...]</p> <p>08,7,150 [...yo la llamo a ella, venga deme los golpes entonces ella me da los golpes y yo me alivio de la mano, y descanso, para empeorar...]</p> <p>08,2,10[...yo me daba golpes, yo creía que tenía algo atrancado ahí, o que yo tenía un viento y yo me daba golpes en la espalda y yo le decía a mi sobrina que me diera golpes en la espalda, yo voleaba las manos de para riba de para bajo...]</p> <p>08,8,159 [...si porque es que el desespero es harto, será el mismo miedo, lo que sea pero yo huy...voleo y en ese momento quisiera tener como una barra o algo para yo colgarme...]</p> <p>011,2,35 [...No, pues que yo soy desesperada, y yo le doy a los muebles, y yo empiezo: sáquenme rápido, sáquenme rápido, llévenme para el hospital, me voy a morir, me voy a morir...]</p> <p>08,6,128 [...yo muevo la mano, me sobo la cara, porque como es un solo lado, yo me toco como para que no me vaya a quedar tiesa...]</p>	<p>Realización de movimientos y sobos y solicitud de golpes en el tórax</p>		<p>Estas expresiones me impactan teniendo en cuenta que es una acción que puede empeorar la situación.</p>

	CÓDIGOS SUSTANTIVOS	TEMAS RELEVANTES	CATEGORÍAS	AUTO OBSERVACION
	<p>012,5,88 [...y yo me agarro y me sobo, y pido Dios mío sáname señor, no me vayas a llevar todavía, déjame otros días para acabar de ayudar a esta gente...]</p> <p>011,3,59 [...yo tuve que poner a la empleada que me sobe, con una crema...]</p> <p>07,6,100 [...Paro o me siento, hasta que yo siente el ritmo del corazón más suave, entonces vuelvo y empiezo a caminar...]</p> <p>9,2,7[...el dolor si uno se está quieto lo soporta pero si uno se va a voltear no, no resiste...]</p> <p>014,3,17 [...me paro y me duele mucho el pecho, para que no tenga dolor, tengo que estar sentadita...]</p> <p>07,7,11[...yo me relajo porque que más hago, ya estoy como acostumbrada un poquito a ese dolor, yo me tranquilizo así hasta que me va pasando otra vez...]</p> <p>07,2,5 [...me toca, tomar aire profundo por la nariz, como cuando se le tapa a uno algo, como cuando uno no puede respirar...]</p> <p>07,2,8[...me toca como sentarme para respirar mejor y hay veces...]</p> <p>013,3,17 [...yo que iba a dejar de fumar, dejando esto, dejando de fumar se me quita esto del todo. Y a eso que yo me ha tenia...]</p> <p>013,4,30 [...Claro que sí, ya dejando uno eso. Yo le veía a ese señor que se sienta, una cajetilla de cigarrillos y yo pensaba señor... no más eso, me provocaba decir señor bote eso...]</p> <p>013,4,33 [...Dios mediante yo no voy a volver a fumar... Nunca volveré a coger un cigarrillo. Si Dios me da vida y salud nunca volveré a coger un cigarrillo...]</p>	<p>Disminución de la actividad física o ejercicio. Controlando el síntoma.</p> <p>Promesa de hábitos saludables</p>	<p>“Dios mediante no voy a volver a fumar” Expresiones que plantean la promesa de abandonar hábitos nocivos. Permite entrever la dependencia de otros factores.</p>	<p>(Hace cara de repulsión de desagrado cuando habla del cigarrillo)</p>

	CÓDIGOS SUSTANTIVOS	TEMAS RELEVANTES	CATEGORÍAS	AUTO OBSERVACION
	<p>012,1,8 [...yo les decía me dio la moridera, me toco levantarme como a las tres de la mañana a ver si se me quitaba la moridera tomando café. Y yo no quería comer, porque uno bien gordo y disque tomando café a las tres de la mañana...]</p> <p>012,4,72 [...pienso que ya me tengo que ir de este mundo y no hago más nada, me acuesto o me pongo a ver televisión, cuando me da la moridera...]</p> <p>014,7,97 [...me dan ganas como de irme, de morirme, como correr, que nadie me encontrara más...] (SUELTA UNA RISA)</p> <p>08,4,87 [...cuando me da eso que trato yo de hacer: eructar. Me da la sensación que yo eructando se quita eso...]</p> <p>08,4,88 [...yo lo primera que hago es mandar por una coca cola para eructar y que hago yo con la eructada; descanso...]</p>	<p>Estrategias para disminuir los síntomas</p>	<p>“Me dan como ganas de irme” Expresiones que señalan como final de una larga secuencia de eventos dolorosos, la posibilidad de morir. La muerte como una salida narrada ante el dolor crónico</p>	

5.4 Análisis de la información:

5.4.1 Dimensiones del síntoma: calidad:

Hace referencia a la utilización de diversidad de etiquetas por parte de la mujer para expresar la sensación o síntoma, tal como la mujer lo experimenta y valora.

Las mujeres de forma reiterada describieron la expresión de desespero, desasosiego que se presenta simultáneamente con el síntoma, es esa intranquilidad dada por la misma severidad del cuadro, donde se ven inmersas sensaciones de temor, los atributos descritos por las participantes dan origen a la categoría **“ES UN DESESPERO CON DOLOR”**: Expresiones que describen como síntoma principal el dolor y que utiliza frecuentemente adjetivos como horrible, raro, fuerte. Frecuentemente acompañado de desespero o haciendo parte de una secuencia de dolor, presión y desespero. Se acompaña de analogías para explicar la opresión: “como un ladrillo encima”. Como la sensación opresiva sobre el tórax, frecuentemente se acompaña de dolor.

Generalmente no aparece un solo síntoma, sino una secuencia en contexto: es decir, el síntoma se explica en el lugar donde se sucedió, y lo que sintió desde el punto de vista emocional. Inclusive puede generar conductas a futuro, bajo la promesa de no volver a sentirlo. Solo una mujer expresó el dolor con diminutivo, pero acompañado del adjetivo “maluco”, que es de importancia debido a la frecuente confusión con síntomas osteomusculares.

05,5, 90 [...Siento como un tironcito, y luego empiezo a sentir esta cosa, que le digo que me da la vuelta, y empiezo a sentir la opresión...]

07,2,18 [...yo siento ese dolor que hay veces son como chuzones, como si lo cogieran una aguja ...]

04,2,21[...Ese dolor tan horrible no, antes no había sentido ese dolor tan horrible...]

Estos descriptores fueron encontrados por Rincón (2006), con cuarenta referencias para dolor, acompañado de presión, pero en ese estudio también fue importante los diminutivos con que varias mujeres describieron su sensación, como si fuera algo pequeño, al igual que Cortés (2007), quien describió como hallazgo importante la palabra dolor pero expresado con diminutivos: dolorcito, picadita, punzadita, pero coincide en afirmar que es una experiencia desagradable que compromete profundamente el comportamiento de la mujer. Millan (2009), también evidenció dos expresiones básicas para el evento isquémico “dolor” como lo máximo y peor experiencia vivida y la segunda “dolorcito” que minimizado sigue siendo una sensación de molestia continua, y finalmente Campo (2010) lo describe como dolor aplastante, opresivo.

Esta variedad lingüística debe ser tenida en cuenta por los profesionales de salud de forma que no se preste para confusiones o interpretaciones erróneas, que vayan en contravía de una intervención temprana y adecuada para la mujer con dolor torácico de origen isquémico.

Dentro de los temas con expresiones inusuales en la literatura pero frecuentes en el presente estudio y merecen mención: síntomas en la garganta, después de la sensación con desespero, las sensaciones percibidas en la cavidad oral que se encontraron ocupan un segundo lugar de importancia en el infarto agudo de miocardio normalmente la irradiación del dolor se describe en la región mandibular especialmente en los hombres, pero al parecer las dos mujeres perciben una sintomatología específica diferenciada y de gran importancia por la confusión que puede ocasionar en el personal de la salud prestándose para interpretaciones equívocas que repercuten en el diagnóstico y manejo. Esta sensación particular da origen a la categoría **“LO PRIMERO ES UNA COSA EN BOCA...”** Expresiones que describen la presentación de una secuencia de síntomas en la cavidad oral y toman el paladar, las encías, la garganta y el pabellón auricular.

Las mujeres coinciden en afirmar que un síntoma importante es el ahogo con una característica particular dada por la imposibilidad de inspirar, de falta de aire, acompañado de opresión, dolor que compromete de forma severa su ser generando una sensación de desespero, intranquilidad tan intensa que las obliga a solicitar ayuda, de esta conjugación de síntomas surge la categoría **“ME SENTÍA AHOGADA”** Expresiones que describen la falta de aire asociada a la sensación de obstrucción, opresión en el tórax y el cuello, que lleva la desesperación. Algunas expresiones no describen propiamente el ahogo, sino la sensación de que el pecho está pegado, sin embargo, a pesar de ser tan comprometedora, narra la espera por horas o días para pedir ayuda y de ésta se desprende **“ESTOY QUE ME REVIENTO”** Expresiones que señalan una sensación en el pecho, como si algo quisiera salirse o brotar del pecho. Utilizan palabras tales como: reventar, abrirse, etc. y mediante paralenguaje consistente en: llevarse las manos hacia el pecho y luego realizar un movimiento de adentro del tórax en dirección ascendente y hacia afuera, es importante destacar que estos síntomas tienen una secuencialidad, son progresivos, y se asocian a otros síntomas.

Estos hallazgos de origen respiratorio se identificaron en otros estudios como el de Rincón donde se señala una clara necesidad de identificar síntomas asociados, a su vez Millán ratifica que la falta de aire ocurre cuando la mujer reporta el evento y se relaciona con la imposibilidad de respirar tanto superficial como profundamente con una sensación aparente de estar encerrada en un recinto sin aire, situación dramática y apremiante que vive la mujer.

Al igual que lo referido por Campo (2010), donde la mujer hace evidente la sensación de ahogo, también describe las sensaciones combinadas e indefinidas, que son descriptores que utiliza la mujer para poder expresar la diversidad del síntoma.

A pesar de la diversidad de etiquetas que utilizan las mujeres, y de los múltiples recursos lingüísticos que eligen para determinar la experiencia, expresan la imposibilidad de describir la sensación dando origen a **“ES ALGO INNOMBRABLE”** Expresiones que se relacionan con dificultad para describir o explicar los síntomas experimentados. Utilizan términos como “eso”, “algo raro”, “indescriptible”. Generalmente se acompaña de narrativas dirigidas hacia la idea de la muerte o del fin. De Chiozza (2008) señala que el afecto comprometido en las cardiopatías isquémicas es la ignominia; es decir, “algo que no tiene nombre”, en el sentido indignante e insoportable de algo que se halla más allá de cualquier nominación imaginable”.⁶²

Toda esta vivencia afecta a las mujeres en lo físico y en lo emocional; experimentar toda esta cascada de síntomas deja como resultado una sensación que la definen como **“aburrimiento”** que se traduce como un sentimiento de tristeza por su situación actual de salud, del cual emerge la categoría **“MANTENGO COMO ABURRIDA”**. Expresiones que describen sentimientos de melancolía, desgano, desmotivación, asociado a la situación, con sensación de pérdida, relación con la muerte, añoranza sobre lo que no se hizo y que se presentan de manera secuencial, entrelazándose con relaciones de asociación permanente. Ver Anexo 4.

Desde el componente teórico de la filosofía Heidegger define el aburrimiento profundo: “es ist einem langeweiling” – “uno se aburre” – donde el sujeto desaparece en ese “uno” haciéndose un nadie indiferente, el aburrimiento simplemente sobreviene, se traga al yo; no hay pasatiempo que valga, más bien habrá un abandono de la existencia a lo ente que se deniega en su conjunto, es decir, al mundo que se ha vuelto indiferente.⁶³

Esta idea se plasma de manera especial en una categoría emergente hallada en la parte de Consecuencias: “Me dan ganas de irme”, que en su contexto, se refiere a una tácita referencia a la muerte.

En inconmensurable experiencia del síntoma influenciada por un alto compromiso de su ser, se refleja una pérdida del control sobre la vida que la lleva a pensar en la cercanía de la muerte, expresa lo vivido con alto grado de significancia, es una sensación tan compleja que la mujer no logra describir, identifica que en algún episodio sucederá el hecho fatal de la muerte pero lo afronta recurriendo a una solicitud de ayuda de la misma magnitud; por lo tanto se aferra a su dogmas religiosos. De manera que la continuidad de la vida se convierte en un acto de fe y agradecimiento a Dios.

5.4.2 Síntomas acompañantes.

Los síntomas acompañantes en el evento isquémico por enfermedad coronaria se pueden observar desde diferentes momentos; aquel que cursa de forma abrupta, súbita

⁶² CHIOZZA, Luis. A. Afecto y Afecciones: Los afectos ocultos en la enfermedad del cuerpo. Buenos Aires: Libros del Zorzal. 2008, p. 20.

