



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

La experiencia del desempeño de diferentes roles en la mujer con enfermedad coronaria

Jeny Francenet Castañeda Méndez

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá DC, Colombia

2014

La experiencia del desempeño de diferentes roles en la mujer con enfermedad coronaria

Jeny Francenet Castañeda Méndez

Tesis presentada como requisito para optar al título de:

Magister en Enfermería

Línea de investigación: Cuidado para la salud cardiovascular

Directora

Josefina Manosalva

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá DC, Colombia

2014

A mi esposo David por su constante apoyo y dedicación, por su tiempo, por su paciencia, por acompañarme en mi crecimiento como mujer, esposa, madre, estudiante y aprendiz, cada día fue un reto en todo este proceso de formación.

A mi hijo Tomás por darme parte de su tiempo, por sus sonrisas de aliento, por sus besos y su compañía.

Agradecimientos

A Dios por permitir tenerlo como guía en mi crecimiento personal.

A mi familia por entenderme y apoyarme en el proceso de crecimiento profesional.

A mi amiga incondicional Erika, por su apoyo.

A todas las mujeres que participaron en el estudio fuente de experiencia que enriquecieron mi proceso de formación.

A la Clínica Palermo por permitir ser fuente de investigación.

A la profesora Josefina Manosalva por su paciencia, compañía y asesoría de este trabajo.

A la Facultad de Enfermería, mi casa por siempre.

Resumen

OBJETIVO: Describir la experiencia del desempeño de los diferentes roles en la mujer con enfermedad coronaria.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo interpretativo, con metodología de análisis de contenido, muestreo por saturación de información. Se realizaron dieciocho entrevistas, a mujeres con enfermedad coronaria que cumplían criterios de inclusión.

RESULTADOS: Emergieron tres categorías, que se analizaron a la luz de dos teorías de enfermería, Teoría de las Transiciones de Afaf Meleis y Teoría de los Síntomas Desagradables de Lenz y col: 1. Disminución del desempeño de los roles, con ocho subcategorías, limitación física y social, cuidadores limitan y sobreprotegen, percepción sobre su estado de salud, autolimitación de actividades, preocupación por las situaciones de los hijos y nietos, incertidumbre por la situación de salud, incomodidad que ocasiona a los demás, desinterés de la familia por la mejoría. 2. Apoyo y protección para sobrellevar los roles con cuatro subcategorías, retomar actividades de cada rol, retribución del cuidado, con el cuidado, apoyo de los seres queridos, apoyo con las tareas del hogar. 3. Autocuidado frente al evento cardiovascular con la subcategoría gestiona su autocuidado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: La experiencia de la mujer con diagnóstico de enfermedad coronaria y el desempeño de los roles genera diferentes cambios

X La experiencia del desempeño de diferentes roles en la mujer con enfermedad coronaria

según su capacidad funcional, apoyo familiar y modo de afrontamiento de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE:

- Salud de la Mujer
- Enfermedad coronaria
- Desempeño del rol
- Rol

Abstract

OBJECTIVE: Describe the experience of the performance of different roles in women with coronary disease.

DESIGN, SIMPLE AND PARTICIPANTS: An interpretive qualitative, descriptive study with content analysis methodology, sampling information saturation. Eighteen interviews, were made to women with coronary heart disease who met inclusion criteria.

RESULTS: Three categories emerged, which in the light of two nursing theories, Theory of Transitions Afaf Meleis and Theory of Unpleasant Symptoms of Lenz et al analyzed: 1. Decreased performance of roles, with eight subcategories, physical and social limitations, and caregivers overprotect limited, perception of their health status, self-limitation of activities, concern about the situations of children and grandchildren, uncertainty health status, causing discomfort to others, lack of family improvement. 2. Support and protection for coping with four subcategories roles, each role activities resume, compensation of care, the care, support from loved ones, support with household chores. 3. Self-care cardiovascular event compared to the subcategory manages its self.

CONCLUSIONS: The experience of women diagnosed with coronary artery disease and the performance of roles generates different changes according to their functional ability, family support and coping pattern of the disease.

KEYWORDS:

- Women's Health
- Coronary disease
- Role playing
- Role

Contenido

Resumen.....	IX
Abstract.....	XI
Lista de figuras	XVII
Lista de tablas.....	XIX
Lista de abreviaturas	XXI
1. Marco de referencia.....	25
1.1 Área Temática	25
1.2 Área problema	25
1.3 Justificación	40
1.4 Tema de investigación.....	45
1.5 Problema	45
1.6 Objetivo.....	45
1.7 Definición de conceptos.....	45
1.7.1 Experiencia	45
1.7.2 Rol social	45
1.7.3 Enfermedad coronaria	46
2. Marco conceptual	47
2.1 Teoría de las transiciones de Afaf Meleis.....	47
2.2 Teoría de los síntomas desagradables.....	55
2.3 Roles desempeñados por la mujer	57
2.3.1 Marco histórico	57
2.3.2 Surgimiento de los roles	64
2.4 Enfermedad coronaria en la mujer y roles sociales.....	71

3. Marco del diseño	83
3.1 Diseño de la investigación	83
3.2 Etapas del estudio	84
3.3 Rigor metodológico	84
3.4 Participantes y muestra	86
3.4.1 Participantes	86
3.4.2 Muestra	86
3.5 Criterios de inclusión y exclusión.....	87
3.5.1 Criterios de inclusión de las participantes	87
3.5.2 Criterios de exclusión	87
3.6 Procedimiento investigativo	88
3.6.1 Ubicación y selección de los informantes.....	88
3.6.2 Diseño de plan de recolección de la información	89
3.6.3 Autoobservaciones	89
3.6.4 Entrevista.....	90
3.6.5 Grabación	92
3.6.6 Diseño de las preguntas de la entrevista.....	92
3.6.7 Proceso de recolección de la información	92
3.6.8 Transcripción y procesamiento de las entrevistas.....	93
3.6.9 Proceso de análisis de la información	94
3.6.10 Inmersión en el campo.....	97
3.7 Riesgos del diseño	98
3.7.1 Consideraciones éticas.....	98
4. Marco de análisis y resultados	102
4.1 Caracterización demográfica de los informantes.....	102
4.2 Descripción y análisis de las categorías a partir de las expresiones de las informantes.....	103
4.2.1 Categoría: Disminución del desempeño de los roles	105
4.2.2 Categoría: Apoyo y protección para sobrellevar los roles	114
4.2.3 Categoría: Autocuidado frente al evento cardiovascular	119
4.3 Descripción y análisis de las categorías según los referentes teóricos de enfermería y otros estudios relacionados con el fenómeno	122
4.3.1 Análisis de los resultados a la luz de la Teoría de las transiciones de Afaf Meleis.....	122

4.3.2	Análisis de los resultados a la luz de la Teoría de los síntomas desagradables de Lenz.	126
4.3.3	Estudios relacionados con el fenómeno.	129
4.3.4	Relación de subcategorías, árbol de nodos.	134
5.	Conclusiones	137
5.1	Recomendaciones	139
5.1.1	Para la práctica	139
5.1.2	Para la docencia	140
5.1.3	Para la disciplina.....	140
5.1.4	Para la Investigación	141

Lista de figuras

Figura 2–1. Teoría de las Transiciones de Afaf Meleis.....	48
Figura 2–2. Teoría de los síntomas desagradables.....	55
Figura 4–1. Categoría: Disminución del desempeño de los roles.....	105
Figura 4–2. Categoría: Apoyo y protección para sobrellevar los roles	114
Figura 4–3. Categoría: Autocuidado frente al evento cardiovascular	119
Figura 4–4. La experiencia del desempeño de los diferentes roles en la mujer con enfermedad coronaria	121
Figura 4–5. Análisis de los resultados de la luz de la Teoría de las transiciones de Afaf Meleis	122
Figura 4–6. Análisis de los resultados de la luz de la Teoría de los Síntomas Desagradables de Lenz.	126
Figura 4–7. La experiencia del desempeño de los diferentes roles en la mujer con enfermedad coronaria, relación de subcategorías, árbol de nodos.....	134

Lista de tablas

Tabla 3-1. Número de participantes, tiempo duración de entrevista y tiempo duración de transcripción.	94
Tabla 3-2. Ejemplo de subcategorización y categorización de la información.....	97
Tabla 4-1. Categorías, subcategorías de la experiencia del desempeño de los diferentes roles en la mujer con enfermedad coronaria.	103

Lista de abreviaturas

Abreviatura	Término
--------------------	----------------

<i>CHD</i>	Coronary heart disease
------------	------------------------

<i>MONICA</i>	Multinational Monitoring of trends and determinants in Cardiovascular disease
---------------	--

Introducción

Las enfermedades cardiocerebrales siguen ocupando el primer lugar de mortalidad y discapacidad en la mujer de mediana edad, se encuentran en el grupo de enfermedades crónicas con más alto impacto en la población, por lo que se hace necesario dar relevancia a las experiencias vividas por las mujeres y entrar en contacto con aspectos reales de la enfermedad y no con imaginarios.

Los roles sociales hacen parte de la cotidianidad de la mujer, y se constituyen en un fenómeno en donde la mujer le da unos significados, para asumir la vida con propósitos claros, el sentido que le asignan a la vida de muchas mujeres depende de las influencias culturales y de la evolución de la sociedad.

Pero en la mujer con enfermedad coronaria los roles sociales pueden tener algunas consideraciones relacionadas con el contexto en donde se desarrollen, por tanto se deberá entender la evolución propia de la enfermedad y los ajustes que debe hacer la mujer una vez instaurada la enfermedad.

El objetivo del estudio fue describir cual es la experiencia en el desempeño de los diferentes roles en la mujer con enfermedad coronaria, teniendo en cuenta el área problema donde se origino el estudio, y es la enfermedad coronaria puede influir en el desempeño de los roles sociales, ya que poco se sabe sobre este aspecto.

Este estudio fue de abordaje cualitativo de tipo descriptivo interpretativo, a través de entrevistas individuales se obtuvo la información, teniendo en cuenta una guía temática que permitió profundizar sobre el tema, y recabar información según lo

analizado. El análisis de la información se hizo por medio del análisis de contenido, que permitió generar unidades de análisis, subcategorías y categorías y los referentes teóricos de enfermería que se tuvieron en cuenta para la argumentación de la información fueron dos teorías de enfermería, la Teoría de las Transiciones de Afaf Meleis y Teoría de los Síntomas Desagradables de Lenz y colaboradores.

1. Marco de referencia

1.1 Área Temática

El área temática donde se desarrolla esta investigación es enfermería cardiovascular, dentro del grupo de investigación Cuidado para la salud cardiorrespiratoria en la sublínea de investigación Cuidado a la mujer con enfermedad coronaria, pero desde su enfoque social se pretende abordar un fenómeno y es el de los roles desempeñados por la mujer con enfermedad coronaria.

1.2 Área problema

En general, las enfermedades cardiocerebrales siguen ocupando la primera causa de muerte en el mundo en la última década y se asocian al grupo de enfermedades crónicas que más cobran vidas.