⁶³ LESMES, Daniel. Uno se aburre: Heidegger y la filosofía del tedio. En: Revista de Filosofía. Universidad Complutense de Madrid, 2009, II Época no. 4, p. 167-172.

desencadenado por el episodio agudo de isquemia miocárdica donde prevalecen los signos de hipoperfusión y bajo gasto dados por síntomas descritos en la literatura como típicos: sensaciones en la piel como frialdad, diaforesis, calambres o entumecimiento y náuseas; fácilmente interpretados por la mujer y reconocidos por el personal de la salud y un segundo momento caracterizado por un pródromo que a su vez catalogados como atípicos dentro de ellos se encuentran la adinamia, astenia, agotamiento, desaliento, deseos de no hacer nada, dolor de cabeza, sensaciones térmicas de calor, frialdad, escalofrío, sensaciones gastrointestinales, náuseas, vómito, gases, eructos, deseos de defecar, incluso dolor de oídos, síntomas respiratorios, falta de aire, y una sensación en la lengua y dientes. Campo (2010) en su estudio, también describe estos síntomas acompañantes la disnea o dificultad para respirar, sensaciones en la piel, molestias gastrointestinales como deseos de ensuciar o ir al baño al igual que el cansancio y el dolor de cabeza, similares a los datos obtenidos por Cortes C L (2006), quien encontró el vómito como síntoma más frecuente, seguido de mareo, el dolor de cabeza, sudoración, decaimiento, asfixia, fatiga y frialdad acompañados por una sensación dolorosa.

Por su parte, Hwang (2012) en *Atypical Symptom Cluster Predicts a Higher Mortality in Patients With First-Time Acute Myocardial Infarction*, describe el síntoma en tres grupos; síntoma torácico típico (57,0%), síntomas múltiples (27,9%), y los síntomas atípicos (15,1%). El grupo con síntomas atípicos se caracterizó por menos dolor en el pecho y las frecuencias moderadas de los síntomas gastrointestinales, debilidad o fatiga y falta de aliento; eran más propensos a ser mayores, diabéticos y tienen peores indicadores clínicos de presentación, así como también se evidenció fatiga una semana antes del evento en paciente mayores de >65 años.⁶⁴

De igual manera Rincón (2006), evidenció en su estudio la necesidad de identificar estos síntomas asociados descritos como una serie de hechos concatenados que comprometen diferentes áreas del cuerpo y de la autopercepción.⁶⁵ De esta manera la isquemia miocárdica en la mujer no se observa como un hecho aislado, sino por el contrario una sucesión de síntomas, sensaciones, percepciones que se relacionan e interactúan entre sí mediadas por un componente afectivo amplio.

De lo anterior surge la categoría, **“YO VENGO SINTIENDO COSAS”** Expresiones que hacen referencia a sensaciones que la mujer ha venido presentando por periodos prolongados, donde se evidencia la percepción de cambio e incapacidad, pérdida de control y disminución de su capacidad vital. Las palabras más utilizadas son: “desaliento”, “sin fuerzas”, “maluquera”, “moridera”. Los síntomas acompañantes más frecuentes son: frialdad, mareo, sudoración, fuego, calor, náuseas, entre otras. Es importante resaltar que estas sensaciones o sentimientos se circunscriben a un síntoma principal. El desaliento, el frío, el mareo, sudor frío, que acompañan el principal síntoma, pueden

⁶⁴ HWANG, Seon Young; GEUN Ahn and MYUNG, Ho Jeong. Atypical symptom cluster predicts a higher mortality in patients with first-time acute myocardial infarction. *In: Korean Circulation Journal*. 2012, Department of Nursing, Chosun University College of Medicine, Gwangju. The Korean Society of Cardiology.

⁶⁵ RINCÓN, Fanny. Op. cit., p. 100.

estar reflejando situaciones de bajo gasto cardíaco, experimentadas en repetidas ocasiones, durante periodos de isquemia.

5.4.3 Irradiación del síntoma.

Nueve (9) de las participantes ubican el síntoma en el pecho, pero a su vez manifiestan que el dolor toma un curso, una onda de expansión, no es estático se disemina por la zona precordial, acompañado de hormigueo, calambre y debilitamiento, siete (7) mujeres manifiestan percibir una sensación en el brazo izquierdo. Esta sensación viaja del pecho a la espalda, pecho-cuello – brazo izquierdo, pecho-cuello- mandíbula, en ocasiones, pecho-cabeza incluso oídos.

De estas expresiones emerge la categoría **“EL DOLOR SE FUE REGANDO”** Expresiones referidas al recorrido de las sensaciones y que utilizan los términos y frases: “Se me riega”, “Me coge”, “Se descarga”, “Me ataca”, “Se va para...”, “Me da la vuelta”, “Me recorre”, “Me jala”, “me irradia”, “Se va por ...y me sale por...” Manifiesta la percepción del síntoma, y cómo éste compromete diferentes áreas de su cuerpo de una forma concatenada y consecutiva.

Las principales rutas de irradiación fueron:

- Pecho a espalda, referido de diferentes formas.
- Pecho-espalda, nuca, oídos
- Pecho a brazo izquierdo cara interna.
- Pecho-espalda-epigastrio.
- Cabeza-oídos-queijada-pecho

Campos (2010), Cortes C. L. (2006) definen el síntoma o sensación como dolor, ubicado en el pecho y relacionado con el ejercicio o la actividad física típico de la enfermedad isquémica del corazón y de la sintomatología predominantemente masculina; sin embargo, las mujeres presentan más frecuentemente el atípico síntoma de dolor de pecho sin ejercicio con un componente respiratorio sumado al vértigo, fatiga, dolor en el brazo

5.4.4 Intensidad

Para Lenz (1997) la intensidad se refiere a la severidad, fuerza o cantidad del síntoma que se experimenta. Para este estudio se tuvo en cuenta la escala visual análoga (EVA) que intenta convertir variables cualitativas, como la percepción del dolor en variables cuantitativas que puedan, según la puntuación, brindar información de la intensidad o cantidad del dolor.

Las mujeres señalan la experiencia de dolor como una sensación de gran magnitud, compromiso, utilizando expresiones como muy intenso, lo más violento, refieren que la escala visual análoga es insuficiente para calificar el grado de intensidad del dolor experimentado; la mayoría lo califican como de alta intensidad, incluso afirman que el dolor podría ser de más de 10, de manera que no quede duda de su tenacidad, reiterando que es una sensación desagradable de gran intensidad que las hace pensar

en la pérdida de la vida y en la idea de la muerte inminente, de esta manera emerge una categoría denominada "**TAN INTENSO QUE CREÍ QUE IBA A MORIR**". Expresiones que describen el mayor grado de intensidad del síntoma, generalmente dolor, implicando el compromiso psicológico y físico, asociado con la muerte. Generalmente se expresa comparando con otra situación dolorosa y relacionada con las consecuencias de su severidad.

Solo se encontraron tres (3) mujeres que no lo califican con la misma intensidad, lo refieren mayor a 5 en la escala, con una característica importante dada por la sensación progresiva de la intensidad, que se puede interpretar según lo expresado por las mujeres que el evento súbito del infarto es categorizado de gran intensidad, pero la angina puede tener dualidad en la cantidad de dolor o intensidad percibida.

5.4.5 Duración del síntoma

En relación a la duración del síntoma se puede observar una ambigüedad en los descriptores utilizados por las mujeres, no se encuentra una relación concreta y común para todas, es decir que el síntoma es particular, único y personal en muchos aspectos incluyendo la duración, para cada mujer puede ser diferente. En relación a lo anterior, cinco (5) mujeres informaron que el episodio duró aproximadamente entre minutos a una hora, como también cuatro (6) refiere un periodo mayor a 4 horas inclusive días, con manifestaciones especialmente en las noches.

La categoría descrita para duración se denominó "**ESO SIEMPRE DURA**". Esta expresión de las mujeres denota cómo el síntoma ha sido persistente y los episodios largos, ellas alcanzan a percibirlo como duradero a pesar que cronológicamente puedan ser de minutos, la sensación logra ser tan agobiante que la determinan en el tiempo como imperecedera.

04, 2,20[...de la casa acá a la clínica era un poco más de media hora, porque mientras cogía el carro y todo por ahí media hora...]

08,4,93 [...Eso podría ser un minuto o dos pero uno cree que es mucho tiempo...]

03,2,1 [...yo venía maluca, maluca, me sentía ahogada, sin, sin aire con mucho calor y... así lo pase dos noches...]

Por otra parte es importante señalar como la mujer relaciona el tiempo transcurrido del evento con los acontecimientos: "...Pues eso me duró, desde el momento que desperté. Hasta el momento que me hice relajación,..."me miré al espejo varias veces, tome agua, luego me cambie la pijama..." se puede apreciar cómo la magnitud de la experiencia inhabilita la dimensión del tiempo, impidiendo que la mujer pueda manifestar con exactitud la duración del episodio ligando la vivencia a los hechos o situaciones circunstanciales que experimentó. De igual manera se evidencia cómo la expresión del síntoma está sujeta a aspectos emocionales que dependen del apoyo social, más específicamente del familiar determinado este por los hijos, o parientes

cercanos; “**...Pues me dura días, hasta que ya los muchachos me tranquilicen, me hablan bonito, me acompañan, sí, porque solo me da cuando yo estoy sola...**”, estas situaciones de soledad y falta de apoyo se transforman en factores predisponentes para desarrollar síntomas depresivos, con un antecedente desfavorable y es la asociación entre depresión e infarto como un hecho firmemente establecido en la actualidad. En el estudio Prevalencia y evolución de síntomas depresivos en pacientes hospitalizados por infarto agudo al miocardio y su relación con procedimientos de revascularización se demostró cómo la presencia simultánea de factores psicosociales (depresión, ansiedad, apoyo social percibido) parece tener un efecto sinérgico y negativo sobre el pronóstico cardiovascular, esa relación inversa entre depresión y apoyo social percibido, establecida en el estudio, plantea la necesidad de incorporar esta última variable como parte del screening habitual de los pacientes cardiológicos.⁶⁶

08,4,93 [...Eso podría ser un minuto o dos pero uno cree que es mucho tiempo, pero no le sabría decir...]

08,2,6[...la primera vez que me dio eso, me duró por ahí unos 15 minutos, ya después empezó a darme constantemente, unas veces me duraba más, unas veces me duraba menos...]

De igual manera se aprecia el padecimiento del síntoma, esta categoría determina la antigüedad del síntoma, se encontró dificultad por parte de la mujer para describir con claridad la aparición o inicio del síntoma, algunas describen un periodo de cambio de incluso meses por lo tanto la segunda frecuencia es el padecimiento del síntoma superior o mayor aun mes.

Esta situación se evidencia claramente en las personas con personalidad tipo A, quienes son menos conscientes, que el Tipo B, en reconocer la fatiga o el dolor: posiblemente suprime y/o ignoran estos síntomas molestos e irrelevantes, aún los físicos, en la medida en que están comprometidos con una tarea a la que le ha asignado gran importancia, el Tipo A focaliza en ella su atención excluyendo los acontecimientos o estímulos periféricos.⁶⁷ De esta manera se explica un poco como las mujeres se adaptan al síntoma, no lo discriminan con claridad o lo asumen sin mayor importancia.

5.4.6 Angustia o desazón

El nivel de angustia se puede analizar desde dos puntos: aquellas mujeres que manifiestan claramente haber sentido una sensación de angustia, temor, pánico, relacionada con la idea inminente de la muerte; “**...pienso como en la muerte, bendito sea mi Dios que me voy a morir, que voy a dejar mis hijos...**” inmediatamente se acogen a sus creencias como una forma de afrontamiento; esto guarda concordancia con

⁶⁶ CALDERON, Jorge et al. Prevalencia y evolución de síntomas depresivos en pacientes hospitalizados por infarto agudo al miocardio y su relación con procedimientos de revascularización. En: Rev. méd. Chile. 2010, vol. 138 no. 6, p. 701-706.

⁶⁷ LAHAM, Mirta. Op. cit., p. 143-170.

los estudios de Cortés y Millán, donde las mujeres manifestaron que la sensación les permite pensar en la posibilidad de morir, esto les genera miedo, temor a lo desconocido, angustia, pero a su vez experimentar esta sensación las conduce a una valoración del síntoma, la magnitud de la vivencia cobra vigencia en la medida que la mujer interpreta la situación y toma la decisión de solicitar ayuda profesional. Según de la Cuesta la parte inicial de la valoración del síntoma permite dar el significado, importancia y la clasificación que dependen directamente del grado de severidad y compromiso.

De otra parte están las mujeres que no perciben ningún nivel de angustia a pesar que el grado de compromiso y severidad sea el mismo; esto se podría deber al tipo de afrontamiento que poseen, en primera instancia, y cómo sentir la fortaleza de un ser supremo les permite realizar el proceso de interpretación del síntoma de una manera más pausada y tranquila, pero finaliza, al igual que en el primer grupo, en la solicitud de ayuda. La segunda posibilidad está dada por la convivencia de larga data con el síntoma, de manera que terminan siendo un solo actor, conviviendo de forma cotidiana con el síntoma la mujer se adapta a él y su percepción de angustia disminuye.

También es importante resaltar como la sensación de angustia que genera el síntoma, es el producto de pensar que lo que siente la va a matar. Es tan alto el grado de compromiso del ser, que se piensa en la muerte y esto la angustia y le genera sentimientos acompañantes convirtiéndose en un círculo vicioso de estímulos, sensaciones que provocan disconfort.

Otro aspecto que puede presentarse en la mujer que ha sido sometida a cambios profundos en su forma de vida: desplazamiento, duelos, maltrato crónico, grandes crisis sociopolíticas, en las cuales se debe mantener en permanente interacción de sobrevivencia con el medio, situación en la cual, sus sensaciones internas deben ser subvaloradas por la priorización urgente de relación con el nuevo medio social. Este cambio es denominado sobreadaptación, situación en la que las señales provenientes del mundo emocional y del cuerpo son ignoradas, debido a la construcción de un aparato simbólico deficitario que no les permite reconocer las señales de alarma del cuerpo; por ende se traduce una disociación cuerpo/mente; cuando los estímulos que parten del cuerpo no se integran en procesamiento psíquico da como resultado un desarrollo prominente de la exterioridad sobre la interioridad. Estas personas pueden aparecer como “exitosas” para los valores socioculturales dominantes, con una adhesión de la realidad externa y una desestimación y renegación del mundo interior afectivo y corporal, tal como lo señala Arbiser⁶⁸.