La enfermedad cardiovascular en la mujer es un problema de salud pública en el mundo, por las elevadas cifras de mortalidad y morbilidad; está considerada según la Organización Panamericana de la Salud dentro del grupo de Enfermedades no transmisibles, como una epidemia global, que va en aumento en la región de las Américas. (Anchique, 2011)

El riesgo de enfermedad coronaria aumenta con la edad y es más dramático en mujeres que en hombres, la incidencia de enfermedad coronaria es más baja en mujeres pre menopáusicas que en hombres, después de la menopausia el riesgo de muerte para enfermedad coronaria aumenta en la mujer. (Ali, 2002)

Como enfermedad crónica tiene un impacto en la sociedad, por la discapacidad que genera y la dependencia de otros, además de la baja calidad de vida que pueden tener algunas mujeres después del diagnóstico de la enfermedad; que puede repercutir en los cuidadores, en la familia, en las actividades cotidianas, en la vida laboral, lo que hace trascendente que el personal de salud y más específicamente enfermería trabaje conjuntamente, en brindar un cuidado integro a la población que sufre esta enfermedad, especialmente las mujeres.

La enfermedad coronaria en la mujer tiene que ser apreciada desde todos los enfoques, tanto físico, psicológico, social y emocional. La presentación de la enfermedad tiene ciertas connotaciones que deben ser tenidas en cuenta a la hora de dar un diagnóstico, de su tratamiento, de su recuperación y rehabilitación, por la existencia de algunas diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al desarrollo y afrontamiento a la enfermedad.

Como se mencionó anteriormente, la tasa de mortalidad después de un infarto agudo de miocardio es más alta en mujeres que en hombres, esto puede ser atribuido a falta de modificación de factores de riesgo, (Banner, Miers, Clarke, & Albarran, 2011) disminución del apoyo social, disminución de la actividad física, cambios en el desempeño de sus roles. (Echeverry, Jerez, Martinez, Ortiz, & Vergara, 2007)

Las diferencias fisiológicas y sociológicas únicas entre las mujeres y los hombres hacen un mayor estudio de las experiencias y percepciones importantes para los proveedores de cuidado de la salud de la enfermedad coronaria (Miller, 2002) y su impacto en los roles desempeñados por la mujer.

El afrontamiento de la mujer ante los síntomas de angina depende de su percepción, apoyo social y cultura. (Barragan, 2004) Un aspecto fundamental que forma parte de la mujer y de la vida cotidiana de la mujer son los roles sociales que ejerce, se han descrito algunos que tienen más relevancia que otros, sin

embargo, se debe contextualizar a la mujer dentro de una sociedad en la que esta inmersa y en la que recaen funciones que a través de la historia han sido meramente de tipo femenino, como el cuidado de los hijos, el cuidado de su hogar y el cuidado de su esposo o pareja. Para hablar de roles sociales se deben contemplar varios, porque la mujer no solo desempeña un rol, sino varios a la vez, por lo que en la literatura se habla del concepto de múltiples roles. Con este concepto se han encontrado algunas revisiones sobre el desempeño de múltiples roles asociados con bienestar y salud en la mujer; donde se ha relacionado los roles sociales con percepción de la salud, surgió entonces la Teoría del ensanchamiento o expansión, según la cual ejercer múltiples roles aumenta las posibilidades de mayores recompensas, recursos y mejores estrategias de afrontamiento. Otro concepto encontrado en la literatura es la calidad de rol, que se refiere a lo que puede afectar negativamente o positivamente ese rol, que puede depender de otros, entonces intervienen cantidad y calidad de roles, que puede asociarse con el bienestar.

Al respecto es importante considerar que poco se sabe sobre las experiencias de las mujeres con enfermedad coronaria y el desempeño de los roles sociales, y la influencia en la vida cotidiana de la mujer, lo que hace necesario, para conocer los factores que podrían afectar la salud física y psicológica de la mujer, el desempeño de los roles sociales después de la enfermedad coronaria y su impacto en la vida cotidiana.

Dentro de los antecedentes del área problema es importante la consolidación del estado del arte relacionado con enfermedad coronaria y roles sociales en la mujer. En la revisión de la literatura, a través de las diferentes bases de datos (MEDLINE, LILACS, SCIELO) literatura gris y artículos indexados, se encontraron datos muy relevantes relacionados con enfermedad coronaria en la mujer, sin embargo, solo se encontraron pocos artículos que abordaban el problema de los roles sociales con enfermedad coronaria específicamente cuando la mujer se beneficia de algún tipo de tratamiento. Adicional se encontró que los dos temas más

desarrollados en investigación de enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia son los relacionados con factores de riesgo cardiovascular en la mujer y la caracterización de los síntomas de dolor torácico en la mujer. Sin embargo, el tema de roles desempeñados por la mujer está más desarrollado en el campo social y psicológico, que en el de la enfermería, algunos estudios de tipo cualitativo han explorado aspectos como los cambios de rol, otros mencionan los diferentes roles asumidos por la mujer, pero no exploran más a fondo sobre la experiencia de los roles en la mujer con enfermedad coronaria.

Se encontraron 7 estudios sobre roles sociales asociados a enfermedad coronaria, Plach (S K Plach & Heidrich, 2001) realizó un estudio sobre las percepciones de las mujeres y sus roles sociales después de cirugía cardíaca y angioplastia coronaria, encontrando que la salud física puede influenciar sobre los roles sociales y generar poco bienestar.

En otro estudio Plach (Sandra K Plach, Napholz, & Kelber, 2001) analizó las diferencias en la ansiedad y la experiencia de los roles entre tres grupos de edad de mujeres con enfermedad coronaria; encontró que las mujeres de menor edad tenían menos recompensas ante las preocupaciones y una pobre relación entre la función ideal con la función real del papel, lo que puede aumentar la ansiedad en este grupo de mujeres, ocasionando menor bienestar. Adicionalmente, Plach (Sandra K Plach & Heidrich, 2002) también realizó un estudio sobre calidad de rol social, salud física y bienestar psicológico en las mujeres después de cirugía cardíaca, donde resaltó que las mujeres que tenían alta calidad en el rol, tenían niveles más altos de propósitos en la vida, de relaciones positivas y autoaceptación y niveles más bajos de ansiedad y depresión. Otro estudio realizado por Plach (Sandra K Plach, 2007) sobre el bienestar psicológico en mujeres con falla cardíaca y su impacto en los roles sociales revela información sobre diferencias significativas para la ansiedad y las experiencias de roles por edad. En comparación con las mujeres de más edad, las mujeres de mediana edad tuvieron menor balance entre las recompensas del rol y las preocupaciones

del rol y una pobre relación entre el rol ideal y el rol real, que puede ser un factor que contribuye al aumento de la ansiedad.

Norris (C. M. Norris, Murray, Triplett, & Hegadoren, 2010) quiso explorar si las diferencias de género con respecto al estado de salud, persistían o eran diferentes a causa de los roles sociales, encontrando que la edad, la anatomía coronaria, la fracción de eyección, la limitación física, la frecuencia de angina y las variables de roles de género eran las responsables del 51% de varianza en la calidad de vida, lo que hace importante avanzar un poco más sobre el papel de los roles sociales sobre la calidad de vida en la mujer con enfermedad coronaria.

Echeverry y otros, (Echeverry et al., 2007) realizaron una revisión documental, que pretendió identificar aspectos relacionados con la influencia entre el rol y el dolor torácico en la mujer, realizando crítica de investigación e identificación del tema de interés. Dentro de la revisión se encontró que los roles que mayor se afectan en la mujer con dolor torácico son: laboral, madre, ama de casa, esposa y cuidadora, adicional se encontraron el rol de paciente y autocuidadora.

Digiacomio (DiGiacomo, Davidson, Zecchin, Lamb, & Daly, 2011) quiso comprender mejor el impacto de los roles de la mujer en la salud y evaluó la percepción del rol de la mujer en un grupo de participantes en rehabilitación cardíaca, se encontró que el cuidado puede ser tanto positivo como negativo, le da un sentido de propósito, significado y conexión con la comunidad, así como la carga y el conflicto. Se debe tener más énfasis en la promoción de estrategias de las mujeres para lograr un equilibrio entre las responsabilidades del cuidado y la priorización de la salud cardiovascular.

Aunque se dispone de pocos estudios sobre roles sociales y enfermedad coronaria, de alguna manera se ha contemplado en otros estudios aspectos relacionados con los roles sociales, no siendo el objeto de estudio, sino hallazgos

dentro de las investigaciones, donde los roles sociales tienen algo que ver dentro del contexto de enfermedad coronaria en la mujer, al respecto se encontró que:

Banner (Banner et al., 2011) describió las experiencias de las mujeres con revascularización coronaria, las participantes se enfrentaron a interrupciones de estilo de vida en su intento de normalizar sus limitaciones privadas y reducir al mínimo la exposición pública de la enfermedad, con respecto a los roles identificó que las pérdidas en el hogar y adaptarse a un nuevo funcionamiento y cuidado fueron profundamente estresantes. Con respecto al apoyo social en los pacientes con enfermedad coronaria y para disminuir el riesgo de reinfarto, recomendaron una actividad física regular, lo que ha demostrado disminución de la mortalidad, incorporación a la vida cotidiana y mejor bienestar.

Al respecto las mujeres tuvieron un alto grado de declinar, con respecto a la actividad física y de abandonar los programas de rehabilitación, ya que se tuvo en cuenta la edad, enfermedades previas y actividad física previa lo que dificultó la incorporación y estabilización en una rutina de ejercicio. (Blumenthal et al., 2004) En otro estudio con mujeres sometidas a cirugía de corazón, con respecto a los roles describieron la necesidad de recuperar la independencia, adaptarse a la nueva condición, reajustar sus actividades y más apoyo social para satisfacer sus necesidades. (A. W. Robinson, 2002)

Schulz (Schulz, Zimmerman, Pozehl, Barnason, & Nieveen, 2011) realizó un análisis secundario cuyo objetivo fue describir las estrategias de control de síntomas utilizados por los pacientes de edad avanzada 3 y 6 semanas después de revascularización coronaria, con relación a sus actividades cotidianas, reportaron que no alteraron sus rutinas para gestionar el síntoma. Kendel (Kendel et al., 2011) analizó si el valor predictivo de género para la salud, relacionado con calidad de vida es independiente del estado clínico de salud y depresión. Los resultados sugieren que el género es un marcador para el desempeño de funciones, independientemente del estado de salud y la depresión clínica. Las

medidas de rehabilitación destinados a las necesidades específicas de las mujeres podría ayudar a mejorar su calidad de vida. Treat- Jacobson (Treat-Jacobson & Lindquist, 2007) quiso observar las relaciones entre el comportamiento del ejercicio, el estado funcional, los síntomas y calidad de vida 5 a 6 años después de la revascularización coronaria, encontró que el ejercicio regular y una mejor situación funcional se relacionaron con menos falta de aliento y fatiga, más satisfacción y calidad de vida.

Moore (Moore, Kimble, & Minick, 2010) realizó un estudio cuyo propósito fue explorar las percepciones de riesgo de enfermedades del corazón y examinar las percepciones de riesgo de reducción de comportamientos en las mujeres con enfermedad coronaria conocida. Los datos indicaron que, durante los períodos estables de la trayectoria de las enfermedades del corazón, las mujeres no entendían la cronicidad de su enfermedad y no podían reconocer la importancia de reducir el riesgo de futuros eventos cardíacos. Kristofferzon (Kristofferzon, Löfmark, & Carlsson, 2003) analizó las diferencias de género en el afrontamiento y apoyo social del infarto agudo del miocardio. Las mujeres con enfermedad coronaria tienen desventajas en la parte física, social y médica en relación con los hombres, que pueden influir en su percepción de la recuperación después de eventos cardíacos. Para muchas mujeres, especialmente las mayores, los deberes y responsabilidades de los hogares pueden ser una base para la rehabilitación cardíaca. Hammarstrom (Harryson, Novo, & Hammarström, 2012) en su estudio quiso analizar la importancia de las relaciones de género para los síntomas depresivos después de tomar los factores socioeconómicos y los síntomas depresivos previos en una cohorte sueca. Cuando se trata de determinantes de las diferencias de género en los síntomas depresivos, la atención se centra principalmente en los determinantes biológicos, pero poco se sabe sobre determinantes sociales de género. La exposición de determinantes sociales tuvo en cuenta el nivel socioeconómico, la tensión financiera, desigualdad de género en la relación de pareja y la división de responsabilidades en el trabajo doméstico.