De esta forma la mujer rescata con facilidad situaciones de la vida en relación a los otros, y difícilmente consigue centrarse en sí misma, dar valor e importancia a su propio ser, y así, la percepción de angustia por la muerte se enfrasca en la pérdida de los otros, que la constituyen como ser, como mujer, como persona.

⁶⁸ ARBISER, Samuel. Sobre adaptación e incidencia somática. En: Psicoanálisis APdeBA. 2000, Vol. 22 no. 1, p. 89-97.

De igual manera se encontraron aspectos relacionados con los valores y la moral en marcado en significados religiosos y culturales. Se aprecia cómo la mujer ante situaciones que no las considera dentro de su moral como una conducta adecuada se afecta a tal punto de considerarlo como un hecho trágico que marca su vida y el cual enuncia como precursor posible de la enfermedad.

5.5 Consecuencias de la experiencia del síntoma.

Las preguntas utilizadas para explorar este punto fueron:

- Ha cambiado algún aspecto o forma de desempeño en su vida como consecuencia de experimentar esta sensación o molestia? (funcional, rol, cognitivo)
- Recabación: ¿Qué ha significado para su vida el experimentar esa sensación o molestia?

TEMAS RELEVANTES HALLADOS:

- Cambio de hábitos.
- Cambio en la cotidianidad.
- Baja autoestima y autopercepción.
- Limitación, dependencia.
- Pérdida de la autonomía
- Depresión
- Miedo a la muerte.

CATEGORIAS

“Pienso que voy disminuyendo”
“Ya no me dejan hacer nada”
“Ya están aburridos conmigo”
“Yo siento miedo”

Códigos sustantivos.	Temas Relevantes.	Categorías.	Autoobservación/ observación.
<p>04,4,47 [...yo ya no me siento la misma, porque antes podía hacer con mucho ánimo los oficios. Me podía movilizar mejor...es que no sé cómo decirle...como que ya me siento muy poca cosa, que ya no sirvo para nada...]</p> <p>05,7,158 [...resulta que si usted barre una pieza, y se siente mal...entonces para que yo no me sienta mal, no sienta nada, yo no cojo la escoba...]</p> <p>05,6,111 [...me alcanzo para caminar, no puedo hablar mucho porque se me va la voz, no puedo subir una medio faldita porque me alcanzo, me ahogo...]</p> <p>07,6,97 [...yo ya no puedo hacer todo lo que hacía antes, hacer fuerza, cuando camino me toca suave, no puedo subir faldas, lomas porque yo voy subiendo una falda el corazón se me acelera...]</p> <p>07,6,80 [...primero de 100 bailaba 99 y descansaba una, ahora bailo una y descanso 99...]</p> <p>07,6,81 [...para mí eso es muy duro, para mí me ha impedido mucho, yo en mi casa hacia todo, yo movía una cosa la otra, hasta para destapar una gaseosa me toca ya pedir ayuda...]</p> <p>09,5,56 [...la natación, es algo que a mí me ha gustado mucho, la actividad las danzas, el baile, participar en paseos, en concursos en todo, pero ya no, ya no, yo veo que ya no...]</p> <p>09,4,50 [...yo gané premios en natación, he representado al Quindío...ya no soy capaz de cruzarme la piscina de una...llego a la mitad y tengo descansar... ya me alcanzo...]</p> <p>09,5,54 [...yo también participaba en lo de danzas, también me pasa ya lo mismo, no resisto un entrenamiento seguido, no, porque me asfixio, me alcanzo...]</p> <p>09,5,67 [...donde vivo yo me iba a pie hasta el centro, bajaba a pie; ya no, ya es muy rara la vez...]</p> <p>010,6,156 [...No puedo hacer fuerza, o regañar mucho, porque cuando yo grito ya me mareo, yo me iba a las 6 de la mañana a caminar llegaba comenzaba hacer mis oficios, eso me tiene muy agobiada...]</p>	<p>Baja autoestima</p>	<p>Secuencia de categorías: <i>“Ya no me siento la misma”, “Ya no soy capaz”, “Ya no me dejan hacer nada”, las cuales conllevan a “Ya no sirvo para nada”.</i></p> <p>Expresiones que se refieren a los cambios derivados de la enfermedad coronaria y sus síntomas, especialmente aquellos de naturaleza física, operativa ligados al rol, utilizando términos comparativos entre el antes y el ahora y analogías relacionadas con la debilidad e incapacidad, los cuales ven asociados a la dependencia, una autopercepción de minusvalía, visión de limitación para el futuro.</p>	

<p>07,6,84 [... ya las fuerzas y todo eso ya no me dan, yo ya no puedo...] 09,4,47 [...pienso que no debo hacer las cosas que hacía antes... que voy disminuyendo...] 09,5,68[...estoy esforzando mucho el corazón, y que voy decayendo día por día...] 05,8 ,165 [...para mí ha sido muy duro, el sentirse tan enfermo, tan débil, uno se vuelve muy sensible, se vuelve uno como un panderito...] 09,5,59 [...Pues siempre se siente nostalgia, siempre se siente nostalgia por ya uno se ve como obligado a irse alejando de las cosas...] 012,6,113 [...ya no soy capaz de trabajar, yo no soy capaz de barrer, yo no pude volver a barrer, porque me coge el dolor, ya no quiero como trabajar y ya no quiero...] 011,1,2,36 [...La vida me cambio, porque me empecé a sentirme vieja...] 012,5,106 [...me voy a morir y tener que trabajar uno tanto para tenerse uno que morir, tanto luchar para hacer un peso para tenerse que ir ya y tener que dejarlo...] 014,5,57 [...yo lloro, por verme así. Hay veces ni siquiera puedo ir al baño, y que no hay nadie al lado mío, para bañarme necesito ayuda, entonces me estresa todo eso...] 014,5,59 [...Y es que en la casa no hay nadie, me toca llamar alguna amiga, y decirle que me ayude y eso me estresa y me duele. Yo era muy alegre, me gustaban los paseos, yo en media hora organizaba mi casa, y ahora no... nada... muy duro...] 014,6,76 [...Pues yo diría que en todo, antes yo me levantaba y hacia mi oficio, me bañaba temprano me gustaba andar, y ahora no, ya no, porque pegada de un caminador ya no. Y la gente es muy maleducada y dicen: yo pensé que usted caminaba sola. Le da a uno cosa...]</p>	<p>Percepción de decadencia</p> <p>La limitación-dependencia</p> <p>Sentimientos tristeza</p> <p>Pérdida de autonomía y paso a la dependencia</p>	<p>“Pienso que voy disminuyendo”</p> <p>Expresiones que describen un proceso de debilitamiento que se asocia con el estrechamiento de posibilidades, dependencia y retirada. Utiliza términos como disminución, debilidad, decaimiento, pérdida de fuerzas y desgano ante el futuro. Se acompaña de expresiones faciales de tristeza y en ocasiones de llanto.</p> <p>“Ya no me dejan hacer”</p> <p>Forma parte de la secuencia, y se expresa mediante términos relacionados con lo señalado por la familia, y las limitantes impuestas sobre las actividades cotidianas tanto por parte de la familia, como por la condición misma del estado de salud.</p>	
---	---	--	--

<p>04,4,50 [...ya no me dejan hacer los oficios, ya no me dejan hacer lo que hacía antes, inclusive ni de comer...yo quisiera estar moviéndome común y corriente...]</p> <p>05,7,136 [...Por qué mis hijas no me dejan salir sola a ningún momento?, porque yo no sé en qué momento se me va a dar, quede tirada en el suelo o me da un infarto...]</p> <p>012,225 [...la hija me dijo: mami Usted se siente como enferma, Usted como que le da trabajo caminar, y ha mermado la caminata usted, usted ya no quiere como caminar, ya me toca arrastrarla mucho...]</p> <p>05,7,137 [...es más si yo no tengo plata yo no salgo, porque yo no camino mucho, no soy capaz, yo tengo que tener con que pagar un taxi, es raro que me vean sola, pero si yo siento algo raro, yo ahí mismo paro un taxi, me voy para la clínica...]</p> <p>07,6,87 [...Pero es que uno se siente muy impedido, y a mí no me gusta. Yo hay veces le digo a mi esposo que si él no está aburrido conmigo porque yo mantengo muy enferma...]</p> <p>07,6,93 [...he visto tantos espejos que los esposos dejan la mujer por enferma...que si él no se aburre conmigo, y él me dice que no, que en ningún momento, así como usted ha estado conmigo en las buenas y en las malas yo también...]</p> <p>07,6,90 [...él me dice que él esta conmigo, que así como Dios nos unió el señor nos separa, que él esta conmigo en las buenas y en las malas...]</p> <p>07,6,89 [...Y él me dice que no, que él me quiere mucho...]</p> <p>010,7, 178[... sabe que es lo único que agradezco de todo esto, que Cesar era muy grosero conmigo, yo no le podía decir nada, y me decía váyase para la gran puta mierda, pero yo soy la que me jodo mucho, hago todo en esta casa,... él no ha vuelto a ser grosero con migo, él ha cambiado mucho...]</p>	<p>Cambio positivo en la relación de pareja.</p>		
--	---	--	--

<p>04, 4,42[...esos dolores, ese dolor de espalda yo le cogí mucho MIEDO, porque me parece que me está dando infarto otra vez...]</p> <p>04,4,46 [...yo siento miedo, yo mantengo a toda hora que me voy a morir de eso...]</p> <p>09,4,41 [...ya yo me abstengo ya de hacer tantos ejercicios fuertes, si me da miedo...]</p> <p>08,5,118 [...Miedo a estar sola, pienso que yo solita por ahí...]</p> <p>010,6,150 [...Me da miedo tener sexo, pienso que me puede dar un infarto...]</p> <p>010,6,155 [...Si, porque me da miedo comenzar una cosa y que quede comenzada, eso es lo que cambia...]</p> <p>011,7,157 [...pues yo ya sé que me voy a morir, yo sé que me voy a morir ya, porque lo que me dio eso donde me vuelva a dar yo me muero...]</p> <p>014,6,75[...Pues me puede dar un dolor más fuerte y me infarto...]</p> <p>011,5,114 [...Mucha tristeza, tristeza me da, yo nunca pienso que me voy a morir, en este momento tengo cantidad de sentimientos, pero con mis hijos...y son buenos a morir...]</p> <p>011,5,120 [...una tristeza...que estoy desamparada y son muy buenos como le digo pero...me sirven sin deseos, sin voluntad...]</p> <p>011,7,165 [...me eche un mundo de enemigos encima, mis hijos dicen que soy mala ley, las enfermeras... y yo quiero borrar, esa mala imagen...]</p> <p>011,1,3,60 [...he dado mucha guerra, que briego mucho y los hijos deben estar ya aburridos conmigo, con toda la razón, una hija mía cuando yo estoy enferma se pega una enojadas, se le suben las bilirrubinas...]</p>	<p>Miedo a experimentar el síntoma y lo que este representa: muerte.</p>	<p>“Yo siento miedo” Expresiones que utilizan el término miedo y es asociado a la muerte. Se relaciona con la reproducción del síntoma asociado a los factores que han identificado como relacionados con la presentación del síntoma, especialmente la demanda física y el estar sola.</p>	<p>“Ya están aburridos conmigo”</p>
---	--	---	--

<p>011,1,3,62 [...Porque tienen que empezar a luchar con migo, a llevarme al hospital, no son sino dos hijos, y ellos tienen sus obligaciones, viven muy ocupados, a mí me tienen de todo pero no pueden estar conmigo...]</p> <p>011,1,3,65 [...tienen pereza de lidiar conmigo, porque ellos no le quieren colaborar, y yo puedo pagar un carro para que me lleven pero necesito quien me acompañe...]</p> <p>011,1,3,44 [...sabe qué tengo doctora, la depresión...]</p> <p>011, 6,130 [...Pues no me provoca salir, no me provoca comer, no como nada...]</p> <p>02, 4,45[...Pues mi constitución ha sido delgada. Pero yo evito grasas...yo...el trago, pues uno por ahí en un coctel, una champaña en una fiesta... nunca me excedí...]</p> <p>2,4,42 [...por ejemplo en las emociones... yo no acostumbro ir a velorios, aun sepelio menos, nunca voy a visitar a nadie en una clínica ...]</p> <p>03, 4,3[...será cambiar en la forma de comer, en la forma de botar pensamientos...]</p> <p>013, 5, 66 [...Claro que después de que me dio eso, yo no quiero saber de cigarrillos]</p>	<p>Aburrimiento del cuidador.</p> <p>Depresión</p> <p>Cambio de hábitos</p>	<p>Expresiones que reflejan el proceso de enfermar en relación con la demanda de cuidado a la familia y las tensiones que ocasiona. Utiliza términos como desamparo, falta de voluntad para darle el cuidado, lucha de la familia en el servicio médico, lidiar, enojo cuando se enferma, etc. Llama la atención la frase: "A mí me tienen todo, pero no pueden estar conmigo".</p>	<p>(Comienza a llorar). Es evidente un sentimiento de melancolía y percepción de abandono que demuestra esta participante relacionada con la falta de apoyo de sus hijos en el proceso de la enfermedad. Se aprecia melancolía.</p> <p>Me siento muy conmovida con todo esto.</p>
---	--	---	---

5.5.1 Consecuencias análisis y resultados

Para Lenz las consecuencias son el resultado de haber experimentado el síntoma, y el efecto que produce en la parte funcional de la persona, el desempeño del rol, en las actividades cotidianas, calidad de vida como también la capacidad resolutiva de problemas y la concentración entre otros.