Al- Hassan(Al-Hassan & Sagr, 2002) identificó las fuentes de estrés, y examinó la significación, características sociodemográficas y las características de salud en la predicción de estrés en pacientes con infarto del miocardio en el período de alta temprana, encontró que la mayoría de los pacientes experimentaron un nivel moderado de estrés, dentro de las preocupaciones más importantes estuvieron: el hecho de tener varias personas para la atención, otro ataque al corazón y que la pareja se preocupó demasiado por su salud. Dentro de los predictores de estrés se encontraron la edad, género, ingresos, frecuencia de episodios de dolor y recomendaciones para dejar de fumar. Como resultado se obtuvo que en el alta temprana de los pacientes con infarto del miocardio se preocuparon por su papel social, las relaciones interpersonales y la salud personal lo que puede exacerbar los síntomas y su cuidado a futuro.

Sjöström (Sjöström-Strand & Fridlund, 2007) realizó un análisis cualitativo del estrés en la vida cotidiana de la mujer antes y después de un infarto agudo del miocardio. El objetivo fue describir y explorar las percepciones del estrés en las mujeres antes y después de un infarto de miocardio, el estrés fue un factor determinante, atribuyéndolo a los diferentes papeles que tenían que mantener en la vida privada y profesional, después del alta hospitalaria sintieron temor de volver a casa, sabían de la necesidad de ayuda y la comprensión familiar de la situación. Lockyer (Lockyer & Thompson, 2009) en un estudio de tipo cualitativo describió cual es la percepción del papel del estrés psicosocial en el desarrollo de enfermedad coronaria, la evidencia epidemiológica sugiere que el estrés psicosocial puede ser un factor que contribuye en el desarrollo de enfermedad coronaria. Se sugirió que las mujeres encuentran aspectos de su vida doméstica y estrés como factor causal. Staniute (Staniute, Brozaitiene, & Bunevicius, 2013) realizó un estudio cuyo objetivo fue examinar los efectos del apoyo social y eventos estresantes de la vida, en la calidad de vida de los pacientes con enfermedad coronaria. Los datos sobre los eventos estresantes de la vida, apoyo social percibido y la calidad de vida se obtuvieron de los cuestionarios auto

administrados. En las mujeres, tanto en los dominios físicos y psicológicos de la calidad de vida se asociaron sólo con las características sociales, especialmente con el apoyo social percibido.

Emslie (Emslie, 2005) realizó una revisión de literatura cualitativa, encontrándose que los primeros estudios de los pacientes con enfermedad coronaria se llevaron a cabo casi y exclusivamente en hombres y tendieron a generalizar a partir de esta experiencia. La influencia de los roles sociales son importantes, muchas mujeres tuvieron dificultad para conciliar las responsabilidades familiares y los consejos médicos, mientras que los hombres se preocupaban por estar ausentes de su trabajo. Christian (Christian, Cheema, Smith, & Mosca, 2006) en un estudio de tipo cuantitativo propuso evaluar los predictores de calidad de vida relacionados con salud entre mujeres étnicamente diversas, hospitalizadas por enfermedad coronaria y determinaron el impacto de una breve intervención educativa sobre calidad de vida 6 meses posteriores a la hospitalización. Las mujeres que informaron mejoras significativas en la calidad de vida desde el ingreso hasta los seis meses, eran empleadas, casadas, activas físicamente, en rehabilitación cardíaca y sin depresión. Las mujeres que recibieron una intervención educativa tuvieron menos dolor corporal a los seis meses, relacionado con una atención habitual de actividad física. Se encontró entonces que la calidad de vida, la actividad física y el estado civil fueron factores determinantes de la calidad de vida relacionada con salud a los seis meses posteriores a la hospitalización.

Otro estudio en el que se exploró la calidad de vida en la mujer con enfermedad coronaria, se encontró que la edad se asocio negativamente con las limitaciones físicas, pero con una percepción de la enfermedad más positiva, se observó limitación moderada en las actividades físicas y variabilidad de la calidad de vida, las mujeres adultas tendieron a tener mejor calidad de vida por la percepción más positiva de la enfermedad. (Broddadottir, Jensen, Norris, & Graham, 2009)

Como se había mencionado anteriormente en la Facultad de enfermería, de la Universidad Nacional de Colombia en la línea Cuidado a la mujer con enfermedad coronaria se ha trabajado sobre la caracterización de los síntomas, la mayoría de abordaje cualitativo y basados a la luz de la Teoría de los síntomas desagradables de Lenz y colaboradores, la cual contempla 3 grandes constructos: factores que determinan el síntoma, dimensiones del síntoma y consecuencias del síntoma, con respecto a las consecuencias del síntoma donde se contempla el desempeño funcional y cognitivo, se encontró:

Barragán (Barragan, 2004) realizó un estudio descriptivo con abordaje cuantitativo y cualitativo en un grupo de 15 mujeres con historia de dolor precordial remitida por su médico tratante para prueba de esfuerzo, se encontraron los principales factores de riesgo, las descripciones de los síntomas de angina, el alivio y afrontamiento de estos síntomas y la integración de los roles en la vida cotidiana, esto permitió que se abordará a la mujer individualmente, por parte del equipo de salud, lo que mejoraba la comunicación, pudiendo expresar mejor su experiencia, con ello se consiguió mejor pronóstico y mejores resultados. El afrontamiento de la mujer ante los síntomas de angina dependió de su percepción, apoyo social y cultura. La integración del rol no se vio afectada, desempeñaban sus roles y se apoyaban en sus familias.