En este aspecto se identificó un tema relevante con veinte referencias (20): las mujeres perciben un cambio a partir de la presentación del síntoma tan predominante que manifestaron no ser las mismas; ***“...yo ya no me siento la misma, porque antes podía hacer con mucho ánimo los oficios me podía movilizar mejor...”*** , ***“...ya no me dejan hacer los oficios, ya no la dejan hacer lo que hacía antes, Inclusive ni de comer...”***. Ver anexo 5.

De las diferentes manifestaciones de cambio percibidas por las participantes emergen una secuencia de categorías concatenadas: ***“Ya no me siento la misma”***, ***“Ya no soy capaz”***, ***“Ya no me dejan hacer nada”***, las cuales conllevan a ***“Ya no sirvo para nada”***. Son expresiones que se refieren a los cambios derivados de la enfermedad coronaria y sus síntomas, especialmente aquellos de naturaleza física u operativa ligados al rol, utilizando términos comparativos entre el antes y el ahora y analogías relacionadas con la debilidad e incapacidad, los cuales ven asociados a la dependencia, una autopercepción de minusvalía que plantea una visión de limitación para el futuro. Estos cambios adaptativos que debe hacer la mujer que frente a los síntomas de angina, modifican su capacidad para la realización de actividades cotidianas y a pesar que la mujer no lo explicita, en ocasiones por evitar preocupaciones a sus seres queridos, estos cambios son tan evidentes que alcanzan a ser apreciados por las personas que tienen cerca.

Estos hallazgos tienen similitud con los encontrados por Rincón (2006), Cortés C.L (2007), Campos (2007) donde el síntoma interfiere con el desempeño de la persona, limitando su actividad física para evitar el síntoma pero a su vez se transforma en un factor de riesgo para la enfermedad como lo es el sedentarismo.

Se identificaron otra serie de expresiones donde las participantes manifiestan sentimientos de vulnerabilidad, a partir del diagnóstico de la enfermedad, incluso podría asimilarse a una etapa de duelo del bienestar, donde afloran sentimientos de minusvalía, nostalgia, y se avizora el declive del rol por la pérdida de funcionalidad que pueden predisponer a episodios depresivos. En relación con lo anterior se destaca la categoría ***“Pienso que voy disminuyendo”***: Expresiones que describen un proceso de debilitamiento que se asocia con el estrechamiento de posibilidades y retirada. Utiliza términos como disminución, debilidad, decaimiento, pérdida de fuerzas y desgano ante el futuro. Se acompaña de expresiones faciales de tristeza y en ocasiones de llanto.

04.4.49[...Es que no sé cómo decirle, como que ya me siento muy poca cosa, que ya no sirvo para nada...]

De igual manera se observaron sensaciones de imposibilidad para realizar actividades de la vida cotidiana no solo impuestas por las participantes sino también por sus familiares, que tienden a evitar los esfuerzos físicos como medio de protección o cuidado, en ocasiones inhabilitando casi totalmente a la mujer en desempeño del rol, con una tendencia a la sobreprotección, de las cuales emana la categoría, **“Ya no me dejan hacer”**, que expresa las limitantes impuestas sobre las actividades cotidianas tanto por parte de la familia, como por la condición misma del estado de salud.

05,7,136 [...Por qué mis hijas no me dejan salir sola a ningún momento?, porque yo no sé en qué momento se me va a dar, quede tirada en el suelo...]

Otro aspecto fundamental que se ve modificado a consecuencia del síntoma de dolor torácico por isquemia miocárdica, está relacionado con la vida de pareja y el temor al abandono a causa de la enfermedad, temor a mantener una vida sexualmente activa, ya que la actividad física vigorosa puede desencadenar el síntoma, de tal manera que el cónyuge prefiere no poner en riesgo la vida de su compañera evitando la relación, de igual forma se observó un cambio positivo en aquellas parejas que mantenían relaciones conflictivas, la enfermedad fomentó un ambiente familiar de apoyo y consideración para la mujer enferma.

La situación descrita constituye una secuencia de eventos que afectan directamente la auto percepción dejando la sensación de disminución progresiva del control, lo cual va a incidir prontamente en la adherencia al tratamiento y a los cambios de hábitos, pues siempre deberán estar ligados a la presencia de otro: el familiar, el médico, el farmacéutico, la enfermera, la amiga, un ser superior, etc., lo cual define largos periodos para pedir ayuda. Ver Anexo 5.

010,7, 178 [... sabe que es lo único que agradezco de todo esto, que C... era muy grosero con migo, yo no le podía decir nada, y me decía váyase para la gran... pero yo soy la que me jodo mucho, hago todo es esta casa,... él no ha vuelto a ser grosero con migo, él ha cambiado mucho...]

Por otra parte y en contraposición se encontró la categoría denominada **“Ya están aburridos conmigo”** Expresiones que reflejan el proceso de enfermar en relación con la demanda de cuidado a la familia y las tensiones que ocasiona. Utiliza términos como desamparo, falta de voluntad para darle el cuidado, lucha de la familia en el servicio médico, lidiar, enojo cuando se enferma, etc. pero especialmente los largos periodos de soledad que pueden seguir a la fase aguda. Llama la atención la frase: **“A mí me tienen todo, pero no pueden estar conmigo”**.

Esto puede deberse al proceso de cronicidad de la enfermedad coronaria, donde pone de manifiesto una actitud de cansancio por parte del cuidador, esta situación en gran parte está sujeta a la clase de relaciones familiares previas al infarto o a la angina que constituyen una base de ayuda en los momentos difíciles de la vida. Según Sánchez (2001) la calidad y la naturaleza de las relaciones familiares son relevantes en el tipo de soporte recibido, en donde el sentimiento de afecto parece fortalecer aspectos de bienestar de enfermos y cuidadores, las familias tratan de organizarse y sobreponerse para afrontar de la mejor forma estas demandas de cuidado.⁶⁹

De igual manera debe tenerse en cuenta que para el cuidador el acto de cuidado impone una habilidad, destreza y conocimiento que no se tiene planificada, ni prevista en un evento súbito como el IAM, la falta de preparación genera un ambiente de tensión, estrés para los grupos de familias a cargo de la mujer que padece síntomas de angina por isquemia miocárdica.

Un tema igualmente importante está relacionado con el miedo a la muerte, las mujeres expresaron un sentimiento de intranquilidad posterior a la experiencia del síntoma, manifestaron vivir con la constante presencia de la muerte, por ende le temen al síntoma porque lo perciben como un pródromo de fatalidad, pero a su vez designan a la muerte como la alternativa circunstancial que terminará con el padecimiento de la enfermedad del dolor físico y espiritual, de estas narrativas surge la categoría **“Yo siento miedo”**: Expresiones que utilizan el término miedo y es asociado a la muerte. Se corresponde con la reproducción del síntoma asociado a los factores que han identificado como relacionados con la presentación del síntoma, especialmente la demanda física y el estar sola.

Para concluir, la situación de vida de la mujer con enfermedad coronaria está enmarcada por la presencia del síntoma, transformado un evento agudo como el IAM en un proceso crónico que lentamente va afectando la calidad de vida de la mujer adulta mayor, que ve como cuando ha logrado una estabilidad económica aparece la angustia que genera acercase al final de la vida producto de enfermedad.

5.6 Hallazgos adicionales en la exploración de significados: afrontamiento

A lo largo de la mayoría de las entrevistas y sin mediar pregunta, surgió un tema característico y permanente en la narrativa de las mujeres, también hallado en otros estudios (Cortez 2006, Soto 2006, Rincón 2007, Merlano 2012) que ha sido ubicado, en algunos, dentro de las dimensiones del síntoma, en otros como en consecuencias de este, según su interpretación en el marco conceptual, siendo denominado “Respuesta al síntoma: afrontamiento” o sencillamente: “Afrontamiento”.

⁶⁹ SÁNCHEZ, Beatriz. La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica. En: Investigación y educación en enfermería. 2001, vol. 19 no. 2.

Este tema que inicialmente representó la diversidad de respuestas llevadas a cabo por las mujeres frente al síntoma de angina o la suma de ellos, se analizó en el presente estudio a partir de los hallazgos que inicialmente fueron ubicados dentro del constructo “Dimensiones del síntoma” en el marco de la teoría de Lenz y finalmente a partir de las recomendaciones de los jurados, se realizó el nuevo análisis que se presenta a continuación. Se inicia con el planteamiento de las categorías identificadas y se analizan a la luz tanto del contexto propio de las entrevistas, como mediante los conceptos de autores de trayectoria en el tema de afrontamiento y otros relacionados, tal como vulnerabilidad.

Soriano presenta el concepto de afrontamiento según varios expertos comenzando por sus pioneros: “Lázarus y Folkman, describen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo, mientras que Weissman y Worden lo definen como lo que hace un individuo ante cualquier tipo de problema percibido para conseguir alivio, recompensa o equilibrio. Pearlin y Schooler lo describen como cualquier respuesta ante las tensiones externas que sirve para prevenir, evitar o controlar el distrés emocional”.⁷⁰

Para la psicología el afrontamiento es un conjunto de esfuerzos cognitivo-conductuales que cambian de manera continua y se desarrollan con el fin de controlar las demandas externas e internas del individuo, para las cuales el sujeto no posee recursos necesarios para su adaptación, por lo que buscan disminuir la reacción de estrés y sus efectos negativos sobre el estado de salud, ya sea de forma consciente o no.⁷¹

La literatura de enfermería también incluye este concepto de manera formal dentro de los diagnósticos enfermeros definidos y clasificados por la NANDA (Nursing diagnoses: definitions & classification) en los cuales se reconoce el afrontamiento inefectivo en la comunidad, el afrontamiento defensivo, el afrontamiento familiar comprometido o incapacitante, etc., y que ha sido utilizado de manera fluida en los planes de cuidado. El afrontamiento inefectivo se define como “Incapacidad de llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles”.⁷²

Obsérvese que estas definiciones tienen el punto común de referirse a la respuesta frente a un estímulo (que generalmente o es desagradable o es nocivo), con el fin de manejarlo para lograr alivio. Se integra bien en el marco de la teoría de los Síntomas desagradables, a pesar de no contenerse, por lo menos desde lo descrito en la literatura disponible.

⁷⁰ SORIANO, José. Boletín de Psicología. Julio 2002, no. 75, p. 73-85.

⁷¹ CONTRERAS, Françoise et al. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. En: Acta Colombiana de Psicología. 2007, vol. 10 no. 2, p. 169–179.

⁷² NANDA Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2004-2006. Elsevier. 2006, p. 15.

En este marco de ideas, las categorías emergentes relacionadas con afrontamiento en el presente estudio, representan las primeras respuestas de las mujeres frente al síntoma de angina (el cual constituyó el estímulo percibido) y fueron las siguientes. Ver Anexo 6.

- ✓ *“Señor en tus manos estoy”*
- ✓ *“Me puse una pastica de bajo de la lengua”*
- ✓ *“Cuando ya no aguanté más, pedí ayuda”*
- ✓ *“Yo sabía que era un infarto”*

Estas respuestas son expresadas mediante un comportamiento inmediato o a mediano y largo plazo si el síntoma se presenta por un largo tiempo y de ahí su importancia en el contexto de la mujer con enfermedad coronaria, cuyo principal expresión es la angina más que el infarto y se puede desarrollar por largos periodos de tiempo, siendo asumida mediante diversas formas de afrontamiento tendientes a controlar o modular el efecto de los síntomas.

Lo anterior se respalda en lo referido por Pelechano quien señala que existen dos partes dentro del concepto de afrontamiento:⁷³

Los estilos de afrontamiento, que representan formas estables y consistentes para afrontar el estrés

- Las estrategias de afrontamiento: acciones más específicas para asumirlo.

Esta aparente separación es teórica, pues la persona, en su comportamiento las presenta integradas demostrando así las posibles interacciones entre el sujeto y el estresor.

La categoría: *“Señor en tus manos estoy”* muestra cómo la forma de afrontamiento de los síntomas de angina en las mujeres con frecuencia se encuentra enmarcada en las convicciones religiosas, en las creencias y en la fe como un poder superior que les permite controlar la experiencia, tal como se expresa a continuación: *“...ahora que yo me vi tan mal, solo le dije “Señor en tus manos estoy, te pido señor que me des una oportunidad...”*, *“Solo pedía Dios mío, líbrame señor, padre santo no me dejes morir...”*. La espiritualidad constituye un foco de esperanza en una situación en la que predomina el miedo a la muerte; representa la conexión con un ser superior que tiene el poder de dar la vida. De esta dimensión emerge la categoría denominada *“Señor en tus manos estoy...”*, expresión que describe el pensamiento religioso que genera una actitud de entrega a los designios divinos, para aceptar de manera confiada lo porvenir en una posición de entrega, lo cual usualmente facilita la tolerancia para sobrellevar esa penosa situación y posiblemente disminuya el estrés, pero que también deriva en una actitud pasiva que dificulta la solicitud de ayuda oportuna.

La fe, que constituye un apoyo en el afrontamiento, juega un papel importante frente a la sensación de vulnerabilidad e impotencia frente al riesgo de muerte, la cual es expresada como *“van a mandar por mí”*, *“me quiere llevar”*.

⁷³ PELECHANO, Vicente. Acerca de "afrontamiento" y "enfermedad crónica": una reflexión ¿fundada? con alguna sugerencia. En: Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2005, vol. 10 no. 1, p. 3-14.

Esto se relaciona con lo señalado por Pelechano,⁷⁴ en cuanto a que el concepto de afrontamiento implica un proceso y por lo tanto es dinámico, cambiante, e interactuante, pero también ha sido identificado como una dimensión que indica un resumen de acciones y una serie de procesos, los cuales, mediante un sistema de evaluación pueden llegar a ser medidos en relación con su consistencia, predictividad, aplicabilidad, etc.

Para esto, el individuo lleva a cabo la siguiente secuencia:

- Primera estimación (appraisal) de la situación, fenómeno básicamente cognitivo en donde se aprecia el tipo de estresor, sus características, etc.
- Luego sigue la estimación del estímulo, fenómeno que le define cual será el tipo de respuesta según competencias y recursos disponibles.

La valoración cognitiva (percepción de amenaza o incertidumbre) influye no sólo en las estrategias de afrontamiento, sino también en los resultados adaptativos como la tensión emocional, la ansiedad, la autoestima o la percepción de control sobre la enfermedad.

Pero lo novedoso de este concepto a la luz de los hallazgos de este estudio y posiblemente de otros que le antecieron, es que también está presente en los denominados factores determinantes (del síntoma y la enfermedad) de forma tal que comprendiendo de manera más específica el tipo de afrontamiento de las situaciones cotidianas que generan estas respuestas, se pueden abordar tempranamente perfiles caracterizados por presentar mayor o menor riesgo, proceso que luego exhibe una situación de vulnerabilidad.

En este marco de ideas, algunas de las categorías halladas en Factores determinantes ilustran la importancia del afrontamiento, a través de situaciones cotidianas que sobrepasan la capacidad de manejo y establecen un estado permanente de discomfort, pues, tal como lo mencionan estudiosos del tema, no se logra el alivio y la adaptación:

“Son los problemas, los hijos, la familia”, “Los nervios son los que lo friegan a uno”, constituyen categorías que señalan claramente factores reconocidos por las mujeres entrevistadas como generadores de la enfermedad y de la exacerbación de los síntomas, y a lo largo de sus narrativas, se observan temas no resueltos, muchos de ellos enmarcados en los supuestos culturales que definen cómo debe ser el comportamiento por género para su resolución, tal como lo señala la siguiente categoría: “Aguantar, callar y callar”, comportamiento que ha sido señalado por Tajer quienes describen los estados emocionales y su relación con las enfermedades, específicamente en relación con la ira.⁷⁵

La ira como una emoción displacentera que conlleva una experiencia subjetiva (sentimientos y pensamientos) y una activación fisiológica y neuroquímica y se asocia a un modo de afrontamiento específico. Callar es un comportamiento que encierra múltiples riesgos y permite la consolidación de un estado de vulnerabilidad fisiológico (activación sistema simpático de manera sostenida), emocional (que se acompaña de

⁷⁴ PELECHANO, Vicente. Op. cit., p. 3-14.

⁷⁵ TAJER, Devora. La hostilidad y su relación con los trastornos cardiovasculares. En: Psico-USF. Jan./Jun. 2003, vol. 8 no. 1, p. 53-61 y Jul./Dez. 2001, vol. 6 no. 2, p. 55-64.

hostilidad) y comportamental (agresividad), lo que a su vez crea un ambiente social adverso, de aislamiento y soledad.

“Aguantar, callar y callar” es a su vez un factor determinante de la enfermedad coronaria, como una forma de afrontar la enfermedad y de vivir con ella. Más allá, define cómo aborda las consecuencias de esta: la incapacidad, el cambio de rol, las alteraciones cognitivas, las funcionales: un patrón de comportamiento a esta medida requiere de un análisis y de estrategias diferentes para trabajar la prevención primaria, secundaria y terciaria.

¿Qué motiva a una mujer que considera esta forma de afrontamiento de estos retos? Especialmente en la fase final es donde decide pedir ayuda derivada de su deseo de vivir para continuar sus funciones por y para los otros.

Al analizar esta forma de experimentar la situación, se identifica una identidad femenina bajo un patrón de valores que determina que la mujer se encuentre en un estado de vulnerabilidad, la cual es definida por Feito L.⁷⁶ así: *“El término “vulnerabilidad” encierra una gran complejidad. Hace referencia a la posibilidad del daño, a la finitud y a la condición mortal del ser humano. Sin embargo, tiene diversas dimensiones. Al menos una dimensión antropológica, que afirma la condición de vulnerabilidad del ser humano en cuanto tal, y una dimensión social, que subraya una mayor susceptibilidad generada por el medio o las condiciones de vida, dando lugar a “espacios de vulnerabilidad” y “poblaciones vulnerables”. La dimensión social nos conduce a hablar de las capacidades y el reconocimiento como elementos clave del vínculo entre los seres humanos que es fundamento de la obligación moral. Esta obligación es fundamentalmente de cuidado y solidaridad en el marco de la justicia”.*

Se articulan así tres factores que interactúan en la vulnerabilidad:

- La “exposición” o riesgo de exposición al factor de daño
- La “capacidad” o riesgo de no tener recursos necesarios para enfrentarse a este factor
- “Potencialidad” o riesgo de sufrir consecuencias como resultado del factor de daño.

Se evidencia una combinación entre los constructos “Factores determinantes,” afrontamiento” y consecuencias del síntoma o constelación de síntomas y la enfermedad propiamente dicha. El afrontamiento de una u otra manera aporta a la consolidación de un perfil de riesgo y más que esto, de vulnerabilidad; interviene en la forma de responder a los síntomas y a sus propios indicadores de salud –enfermedad y complementa definiendo formas de respuesta frente a las consecuencias de la enfermedad, por lo que tiene una importancia significativa en el proceso de comprensión de la experiencia de vivir con EC y por lo tanto de dar un cuidado pertinente. En este mismo contexto y concatenado con lo anterior se evidenció una segunda categoría descrita como “yo le pido a Dios que todavía no me lleve” la que expresa la necesidad apremiante, absoluta de aferrarse a la vida en una circunstancia de fragilidad; en esta categoría seis (6) informantes manifestaron pedir a Dios por su vida.

⁷⁶ FEITO, L.. Vulnerabilidad. En: Anales Sis San Navarra. 2007, vol. 30 suppl. 3, p. 7-22.

La categoría emergente: *“Me puse una pastica debajo de la lengua”* está representando una forma común de afrontamiento hallada en la mayoría de estudios; el conocimiento adquirido en relación con el autocuidado, de origen lego o de origen formal sanitario, expresan la reconocida automedicación como una opción de peso especialmente en la fase crónica, pues las experiencias previas han sido determinantes para “ensayar” respuestas frente al síntoma.

Según de la Cuesta, la valoración del síntoma por parte de la mujer, implica un proceso de interpretación, donde se atribuye importancia y se clasifica según la pérdida de funcionalidad y por tanto el objetivo de la valoración es determinar la necesidad de buscar ayuda, pero esto depende de la percepción y del contexto de cada persona.⁷⁷

Esto podría explicar el hecho que la mujer se tome su tiempo para realizar este proceso, pero a su vez es importante resaltar la importancia de que el reconocimiento se haga oportunamente y la solicitud de ayuda sea la adecuada pues un retraso en la atención puede definir mal el pronóstico. En este contexto surgen de forma consecutiva a la valoración del síntoma la estrategia que se implementa por parte de la mujer para controlar la situación, entre ellas se encontró; disminuir la actividad física, guardar reposo y dejar de caminar con el agravante que son actividades que fomentan el sedentarismo, factor de riesgo para la enfermedad. Otro aspecto relevante está dado por el reconocimiento del síntoma en el tiempo, es decir a medida que la mujer experimenta más a menudo la sensación, se adapta a ella, y la transforma en habitual y se familiariza con ella.

07,7,11[...yo me relajo porque que más hago, ya estoy como acostumbrada un poquito a ese dolor, yo me tranquilizo así hasta que me va pasando otra vez...]

Después que la mujer realiza la valoración del síntoma y le da significado, toma decisiones dentro de las cuales está la siguiente categoría *“Cuando ya no aguante, pedí auxilio”*, expresiones que describen la opción de pedir ayuda como la extrema, consecuencia de una situación intolerable. Utiliza términos como “no daba más”, “no resistí”, solo la persistencia y mayor compromiso de los síntomas ya sumados, logran definir la solicitud de ayuda, en ese momento recuerdan recomendaciones de personas a quienes les han comentado sus síntomas. Con una particularidad, no reconocen el riesgo vital en el episodio de síntomas, cuando finalmente toman la decisión de consultar, priorizan en otras actividades, como cepillarse, bañarse, organizar aspectos de la casa o de la familia.

Las formas afrontamiento de la mujer que experimenta los síntomas de angina son diversas, tan numerosas como las formas de expresión del síntoma, y a su vez se enmarcan en sus creencias con una alta influencia de la información que se tiene acerca de la enfermedad, según la Encuesta mujer y enfermedad cardiovascular realizada en Colombia en 2008 el 29% de las mujeres respondieron que el Problema de salud más importante de la mujer en Colombia es el cáncer de seno, el 27 % el cáncer en general, el 10 % el cáncer de útero, el 8 % el estrés (depresión/nervios/angustia), en quinto lugar

⁷⁷ De La CUESTA BENJUMEA, Carmen. Op. cit., p. 124-129.

se ubica la hipertensión con apenas un 6 % y en sexto lugar la enfermedad cardiaca/infarto cardiaco con un 4 %. Y en cuanto a la que consideran la principal causa de muerte de la mujer en Colombia, el 40 % considera que es el cáncer en general, le sigue el 22 % con el cáncer de seno, y en tercer lugar la enfermedad cardiaca/infarto cardiaco; en el cuarto lugar, cáncer de cuello uterino/matriz con un 8 %, y en el quinto lugar, con 3 % de menciones, la hipertensión.⁷⁸

Estos datos son de importancia, pues en el imaginario femenino aún no está posicionada la enfermedad coronaria y por lo tanto el afrontamiento se relaciona con otras situaciones de salud más conocidas. Ejemplo de esto, es una de las formas de afrontamiento halladas: una (1) participante afrontaba la situación solicitándole a un familiar que la cogiera a golpes en la espalda de esta forma ella percibía que mejoraba momentáneamente debido a que su sensación interna era similar a la de estar con un viento atrapado, atrancado, atorado que debía salir.

Otras mujeres refirieron hacer movimientos de los brazos para evitar el adormecimiento, darse golpes en el pecho o piden que se los den, tratando de resolver la sensación de atoro, pero frecuentemente, como es natural, empeora los síntomas.

08,2,10[...yo me daba golpes, yo creía que tenía algo atrancado ahí, o que yo tenía un viento y yo me daba golpes en la espalda y yo le decía a mi sobrina que me diera golpes...]

08,7,150 [...yo la llamo a ella, venga deme los golpes entonces ella me da los golpes y yo me alivio de la mano, y descanso, para empeorar...]

Esta situación es compleja si se tiene en cuenta que en el evento coronario agudo hay un déficit de perfusión que lleva a una disminución de la oxigenación y cualquier actividad que demande mayor consumo de oxígeno empeorará el cuadro, como en este caso.

Otra forma de afrontar toda esta constelación de vivencias y padecimientos está dada, por el control de factores de riesgo o conductas riesgosas, donde la mujer plantea el propósito de alejarse del factor lesivo de este contexto surge la categoría “*Dios mediante no voy a volver a fumar*” Expresiones que plantean la promesa de abandonar hábitos nocivos.

Y para terminar toda esta diversidad de formas de afrontar la enfermedad y el síntoma se encuentra “*Me dan como ganas de irme*”, expresiones que señalan como final de una larga secuencia de eventos dolorosos, la posibilidad de morir, la muerte como una salida narrada ante el dolor crónico.

014,7,97 [...me dan ganas como de irme, de morirme, como correr, que nadie me encontrara más...]

⁷⁸ COLOMBIA. Centro Nacional de Consultoría. Encuesta mujer y enfermedad cardiovascular. Bogotá: septiembre de 2008.

Resumiendo se observan los siguientes tipos de comportamiento como señal de afrontamiento:

- ✓ Aplicarse medidas paliativas caseras como: sobarse, tomar pastillas, tomar agua, aplicarse pañitos, respirar profundo, etc.
- ✓ Buscar formas relacionadas con la actividad para aliviar el síntoma: suspender la actividad, cambiar la posición: sentarse, acostarse, rotarse.
- ✓ Suspender la actividad.
- ✓ Pedir ayuda profesional, que en la mayoría de los casos estaba mediada por una persona, generalmente familiar que la conduce o la induce a buscarla.
- ✓ No hacer nada.
- ✓ Compartir la experiencia con legos.

Estos resultados se pueden relacionar en parte con los señalados por Cadwel⁷⁹, donde estudia la experiencia prehospitolaria en mujeres con síntomas de angina durante diez años y señala entre otros resultados la poca claridad que muestra la mujer en cuanto a los síntomas, e inclusive, con la experiencia de un evento previo, no se asegura que responda al dolor y tome la decisión adecuada para solucionar el problema y por lo tanto mucho menos que pueda ser evaluada adecuadamente. Por el contrario, si los síntomas son típicos, y por lo tanto evaluados como de origen cardíaco, la evaluación y respuesta es más apropiada.

Como respuesta a los síntomas, el mismo estudio indica que las mujeres demoran más en responder a los síntomas: utilizan una amplia gama de comportamientos personales lo cual fue interpretado por los investigadores como un esfuerzo por mantener el control por lo cual se tratan a sí mismas durante un período variable antes de consultar o sencillamente desarrollan un comportamiento de tolerancia denominado por ellas como “aguantar”.