Campo (Campo, 2007) realizó un estudio descriptivo exploratorio, donde utilizó la Teoría de los Síntomas Desagradables para la caracterización del dolor torácico tipo isquémico en la mujer, refirió que existen diferentes formas de expresar el síntoma relacionado con estrés y antecedentes familiares, situaciones conflictivas, vida sedentaria, cambios en el rol por ser dependiente, cambios en la autoestima, también manifestaron cambios en las conductas de autocuidado y relaciones familiares. Millán (Millan, 2008) en otro estudio describió la experiencia del dolor torácico en la mujer con infarto agudo del miocardio, en lo relacionado con las consecuencias del dolor en la percepción, la comunicación y movimiento, refiriendo que creen que el tiempo pasa lentamente y su percepción lo que hace que se incremente las sensaciones de incapacidad física y del habla, lo que limita

la necesidad de expresar ayuda. En otro estudio realizado por Nader (Nader & Blanco, 2006) sobre factores psicológicos y fisiológicos que llevan a la presentación de angina en la mujer se encontró, que estos factores no se tuvieron en cuenta en el momento de valoración; es necesario mantener una red de apoyo social y vínculos familiares fuertes para ayudar a superar dificultades. Dentro de los factores sociales se valoraron una serie de características de tipo social como nivel de educación, redes de apoyo, seguridad social, empleo, estatus económico y rol, específicamente el rol de madre, esposa e hija, el ser cabeza de hogar y por aspectos como dar prioridad a otros compromisos. Se identificó el estrés como predominante en la mujer por diversas causas, las emociones negativas y disminución de la calidad de vida como factores que impactan negativamente la salud cardiaca.

Buitrago (Buitrago, 2010) realizó un estudio cualitativo descriptivo cuyo objetivo fue describir la experiencia de las mujeres en la etapa aguda postinfarto agudo del miocardio, para identificar la presencia de sintomatología que pueda sugerir estados depresivos. El análisis mostró la existencia de cinco categorías núcleo significados, sentimientos, incertidumbre, cambios y reconocimiento de recursos de apoyo; dentro de estas, se encontraron categorías y subcategorías reveladoras de riesgo de depresión, confirmando así la existencia de este fenómeno en este tipo de pacientes.

Cortés (Cortes, 2006) tipificó los síntomas de dolor torácico en la mujer a la luz de la Teoría de los Síntomas Desagradables. Se describieron los síntomas referidos por las mujeres teniendo en cuenta los factores fisiológicos, psicológicos y situacionales, las dimensiones del síntoma y sus consecuencias. El 80% de las mujeres superaban los 60 años, eran de estrato bajo y tenían bajo nivel de escolaridad.. La manifestación del dolor se presento en un 70% en actividades de mediano y gran esfuerzo y el 30% en reposo. Dentro de los factores psicológicos se encontró la más representativa la categoría “lo que las mujeres creen y conocen acerca del síntoma y la enfermedad”. El 86% de las mujeres realizan

actividades en el hogar, pocas laboran como comerciantes. Dentro de la dimensión de calidad la categoría más sobresaliente fue “gran compromiso del ser”. El síntoma fue referido con una intensidad severa. En la dimensión de angustia sobresalió la “angustia” y “pensamientos relativos a la muerte” y dentro de las consecuencias fue “controlando la actividad física” e “Incapacidad por el síntoma.”

Aranguren (Aranguren, Parra, & Vega, 2007) desarrolló una revisión documental de 8 trabajos realizados en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, sobre la caracterización de los síntomas de angina en la mujer. Dentro de los antecedentes patológicos se encontraron la hipertensión arterial y antecedentes familiares. El estrés y la angustia fueron factores psicológicos predisponentes que desencadenan dolor. Dentro de los factores situacionales el estado climático y los rompimientos intrafamiliares. En lo relacionado con la dimensión del síntoma localizaron el dolor en el tórax anterior, brazo izquierdo irradiado a la espalda. La expresión más utilizada es dolor. La intensidad la consideraron como leve, los episodios de dolor entre 10 a 20 minutos, con permanencia del dolor por más de un año. En las consecuencias del síntoma se identificó, controlando la actividad física, la cual agrupa manifestaciones de afrontamiento como reposo o cambio de actividad según el rol desempeñado.

Romero (Romero, 2007) realizó un estudio descriptivo exploratorio con abordaje cualitativo, donde el objetivo fue identificar las características de los síntomas de angina en mujeres post angina inestable o infarto agudo del miocardio basado en la teoría de los síntomas desagradables. Las categorías fueron dolor, una sensación inexplicable, con síntomas acompañantes, variable en la presentación, angustia e incomodidad, cambio en los roles y tareas familiares, autocuidado y variaciones en la toma de decisiones. Las mujeres mostraron impacto a nivel funcional con sentimientos de inutilidad. Con respecto a las consecuencias de la experiencia del síntoma de angina señalaron que mantuvieron la concentración, variabilidad en la toma de decisiones y conflictos familiares para las mismas, la

madre es tomada en cuenta en su rol para tomar decisiones. Se destacó que hay avances logrados sobre la percepción del síntoma de angina en la mujer. Siendo la realidad percibida, a través de sus expresiones se conserva un patrón de multicausalidad y variabilidad en las molestias asociadas. La teoría de los síntomas desagradables permitió describir los procesos involucrados en la experiencia de los síntomas de angina en las mujeres, explicar como se experimenta mas de un síntoma desagradable y el potencial para que se acumulen, se acrecienten, interactúen y se relacionen.