Similares resultados obtuvo Soto⁸⁰ estudio en el cual se encontró que las mujeres entrevistadas describieron demora para solicitar atención médica y/o de enfermería durante el episodio de dolor torácico de origen coronario y sus síntomas asociados. A lo largo del estudio se observó que según percibían el síntoma, definían la forma de afrontarlo, por ejemplo a través de variadas interpretaciones en donde se subestimaba la sensación y por ende la causa.

Se observó que aparecían sensaciones subjetivas como sentimientos asociados a la desprotección de seres queridos, la preocupación por no molestar a otros, el miedo a la muerte y a la incapacidad y el concepto propio de la enfermedad.

⁷⁹ CADWEL Mary a., MIASKOWSKI Christine. The symptom experience of angina in women.en: pain management: nursing vol. 1. no.3 (september). 2000: pp. 69-78.

⁸⁰ SOTO, Alejandra. Op. cit., p. 84, 85.

Al parecer, la preocupación por desproteger seres queridos tiene mucho peso en la percepción de la situación en el género femenino y puede estar relacionado con el segundo momento dentro del proceso de manejo del síntoma que es la medición de la capacidad de respuesta. Este estudio demostró que muchas de las prácticas realizadas por las mujeres como tomar agua caliente, darse masaje o automedicarse entre otras, podrían sugerir acciones dirigidas a controlar el síntoma, y reflejan nuevamente la subestimación del mismo.

En cuanto al tercer momento que hace referencia a la selección del tipo de ayuda, el estudio de Soto reveló claramente la categoría de dependencia de terceros, lo que demuestra que las mujeres solicitaron atención solamente cuando otra persona insistió en consultar, lo cual sugiere más confianza en el criterio de otros.

5.7 Análisis integrado

El análisis integrado se realizó a partir de los hallazgos encontrados en relación a los tres componentes principales de la teoría de síntomas desagradables de Lenz y Colaboradores, Factores determinantes, dimensiones; en la cual se describe el componente afrontamiento, como hallazgo relevante de la investigación, se aclara que no hace parte de la teoría, y posteriormente se concluye con las consecuencias generadas por la experiencia del síntoma.

En relación a los factores influyentes o desencadenantes del síntoma, por orden de importancia se encontró el estrés producto de las relaciones al interior de familia, muestra cómo la crianza, los hijos, la viudez, la responsabilidades inherentes al hogar, impactan la salud de las mujeres precipitando el síntoma de angina. Según Medina (2008) circunstancias de tipo afectivo como el vínculo familiar y los problemas relacionados con la relación de pareja y la vida familiar, así como el fracaso del matrimonio y las penalidades de la viudez han contribuido al desarrollo de la enfermedad coronaria.⁸¹

En correspondencia con lo anterior se evidencia cómo la mujer soporta situaciones de conflicto en silencio, sujeta a tolerar, a callar, se ve abocada a reprimir sus pensamientos, con una imposibilidad de expresar lo que siente y desahogarse, esto va gestando en la mujer emociones negativas como la desesperanza, desmotivación y depresión como consecuencia de la pérdida de control, sobre los acontecimientos y sobre sus vidas.⁸²

Por otra parte se obtuvieron categorías descritas en otros estudios relacionadas con la información acerca de la enfermedad, expresiones donde toma papel preponderante las afirmaciones hechas por otros, se destaca la importancia que se da a la sentencia médica. Estos descriptores fueron encontrados por Rincón (2006), Cortés (2007), donde toma importancia la interpretación que realiza la mujer y la que tiene el conocimiento

⁸¹ MEDINA, Lina Orisel. Estado del arte de estudios de investigación sobre enfermedad coronaria en la mujer durante el periodo de 1998 hasta el año 2008 [en línea]. Tesis. Maestría en enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. Disponible en Internet: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4875/#sthash.Uh0PjKM0.dpuf>

⁸² VEGAS JAVIER, María Yolanda. Indefensión de género, aprendiendo a ser agredidas [en línea]. En: Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género. (9: enero 31 2012: Sevilla, España). Memorias. Disponible en Internet: www.oei.es/congresoctg/memoria/pdf/Vegas.pdf

lego, también se destaca la información acerca de los factores predisponentes como el consumo de grasa, la HTA y el cigarrillo, pero cabe señalar que aunque conocen estos factores, se observó desconocimiento acerca de la enfermedad y sus formas de presentación lo que puede llevar a confusiones.

Con especial representatividad se observó cómo la mujer conceptualiza el proceso de enfermedad como un hecho común, natural, aislado e independiente del estilo de vida que no define como adecuado, estas afirmaciones van de la mano con las expresiones donde se evidenció falta de claridad acerca de la enfermedad.

En el segundo componente de la teoría, en lo correspondiente a dimensiones del síntoma y de forma específica lo relacionado con calidad; se halló expresiones de sensación combinados, donde la mujer describe como síntoma principal el dolor, acompañado de expresiones como horrible, duro, maluco, raro, brutal, fuerte, con sensación de peso, opresión integrado con fatiga y dificultad para respirar, asociada a la sensación de obstrucción. Es importante resaltar que esta vivencia está sujeta a la percepción individual de cada mujer a la interpretación que hace de su propia experiencia ligada a su contexto, educación y a la información previa de la enfermedad, Sánchez (2003) describe el dolor como una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada con una lesión real o potencial de un tejido; se admite que además de una lesión, existe la contribución psicológica a la experiencia del dolor⁸³.

Es de resaltar la sensación narrada por algunas mujeres en la boca y en la garganta; describen la presentación de una secuencia de síntomas en la cavidad oral, el paladar, las encías, la garganta y el pabellón auricular. Al igual que el deseo de expulsar del interior la sensación o síntoma; esta constante premisa de sensaciones desagradables experimentadas en forma reiterada por la mujer con angina, repercute en su estado emocional, de tal manera que muestra un sentimiento de pérdida, de añoranza por lo que no se hizo, evocando la muerte, lo que para ella denomina como aburrimiento. Al respecto Dubordieu asegura que estados de ansiedad, tristeza, desesperanza producen respuestas de estrés, esta activación constante a nivel del hipotálamo produce la liberación de noradrenalina, adrenalina, cortisol activando una cascada neurohormonal en todo el metabolismo en coadyudancia con las vulnerabilidades psicofísicas.⁸⁴

Los síntomas acompañantes que presenta la mujer con angina se relacionan con la sintomatología asociada a bajo gasto: frialdad, mareos, náuseas, entre otros. Algunas de las sensaciones descritas se relacionan con la respiración, disnea o falta de aire; sensaciones térmicas como el calor o frialdad, de origen gastrointestinal como náuseas, vomito o deseos de ir al baño, y en ocasiones dolor de cabeza, cansancio, adinamia, anteriormente descritas por Campo (2010) y Cortes C L (2006).

⁸³ SÁNCHEZ, Beatriz. Abordajes teóricos para comprender el dolor humano. En: Aquichan. octubre 2003, vol. 3, p. 32-41.

⁸⁴ DUBORDIEU, Margarita. Aportes de la Psiconeuroendocrinología (PNIE). En el abordaje de las alteraciones cardiovasculares. En: Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) "Estrés y Procesos de Salud y Enfermedad" [curso en línea]. Montevideo, Uruguay: Centro Humamana.

En la irradiación del síntoma se identificaron varias rutas del dolor, donde se describe como una onda creciente, sucesiva y concatenada y la escápula es el punto más frecuente de irradiación lo cual se corroboran con los encontrados por Rincón (2007).⁸⁵

La intensidad de síntoma fue categorizada como alta, con un gran compromiso del ser tanto físico como emocional, la mayoría de las expresiones describen el mayor grado de intensidad, otorgando un diez en la escala visual análoga.

En cuanto a la duración se pudo apreciar que las mujeres expresan particularmente hechos relacionados con el evento, con las circunstancias o actividades que estaban desarrollando. Afirmaron que la sensación es perdurable en el tiempo. En cuanto a la duración de cada episodio, se encontró variabilidad en el tiempo, y en cuanto al padecimiento de los síntomas se evidenció la convivencia con el síntoma mayor a un mes. Estos hallazgos son compatibles con los registrados por Romero (2008).⁸⁶

En el nivel percibido de angustia no se registró ninguna categoría, pero es importante señalar, cómo las mujeres manifiestan claramente haber sentido una sensación de angustia, temor, pánico, relacionada con la idea de muerte inminente. Según de la Cuesta (1999) la parte inicial de la valoración del síntoma permite dar el significado, importancia y la clasificación que dependen directamente de grado de severidad y compromiso.⁸⁷

Como consecuencias del síntoma y la enfermedad que representa, la existencia de esta, acarrea nuevos procesos, dentro de los cuales se encuentra un nuevo rol, el de cuidador, con el agravante que éste se encuentra desprovisto de herramientas necesarias para tal responsabilidad generando situaciones de estrés y menoscabando aún más el estado emocional, ya alterado de la mujer sujeto de cuidado, por lo tanto la mujer se siente como una carga y expresa sentimientos de tristeza y abandono.

Como hallazgo adicional, es decir, no incluido en el marco conceptual seleccionado de la Teoría de Lenz, se encontró con gran importancia el proceso de afrontamiento. Los estilos de afrontamiento constituyen un fenómeno importante de la adaptación de la persona a eventos altamente estresantes como lo son las enfermedades. Se define como las estrategias que los individuos utilizan para reducir al mínimo el impacto negativo que producen los estresores sobre su bienestar psicológico, e incluso pueden mediar entre las situaciones estresantes y la salud.⁸⁸

⁸⁵ RINCON O, Fanny et al. Caracterización de los síntomas de angina en un grupo de mujeres con prueba de esfuerzo positiva. Op. cit., p. 159-172.

⁸⁶ ROMERO, Elizabeth. Op. cit., p. 161-177

⁸⁷ De La CUESTA BENJUMEA, Carmen. Op. cit., p. 124-129.

⁸⁸ CONTRERAS, Françoise et al. Op. cit., p. 179.

La forma de afrontamiento de las mujeres con evento coronario agudo está enmarcada en las convicciones religiosas, en las creencias y en la fe, que le permiten resistir el episodio tanto agudo como crónico de la enfermedad. Se observa que es un concepto amplio, involucrado en los factores determinantes, especialmente en lo concerniente al control de factores de riesgo y en consecuencias del síntoma y la enfermedad. Que es un determinante en la forma como la mujer aborda el cuidado de su salud y de su vida y que es producto de la sumatoria de factores culturales, sicosociales y económicos que definen desde diferentes modos de vida el comportamiento frente la salud y la vida, por lo tanto de gran importancia para integrar en programas de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Para concluir, la expresión de la enfermedad coronaria en la mujer está estrechamente ligada al contexto social y político, caracterizado por cambios en la estructura familiar. Estos agentes repercuten de forma deletérea en la salud de la población femenina, incrementando el riesgo de aparición de la enfermedad coronaria.

6. Conclusiones

Del análisis y correlación del presente estudio; Caracterización de los síntomas de angina en mujeres post síndrome coronario agudo en el marco de la teoría de Lenz y colaboradores se concluyó:

En factores determinantes:

- El estudio demostró cómo la familia se advierte como un agente estresor, generador de preocupaciones y de tensión. Las situaciones al interior del núcleo familiar y las que se derivan de éste como la vida en pareja, relación con los hijos, nueras, nietos, crianza, incluso la viudez, repercuten de forma dramática en la expresión del síntoma de angina en la mujer.
- Se observó en la totalidad de las mujeres la asociación de factores de riesgo de riesgo predisponentes para enfermedad coronaria como la hipertensión arterial, el sedentarismo y el estrés a pesar de ser factores prevenibles.
- Los escenarios en los cuales se presenta la sintomatología y el desarrollo de la enfermedad permiten relacionar estados de ansiedad, tensión y nerviosismo que vive la mujer.
- La mujer elabora una conceptualización propia de la enfermedad, donde la define como un fenómeno independiente, común y natural, dejando entrever el vacío relacionado con las posibilidades de prevención y control de ella.
- La mujer valora de manera importante las indicaciones e información proveniente de los profesionales de la salud, así como también la del lego.

DIMENSIONES DEL SINTOMA:

- El síntoma de angina en la mujer se aprecia como una sensación combinada, donde se hace uso de diferentes atributos, etiquetas y calificativos; se resalta la descripción “es un desespero con dolor”, como también sensación de obstrucción, opresión, peso, sumados al paralenguaje donde se interpretan facies de intranquilidad, angustia, dolor y gesticulaciones que los complementan.
- La intensidad del síntoma de angina es variable y depende de la agudeza del evento, las mujeres que experimentaron de forma súbita la isquemia miocárdica,

lo refieren como de alta intensidad; por el contrario la mujer con angina advierte que es un dolor creciente que puede ceder al reposo o a la administración de isordil. De esta manera el síntoma de angina toma un aspecto de cronicidad donde la mujer aprende a valorar, interpretar y decidir acerca de lo que siente o percibe.

- Los síntomas acompañantes más frecuentes son la diaforesis, náuseas, frialdad, y se destaca la pérdida de la vitalidad y la energía.
- La irradiación se apreció como una sensación creciente, concatenada y consecutiva, que inicialmente se percibe en el pecho, pero posteriormente toma diferentes rutas, de las cuales la más frecuente fue la escápula izquierda.
- En cuanto a la duración del episodio se encontró variabilidad en lo expresado por las mujeres, con una tendencia a explicar el tiempo expresado por los sucesos o acontecimientos circunscriptos al evento, pero coinciden en afirmar que es una sensación perdurable.

CONSECUENCIAS

- La presencia del síntoma de angina en la mujer post síndrome coronario agudo marca una brecha entre el antes y después de la experiencia, de tal manera que posterior al evento, la vida de la mujer se transforma y la de aquellos que la acompañan, el cambio es una consecuencia inherente a la enfermedad, donde la mujer percibe el declive de sus funciones, limitación en su capacidad funcional y autonomía. Esto genera un sentimiento de indefensión, dependencia y minusvalía que predispone a episodios depresivos y dificulta los procesos de rehabilitación y adherencia a tratamientos y nuevos hábitos.

HALLAZGO ADICIONAL

Al recabar en la información, se identificó un tema común en tanto en Factores determinantes como en consecuencias, el cual no fue contemplado en las preguntas, pero que de manera persistente se presentó en las narrativas: el concepto de afrontamiento.

Fue evidente que las respuestas en cuanto a factores determinantes, en cuanto a lo relacionado con factores de riesgo, planteara de manera espontánea, cómo, a pesar de identificar un buen número de estos, el comportamiento ante el factor estresante era, tal como ellas lo describieron: “aguantar y aguantar”, y mostrando en algunos casos, esta característica como algo representativo de la nobleza o de la fortaleza.

Se complementa además con una visión lejana del tema, como si no fuera un asunto de su interés y frente al cual no existe conciencia real.

El proceso de afrontamiento que surge como un hallazgo del estudio, cobra gran importancia también en consecuencias, debido a que dados los cambios derivados de los síntomas y la enfermedad: funcionales, cognitivos y de rol, las mujeres muestran comportamientos tendientes a la depresión, a la posición de impotencia, por lo menos en esta fase del evento coronario. Se advierten intenciones de cuidarse, pero persiste una tendencia a perder la motivación por el cambio de rol evidente, especialmente a nivel familiar.

También muestran diversidad de estrategias para hacer frente a la enfermedad, una de las más destacadas está dada por la fe, las creencias religiosas, de esta forma la mujer puede sobrellevar la experiencia, superando el dolor y el fenómeno aterrador de la muerte.

El concepto de afrontamiento cobra importancia en la medida en que se analice en el contexto propio de cada persona y bajo características comunes grupales, dada la homogeneidad de algunos comportamientos que dan luces para el trabajo dirigido al cuidado de la salud cardiovascular.

El afrontamiento está presente en los diferentes componentes de la teoría de síntomas desagradables y discurre de forma transversal, desde los factores de riesgo asociados a la enfermedad hasta las consecuencias.

En relación a los factores de riesgo, la mujer elabora una conceptualización propia de la enfermedad donde la define como un hecho aislado, común, natural y destaca el hecho de no ser atinente a su responsabilidad. De esta manera implementa una serie de actitudes y de actividades que le permiten compensar, justificar y asumir la enfermedad, aunque esto no necesariamente conduce a un cambio en sus hábitos que resulten en acciones de autocuidado.

En dimensiones del síntoma se exhibe el afrontamiento desde dos aspectos: el primero, donde la mujer elabora una evaluación y valoración del grado de severidad del síntoma y determina (afrenta) una acción tendiente a atenuar o aliviar la amenaza, este proceso normalmente se presenta en los episodios agudos de la enfermedad y en contraposición se encuentra la mujer con angina, donde no solo se evidencia el proceso de afrontamiento sino a su vez un proceso de adaptación al síntoma, provocado por la convivencia con el mismo, lo asume dentro de la cotidianidad, ejecutando conductas, habilidades incluso técnicas que permiten controlar el síntoma o retardar la posibilidad de acudir al servicio médico, dentro de las más comunes se encuentran la toma de Isordil y el reposo.

Finalmente en la parte que corresponde a las consecuencias, el hecho de experimentar la enfermedad y los cambios que genera en la vida de la mujer deja como resultado una serie de sentimientos negativos, donde es evidente un alto grado de afectación a nivel emocional. Desde este punto de vista se puede concluir que las mujeres entrevistadas, procedentes del eje cafetero, elaboran un proceso de afrontamiento y de adaptación de la enfermedad, que refleja su imaginario, sus rasgos culturales y que implementan una serie de estrategias que dificultan en no pocos casos, una eficaz solicitud de ayuda.

Por otra parte es importante aclarar cómo emergen rasgos característicos de la mujer QUINDIANA con enfermedad coronaria ligados a la cultura, dentro de ellos se destaca el rol funcional de la mujer en actividades de cuidado, protección a terceros, un alto grado de abnegación por su familia, donde prima bienestar de su seres queridos por encima del propio, como también el hecho de ser tolerantes con situaciones recurrentes de falta de afecto incluso de maltrato psicológico. En alguna forma la mujer está supeditada a apoyar, comprender, amar, respetar pero no de forma recíproca en la mayoría de los casos. En consecuencia cobra vigencia la fe, la religión, las creencias en un ser supremo que mitiga y hace más fácil el tránsito de la enfermedad, lo cual implica que el proceso afrontamiento está directamente relacionado con ello.

La caracterización de este grupo de mujeres con enfermedad coronaria del Quindío, aporta a las acciones de cuidado de enfermería encaminadas a prevenir la enfermedad y promover la salud cardiovascular en grupos similares.

7. Limitaciones y Recomendaciones

7.1 Limitaciones

Las limitaciones del estudio se relacionaron con procesos de índole administrativo en la institución donde se realizó la investigación, y en especial con algunos servicios donde hay restricciones para el acceso.

7.2 Recomendaciones

- Las recomendaciones que surgen de esta investigación para la línea de investigación, van en caminadas a la elaboración de un instrumento de valoración específico para la mujer con angina que permita conocer de forma concreta y precisa la experiencia del síntoma.
- Se recomienda continuar el proceso investigativo, desde el abordaje de las necesidades que presenta la mujer con angina, de manera que la intervención en este grupo, se realice de forma oportuna y adecuada.
- Elaboración de planes de cuidado para la mujer con angina que contemplen el manejo de factores determinantes, las experiencias de afrontamiento.
- Elaboración y divulgación de programas de prevención y control relacionados con la enfermedad coronaria y sus formas de presentación.
- Desde la práctica, utilizar la información extraída de todo el proceso investigativo desarrollado en la línea en programas de prevención y detección temprana de la enfermedad.
- Desde el ámbito académico es pertinente crear asignaturas, líneas de profundización con énfasis en el cuidado para la salud de la mujer, en todos los niveles de complejidad.
- Socializar los resultados de la investigación a todos los profesionales de la institución con el fin de implementar nuevas guías de manejo para la mujer con angina.

- Es importante resaltar que la teoría de síntomas desagradables de Lenz, brinda una estructura organizada para comprender el síntoma de angina en la mujer con enfermedad coronaria y su relación entre los diferentes factores que se correlacionan en la expresión del síntoma y su forma de presentación, pero el abordaje puede ampliarse, complementarse y nutrirse de otras teorías de mediano rango.
- Teniendo en cuenta los hallazgos específicos de la investigación, el modelo de Sistemas Conductuales de Dorothy E. Johnson, considera a la persona como un sistema conductual compuesto de una serie de subsistemas interdependientes e integrados, se concentra en cómo la persona se adapta a la enfermedad y en cómo el estrés presente o potencial puede afectar la capacidad de adaptación. Desde esta perspectiva, reconocer los desencadenantes que impiden este proceso en la mujer con enfermedad coronaria, posibilita acciones preventivas.
- El tipo de enfoque que oriente el afrontamiento y la adaptación en el marco de vivir con la enfermedad coronaria, determina la calidad de vida de la mujer, por ende trabajar junto con ella en pro de ampliar su visión, optimizará su adaptación, siendo este un propósito para el profesional de enfermería. Roy en su modelo de Adaptación plantea como objetivo el facilitar la adaptación de la persona mediante el fortalecimiento de los mecanismos de afrontamiento.
- De igual manera todas las acciones de enfermería encaminadas a mejorar la condición de vida de la mujer son pertinentes, para este fin se cuenta con la teoría de autocuidado propuesta por Dorothea Orem, su postulado afirma que las actividades de autocuidado se aprenden conforme el individuo madura y son afectados por creencias, culturales hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad.
- A partir de la incursión en esta línea de investigación se realizó una pasantía en el Instituto Mexicano del Seguro Social zona # 36 en Coatzacoalcos, Veracruz México, en el que se compartieron los avances en esta línea y se generó el convenio entre la facultad de Enfermería y Medicina de la Universidad Nacional para permitir la movilidad de estudiantes de posgrado y maestría para compartir y afianzar conocimientos en las áreas de interés.

Anexo 1. Caracterización de los síntomas de angina en mujeres de la ciudad de Armenia.⁸⁹

ENTREVISTA

1. INFORMACIÓN GENERAL:

Fecha _____ No. Historia Clínica _____

Edad: _____ Ocupación: _____

Estado civil _____

Convivencia:

Nivel de escolaridad: _____

Servicio de salud: _____

Procedente _____

Lugar de residencia _____ Teléfono _____

2. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR IDENTIFICADOS POR EL PACIENTE Y/O DOCUMENTADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA:

HTA

DIABETES

TABAQUISMO

DISLIPIDEMIA

OBESIDAD

⁸⁹ RINCÓN, Fanny. Op. cit., p. 115.

SEDENTARISMO
ESTRÉS
CONSUMO ELEVADO DE ALCOHOL
ANTECEDENTES FAMILIARES
OTROS: reporte cateterismo, perfusión miocárdica, cara del IAM

3. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA:

A continuación le presentaré algunas preguntas acerca de su experiencia relacionada con los síntomas que ha presentado y que la llevaron a consultar. Es de nuestro mayor interés que Usted exprese libremente y con sus palabras lo sentido y en general lo vivido durante esta experiencia.

(Grabación en audio).

Pregunta	Observación (Entrevistada)	Observación (Entrevistador)
<p>3.1. Hábleme acerca de la sensación que la hizo consultar: ¿Cómo es esa sensación? (Palabra, lugar, nombre, irradiación, tiempo de duración).</p> <p>Recabación: ¿Esa sensación se movía hacia otra parte del cuerpo?</p> <p>Cuénteme más acerca de esto....</p>		
<p>3.2. ¿Hace cuanto tiempo viene presentando esa sensación?</p> <p>Una hora a un día</p> <p>1 día- un mes</p> <p>1 mes-un año</p> <p>Más de un año</p>		

<p>Recabación: ¿Cuánto dura cada episodio? (minutos, horas, días). ¿Es intermitente o continua?</p>		
<p>3.3. Piense en el momento en que experimentó esa sensación: ¿Qué tan intensa fue? Ver EVA**</p>		
<p>3.4. ¿Con qué otros síntomas se asocia o acompaña?</p> <p>Recabación: Hábleme de ese síntoma acompañante.</p> <p>¿Qué tan intenso es ese otro síntoma?</p> <p>Leve Moderado Severo.</p>		
<p>3.5. Experimentar estos síntomas le ocasiona otras sensaciones o sentimientos? (incomodidad o angustia) Cuénteme más acerca de esto.</p>		
<p>3.6. Ha cambiado algún aspecto o forma de desempeño en su vida como consecuencia de experimentar esta sensación o molestia? (funcional, rol, cognitivo)</p> <p>Recabación: ¿Qué ha significado para su vida</p>		

el experimentar esa sensación o molestia?		
3.7. ¿Sabe Usted en qué consiste su alteración de salud o enfermedad?		
3.8. ¿Qué circunstancias o aspectos cree Usted que han influido para que presente esta sensación o molestia?		
Recabación: ¿Ha notado en qué situaciones se presenta esa sensación o molestia?		

Piense en el momento en que experimentó esa sensación: ¿Qué tan intensa fue? Señale en esta escala esa intensidad: **

Sin dolor _____ El peor dolor
Sin sensación _____ La peor sensación

Anexo 2. Consentimiento informado

Está invitada a participar en el estudio sobre CARACTERIZACION DE LOS SÍNTOMAS DE ANGINA EN UN GRUPO DE MUJERES ADULTAS.

Usted fue seleccionada como posible participante en este estudio porque tiene historia de haber experimentado dolor o molestia en alguna parte del tórax, motivo por el cual fue internada en clínica.

El objetivo del estudio es conocer con mayor detalle la forma como las mujeres con angina describen sus síntomas, cómo los interpretan y lo que hacen en relación con ellos, con el objeto de suministrarles una atención más oportuna en los diferentes servicios a los que consulta.

Si decide participar, se le pedirá que responda 8 preguntas relacionadas con los síntomas que ha experimentado. Es nuestro interés grabar sus respuestas para asegurar la exactitud del registro de su experiencia tal como la describe. Estas cintas serán mantenidas en un lugar asegurado hasta que sus respuestas sean transcritas. Después de la transcripción, se grabará encima, o serán destruidas.

Si NO desea que sus respuestas sean grabadas, no se hará y el registro de realizará por escrito, sin afectar el desarrollo de la entrevista.

Puede escoger no participar en este estudio de investigación, en cuyo caso no afectará la atención que Usted recibe del personal de salud.

De igual forma, si ha decidido participar, es libre de retirar su consentimiento y detener la entrevista en cualquier momento, sin perjuicio para Usted o la atención que recibe de su servicio de salud.

Cualquier dato que sea publicado en revistas científicas, no revelara la identidad de las personas participantes.

Firma del participante.

Firma del investigador.

Fecha.

Anexo 3 Solicitud autorización, para utilizar la entrevista semiestructurada

Armenia, martes 14 de septiembre de 2010.

Profesora.
FANNY RINCON OSORIO.
Directora de Tesis.