Rincón (Fanny Rincón, 2007) realizó un estudio descriptivo exploratorio con abordaje cualitativo, en el que se analizó la información generada por mujeres con sintomatología torácica y con lesiones coronarias significativas diagnosticadas por cateterismo cardíaco. Las categorías relevantes identificadas mostraron conocimiento derivado de los medios de comunicación y el personal de salud y fue denominada “lo que saben” identificando factores de riesgo, tensión psicológica y aspectos ambientales. En cuanto al síntoma las categorías fueron: “opresión” “subestimación del síntoma” “sensaciones térmicas” y en cuanto a las consecuencias “autocuidado” “afrontamiento” y “cambio de rol”, con respecto a éste último se refirió a la decisión de cambiar comportamientos relacionados con los roles presentes que representaron factor de riesgo cardiovascular y la limitación que representa la enfermedad para el cumplimiento de otros.

Bejarano (Bejarano, 2009) realizó una revisión documental cuyo objetivo fue capacitar a profesionales de la salud del área cardiovascular a identificar la diferencia de la experiencia de los síntomas de enfermedad coronaria entre hombres y mujeres, para el análisis se utilizo la Teoría de Mediano Rango de los Síntomas Desagradables y el Modelo Conceptual del Manejo del Síntoma, que permitieron plasmar las diferencias de género en relación con la experiencia del síntoma.

Moreno (Moreno, 2009) realizó un estudio para establecer las posibles diferencias en la caracterización de los síntomas de angina en un grupo de mujeres y hombres hospitalizados por enfermedad coronaria. El estudio fue descriptivo con abordaje cualitativo, se utilizó una entrevista semiestructurada basada en los componentes de la Teoría de Síntomas Desagradables de Lenz. En el estudio se lograron establecer categorías según cada componente de la teoría de los síntomas desagradables. En los factores determinantes se destacaron las categorías "lo que les han dicho", "lo que saben", "factores de riesgo", "soledad y sentimientos de pérdida", "la actividad física" en este aspecto surge la categoría "del sistema de atención y remisión" como factor asociado. La mujer refirió "gran compromiso del ser" y "expresiones comparativas" para definir la calidad del síntoma. Como consecuencias del síntoma: "Cambio de rol - estilo de vida" y "autocuidado" se encontraron en mujeres y hombres.

Según lo contemplado y analizado anteriormente, los vacíos que arroja la revisión de literatura con relación a roles sociales y enfermedad coronaria son:

- Que factores psicosociales y del desempeño del rol influyen en la mujer para subestimar el riesgo de enfermedad coronaria y que determinantes sociales además de los bajos ingresos pueden influir en la enfermedad.
- Porque es más fuerte el afrontamiento y apoyo social en el hombre y tan débil en la mujer con enfermedad coronaria.
- Que diferencias existen en los componentes psicológico, social, personal, profesional que hacen a la mujer un poco más vulnerable en la recuperación de enfermedad coronaria.
- Cual es el papel de los roles sociales y la influencia en la enfermedad coronaria.
- Cual es la influencia del desempeño de rol o roles en la vida de la mujeres con enfermedad coronaria y su experiencia individual.
- Puede la enfermedad coronaria influir sobre el desempeño de los diferentes roles sociales.

- Conocer la experiencia con el desempeño de los roles en las mujeres con enfermedad coronaria.

Aunque revisada la información, se ve que a la mujer se ha incluido más en los estudios, se ha tenido en cuenta sus experiencias y vivencias, se ha avanzado mucho en el tema relacionado con los síntomas que tiene la mujer relacionados con enfermedad coronaria, falta avanzar un poco más en el plano social, para que las intervenciones sean realizadas de forma integral.

Resultado del análisis queda esta inquietud; la incorporación de la mujer y su desarrollo, ha permitido a más y mayores responsabilidades fuera del cuidado de los hijos y el hogar, lo que demanda un mayor esfuerzo en la parte social, física y mental para poder cumplir a cabalidad las actividades cotidianas que desempeña. (Echeverry et al., 2007) Por otro lado, varios estudios refieren que la mujer se ve influenciada por sus actividades cotidianas para dejar de lado su propia salud y o invertir tiempo en mejorar su calidad de vida, como por ejemplo, incorporación a los programas de rehabilitación. El afrontamiento y apoyo social, también son débiles en la mujer, el hombre tiene un poco más apoyo por parte de su compañera y es un poco más estable en el cumplimiento de actividades, mientras que las mujeres tienden a abandonar las actividades orientadoras de mejoramiento de la salud. Existe además menor balance entre las recompensas del rol y los múltiples roles desempeñados por la mujer, que puede generar ansiedad.

Teniendo en cuenta los vacíos que arroja la investigación es importante retomar cual es la influencia de la enfermedad coronaria en la mujer sobre los roles sociales, como y porque se pueden modificar los roles desempeñados por la mujer, como se afectan las actividades de la vida cotidiana y como es la fase de recuperación relacionada con el reinicio de actividades tanto personales como laborales.

Describir las experiencias asociadas a los roles desempeñados por la mujer con enfermedad coronaria, será muy importante para tener en cuenta en el manejo y planteamiento de intervenciones de enfermería individuales en la promoción de la salud, modificación de factores de riesgo y en la incorporación en programas de rehabilitación cardiaca, para mejorar la calidad de vida en la mujer una vez ocurrida la enfermedad.