Apreciada profesora:

Cordial saludo, de la manera más atenta me dirijo a usted con el fin de solicitar su autorización, para utilizar la entrevista semiestructurada empleada en la caracterización de los síntomas de angina en un grupo de mujeres adultas con cateterismo cardiaco positivo para enfermedad coronaria en el marco de referencia de la teoría de los síntomas desagradables de Lenz y colaboradores

(Tesis para optar al título de maestría en Enfermería con énfasis para el cuidado de la salud cardiovascular) Universidad Nacional de Colombia; 2007.

Con el objetivo de implementarla en la investigación que se llevara a cabo en la ciudad de Armenia; "Caracterización de los síntomas de angina en mujeres post síndrome coronario agudo en el marco de la teoría de Lenz y cols" a cargo de la estudiante **OCHOA LARROTA YAMILE 52160217** del Programa de maestría en Enfermería en convenio con la Sede Manizales.

Por su inmensa colaboración de antemano muchas gracias.

Cordialmente,

Yamile Ochoa Larrota.
Estudiante de Maestría en enfermería.
Con énfasis para el cuidado de la salud cardiovascular

Anexo 4. Calidad: categorías emergentes



Anexo 5. Consecuencias

CONSECUENCIAS: CATEGORÍAS EMERGENTES



Anexo 6. Afrontamiento



Anexo 7. Afrontamiento y vulnerabilidad

**EXPOSICIÓN AL
RIESGO**

**RIESGO DE NO TENER
RECURSOS PARA
RESPONDER**

The diagram consists of a large blue arrow pointing downwards and to the right. The arrow starts from the left side of the page. In the middle of the arrow, there is a red oval containing the text 'RIESGO DE NO TENER RECURSOS PARA RESPONDER'. The arrow ends on the right side of the page, pointing towards the text 'POTENCIALIDAD DE RECIBIR CONSECUENCIAS COMO RESULTADO DEL FACTOR'.

**POTENCIALIDAD DE
RECIBIR CONSECUENCIAS
COMO RESULTADO DEL
FACTOR**

BIBLIOGRAFÍA

AGUADO, María; MÁRQUEZ, Soledad y BUZÓN, María. Diferencias entre mujeres y varones en el acceso a procedimientos cardiovasculares intervencionistas en los hospitales públicos de Andalucía [en línea]. En: RevEspCardiol. 2006, vol. 59 no. 8. Disponible en Internet: http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet?f=10&pidet_articulo=13091882&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=25&ty=122&accion=L&origen=cardio&web=http://www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v59n08a13091882pdf001.pdf

ALFONSO, Fernando; BEJARANO, Javier y SEGOVIA, Javier. Enfermedades cardiovasculares en la mujer: ¿por qué ahora? [en línea] En: Rev. Esp. Cardiol. 2006, vol. 59 no. 3. Disponible en Internet: <http://www.revespcardiol.org/es/enfermedades-cardiovasculares-mujer-por-que/articulo/13086083/>

ANDRÉU, Abela Jaime. Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. Universidad de Granada. Departamento de sociología. Fundación Centro de Estudios Andaluces, 2002. 34 p.

ARBISER, Samuel. Sobre adaptación e incidencia somática. En: Psicoanálisis APdeBA. 2000, Vol. 22 no. 1.

BERELSON, Bernard and LASZARFELD P.F. The analysis in Communications Content. University of Chicago and Columbia University. 1948. Citado por: ANDRÉU ABELA, Jaime. Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada [en línea]. En: Centro de estudios Andaluces. 2001. Disponible en Internet: <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>

CALDERON, Jorge et al. Prevalencia y evolución de síntomas depresivos en pacientes hospitalizados por infarto agudo al miocardio y su relación con procedimientos de revascularización. En: Rev. méd. Chile. 2010, vol. 138 no. 6.

CALDWELL, Mary and MIASKOWSKI, Christine. The Symptom experience of angina in women. In: Nursing. 2000, vol. 1 no. 3.

CHIOZZA, Luis. A. *Afecto y Afecciones: Los afectos ocultos en la enfermedad del cuerpo*. Buenos Aires: Libros del Zorzal. 2008.

COLOMBIA. Centro Nacional de Consultoría. *Encuesta mujer y enfermedad cardiovascular*. Bogotá: septiembre de 2008.

COLOMBIA. Defensoría del Pueblo. Informe de Riesgo No.01406 Al. En: Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH, Diagnóstico departamental Quindío. 2007.

CONTRERAS, Françoise et al. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. En: Acta Colombiana de Psicología. 2007, vol. 10 no. 2.

CORONA, Francisca et al. Prevención de Conductas de Riesgo. En: Rev de medicina Clinca. 2011, vol. 1, no. 68-75.

CORTÉS, Luis Alberto. Tipificación de los síntomas del dolor torácico tipo isquémico en la mujer a la luz de la teoría de los síntomas desagradables. Tesis. Maestría en Enfermería con énfasis en cuidado para la salud cardiovascular. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2006.

De ACOSTA, Carmen y De VILALOBOS, Maria. Minitexto "Tesis I". Facultad de Enfermería. Maestría en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. I semestre 2006.

De La CUESTA BENJUMEA, Carmen. Las mujeres y el manejo de un síntoma: de la valoración a la selección. En: Salud Pública de México. Marzo a abril, 1999, vol. 41 no. 2.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE). Estadísticas vitales 2011. [en línea]. [Consultado mayo 2013]. Disponible en Internet: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&id=73&Itemid=119

DUBORDIEU, Margarita. Aportes de la Psiconeuroendocrinología (PNIE). En el abordaje de las alteraciones cardiovasculares. En: Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) "Estrés y Procesos de Salud y Enfermedad" [curso en línea]. Montevideo, Uruguay: Centro Humamana.

FIGUERAS, Jaume. Mayor mortalidad en la angioplastia primaria en la mujer. ¿Sigue el enigma del sexo? [en línea] En: Rev. Esp. Cardiol. 2006, vol. 59 no. 11. Disponible en Internet: <http://www.revespcardiol.org/en/mayor-mortalidad-angioplastia-primaria-mujer-articulo/13096146/>

FOX, Kim et al. Guía sobre el manejo de la angina estable. Versión resumida. En: Revista Española de Cardiología. 2006, vol. 59 no. 9.

GÓMEZ MENDOZA, Miguel Angel. Análisis de contenido cualitativo y cuantitativo: Definición, clasificación y metodología [en línea]. En: Revista de ciencias humanas de la UTP. Mayo del 2000, no. 20. Disponible en Internet: <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev20/gomez.htm>

HERAS, Magda. Cardiopatía isquémica en la mujer: presentación clínica, pruebas diagnósticas y tratamiento de los síndromes coronarios agudos. En: Revista Española de Cardiología. 2006, vol. 59 no. 4.

HWANG, Seon Young; GEUN Ahn and MYUNG, Ho Jeong. Atypical symptom cluster predicts a higher mortality in patients with first-time acute myocardial infarction. In: Korean Circulation Journal. 2012, Department of Nursing, Chosun University College of Medicine, Gwangju. The Korean Society of Cardiology.

JARAMILLO, Natalia. Enfermedad Coronaria. En: Enfermería cardiovascular. Bogotá Colombia: Distribuna. 2008.

JARAMILLO, Nicolás Ignacio y TORRES, Yolanda. Aspectos epidemiológicos de la enfermedad cardiovascular: factores de riesgo a la luz de Framingham. En: Revista CES MEDICINA. Julio Diciembre / 2004, vol. 18 no. 2.

KRIPPENDORFF, Klaus. Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica. Barcelona. Buenos Aires: Paidós Comunicación. 1990.

LAHAM, Mirta. Psicocardiología su importancia en la prevención y la rehabilitación coronarias. En: Suma Psicológica. marzo 2008, vol. 15 no. 1.

LENZ, Elizabeth et al. Desarrollo colaborativo de teorías de enfermería de rango medio: Hacia una teoría de síntomas desagradables. En: Advances in Nursing Science. 1995, vol. 17 no. 3.

LESMESS, Daniel. Uno se aburre: Heidegger y la filosofía del tedio. En: Revista de Filosofía. Universidad Complutense de Madrid, 2009, II Época no. 4.

LEVY, D. et al. The progression from hypertension to congestive heart failure. In: JAMA. May 22-29, 1996, vol. 275 no. 20.

LOEB, Susan and ZBIERAJEWSKI, Samantha. Myocardial Infarction in women: promoting symptom recognition, early diagnosis, and risk assessment. In: Dimensions of critical care nursing. February. 2009, vol. 28 no. 1.

MEDINA, Lina Orisel. Estado del arte de estudios de investigación sobre enfermedad coronaria en la mujer durante el periodo de 1998 hasta el año 2008 [en línea]. Tesis. Maestría en enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. Disponible en Internet: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4875/#sthash.Uh0PjKM0.dpuf>

MILLÁN, Eillen Maryibe y DIAZ, Luz Patricia. Experiencia del dolor torácico en la mujer con infarto del miocardio. En: Avances en enfermería. 2009, vol. 27 no. 2.

MILLER, Christine. Cue sensitivity in Women with cardiac disease. In: Progress in Cardiovascular Nursing. June 2000, vol. 15 Issue 3.

NAVARRO, Pablo y DÍAZ, Capitolina. Análisis de Contenido. En: Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales. Citado por: DELGADO, Juan y GUTIÉRREZ, Juan Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Capítulo 7. Madrid: Síntesis. 1998.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. (OMS). Enfermedades cardiovasculares [en línea]. En: Temas de salud. [Consultado febrero 15, 2013]. Disponible en Internet: http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/es/

POLIT, Denise y HUNGLER, Bernadette. Investigación científica en ciencias de las salud. 6a. ed. Mexico: Mc Graw-Hill Interamericana, S.A. 2000.

RINCON O, Fanny et al. Caracterización de los síntomas de angina en un grupo de mujeres con prueba de esfuerzo positiva [en línea]. En: Rev. Col. Cardiol. Bogotá, jul. 2007, vol. 14 no. 3. Disponible en Internet: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332007000300005

RINCON, Fanny. Análisis de contenido: las bondades de la interpretación de los textos para la comprensión de fenómenos en enfermería. Bogotá: Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 2012. [en proceso de publicación]

_____. Caracterización de los síntomas de angina en un grupo de mujeres adultas con cateterismo cardiaco positivo para enfermedad coronaria en el marco de referencia de Lenz y colaboradores. Tesis. Maestría de Enfermería con énfasis para el cuidado para el Cuidado de la Salud Cardiovascular. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2007.

ROMERO, Elizabeth. Caracterización de los síntomas de angina de pecho en mujeres a la luz de la teoría de los síntomas desagradables. En: Capítulo de Enfermería de la Sociedad Colombiana de Cardiología. Enfermería cardiovascular. Bogotá: Ed. Distribuna. 2008.

ROSENFELD, Anne; LINDAUER, Alison and DARNEY, Blair. Understanding treatment – Seeking Delay in Woman with acute Myocardial infarction: Descriptions of Decision – Making Patterns. In: American Journal of Critical Care. July 2005, vol. 14 no. 4.

SÁNCHEZ LÓPEZ, María del Pilar. Personalidad y salud: relación entre la ansiedad y respuesta inmune en la mujer. En: Mujer y salud. Ed. Díaz de Santos. 2003.

SÁNCHEZ, Beatriz. La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica. En: Investigación y educación en enfermería. 2001, vol. 19 no. 2.

_____. Abordajes teóricos para comprender el dolor humano. En: Aquichan. octubre 2003, vol. 3.

SMITH, Timothy and FROHM, Karl. What's sounhealthy about hostility? Construct validity andpsychological correlates of the Cook and Medley Ho scale. In: Health Psychology. 1985, vol. 4 no. 6.

SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA Y CIRUJIA CARDIOVASCULAR. Guías de Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del Segmento ST [en línea]. En: Guías de atención Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Bogotá, Colombia. Diciembre 2008, vol. 15 suplemento 3. Disponible en Internet: <http://scc.org.co/blog/2012/08/guias-de-sindrome-coronario-agudo-sin-elevacion-del-segmento-st/>

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 línea]. En: Avances en Enfermería. Jul-dic. 2007, vol. 25 no. 2. Disponible en Internet: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv2_6.pdf

_____. Factores que intervienen en la demora de la solicitud de atención médica y/o de enfermería en mujeres que presentan dolor torácico de origen coronario. Tesis. Maestría en Enfermería con énfasis en salud cardiovascular. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2006.

STRAUSS, Anselm y CORBIN, Juliet. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada [en línea]. 1a. ed. en Español. Traducción Eva Zimmerman. Revisión técnica de la traducción: Carmen de la Cuesta Benjumea, Clara Inés Giraldo Molina, Gloria María Franco. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Medellín: Contus Editorial Universidad de Antioquia. 2002. Disponible _____ en _____ Internet: http://www.academia.edu/949983/Bases_de_la_investigacion_cualitativa._Tecnicas_y_procedimientos_para_desarrollar_la_Teoria_Fundamentada

TAGER, Débora. Heridos corazones. Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. Buenos aires: PAIDÓS. 2009.

VEGAS JAVIER, María Yolanda. Indefensión de género, aprendiendo a ser agredidas [en línea]. En: Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género. (9: enero 31 2012: Sevilla, España). Memorias. Disponible en Internet: www.oei.es/congresoctg/memoria/pdf/Vegas.pdf

WELIN, C.; LAPPAS, G. and WILHELMSEN, L. Independent importance of psychosocial factors for prognosis after myocardial infarction. In: J Intern Med. 2000, vol. 247 no. 6.