1.3 Justificación

En América Latina, la enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte y discapacidad en los adultos. Las mujeres se ven más afectadas por estas enfermedades que por todas las formas de cáncer. Los países de América Latina han experimentado cambios socioeconómicos rápidos y desiguales, teniendo un efecto significativo en el estilo de vida, y en los indicadores demográficos y de salud. Según las estadísticas disponibles, la población femenina en los países de América Latina tiene una menor tasa de mortalidad por enfermedad coronaria y una mayor tasa de mortalidad por enfermedad cerebrovascular que Norteamérica. Las tasas actuales de obesidad y diabetes tipo 2 son alarmantes en el sexo femenino en algunos países. La alta prevalencia de factores de riesgo pronostica un aumento de las enfermedades cardiovasculares en las próximas décadas en esta región del mundo. Se requieren esfuerzos más sistemáticos para la investigación, la educación, la vigilancia, la prevención, la detección temprana y un tratamiento asequible en todos los países de América Latina para mejorar las condiciones de salud para la población adulta y en particular para las mujeres, que están más afectadas por la obesidad y la diabetes (Tejero, 2010).

En Colombia, la población total es de 48 321 905, el 50.83% son mujeres y el 49.16% son hombres, las mujeres representan mayor proporción de la población en todos los grupos poblacionales. Según distribución por edad se encuentra que

de 0-14 años la proporción es de 29.4%, de 15-64 años es de 65.1% y de 65 años y más es de 5.5%. (DANE, 2013)

En la mujer la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular son la primera causa de mortalidad, sobre todo después de los 60 años de edad, sin embargo, el grupo de mujeres entre los 25 años y 59 años, sigue siendo un grupo de riesgo, para enfermedad cerebrovascular, la enfermedad isquémica del corazón es más devastadora en la mujer después de los 60 años.

El primer evento de enfermedad coronaria, se produce 10 años más tarde en mujeres que en hombres, específicamente después de la menopausia. Tanto en hombres como en mujeres los factores de riesgo como la hipertensión, altos niveles de colesterol, tabaquismo, falta de actividad física, obesidad, aumentan la probabilidad de desarrollar enfermedad cardiovascular, en la mujer, la menopausia, el uso de anticonceptivos orales y la ooforectomía bilateral en mujeres pre menopaúsicas aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular .(Bybee & Stevens, 2013; Zhang, 2010)

Se presenta que cinco colombianos sufren un evento coronario por hora y al día ocurren 45 muertes por enfermedad coronaria, la enfermedad isquémica del corazón es la que aporta un 24% de las causas de muerte. En los últimos años la mortalidad se ha reducido en 47%, dos causas posibles, reducción de incidencia de infarto y diagnóstico temprano con mejor oportunidad de intervención, dentro de los tratamientos se encuentran la terapia trombolítica y la angioplastia percutánea. (Fanny Rincón, 2004)

La tasa de mortalidad después de un infarto agudo del miocardio es mayor en mujeres que en hombres, no importa el tratamiento que reciba. Dentro de las causas posibles de enfermedad coronaria en la mujer está la edad, pues se da más tardíamente que en el hombre, la mujer no consulta oportunamente, además

se encuentran presentes factores de riesgo como los modificables, hábito de fumar, hipercolesterolemia, hipertensión arterial, vida sedentaria y no modificables como la edad, sexo, historia familiar y anomalías congénitas. (Anchique, 2011)

Los datos epidemiológicos dan relevancia de lo que significa la enfermedad coronaria en la mujer, en algunos países considerado como un problema de salud pública, por lo que se debe considerar a la mujer como parte activa en los programas de prevención y promoción de la salud, sobre todo en factores de riesgo como la obesidad, la hipertensión y la dislipidemia, adicional se deben de tener en cuenta otros factores o componentes sociales importantes como son la parte laboral, las condiciones socioeconómicas, físicas y psicológicas, en la mujer.

La percepción de la enfermedad coronaria en la mujer es diferente a la del hombre, esto hace que la consulta se retarde y por ende la morbimortalidad sea tan elevada, fenómeno que sucede también en la mujer con enfermedad coronaria, que disminuye la consulta ante cualquier síntoma de enfermedad coronaria.

Por ello es muy útil conocer a fondo la esencia de la enfermedad coronaria en la mujer, sus factores de riesgo, factores ambientales, psicológicos y sociales que trasciendan en ella. El profesional de enfermería como parte fundamental en el equipo de salud, es quien debe ser gestor en el conocimiento y educación en enfermedad coronaria en la mujer, para disminuir complicaciones posteriores y priorizar una mejor calidad de vida.

Un aspecto fundamental en este estudio son los roles desempeñados por la mujer en la diferentes etapas de la vida y cómo influyen sobre su salud física y mental, además cual es la experiencia de la mujer con enfermedad coronaria y el desempeño de los diferentes roles en el transcurso de la vida y más específicamente durante su enfermedad coronaria, lo que aportaría al

entendimiento del componente social en la mujer con enfermedad coronaria, disminuiría efectos en la salud física y psicológica de la mujer.

El estudio de los roles puede ir de cómo afectan sobre la salud de la mujer; conociendo que los roles desempeñados por la mujer tienen un impacto en la salud de la misma, día a día la mujer adopta nuevos roles y esto ha ido modificando sus condiciones y estilos de vida. La percepción de la salud de la mujer también se ve influenciados por los mismos, ya que la mujer tiende a dejar su propio cuidado por cuidar a otros o ejercer su labor o adoptar otros roles, sin tener en cuenta su estado salud.

Sin embargo, poco se sabe de las experiencias de la mujer con enfermedad coronaria, no se ha mostrado los efectos de la enfermedad coronaria en la vida cotidiana de las mujeres, por lo que hace relevante conocer este fenómeno, ya que los roles sociales son parte de la vida cotidiana de las mujeres y a través de la historia cada día toma más importancia y tienden a brindar un significado y un propósito en la vida de la mujer. Por tanto, puede la enfermedad coronaria influir sobre los roles sociales y el desempeño de estos roles en la mujer con enfermedad coronaria.

Desde el campo social la investigación desarrolla o demuestra como puede la enfermedad coronaria influir en el desempeño de los diferentes roles y la calidad de los mismos, lo que puede contribuir a un bienestar bajo, lo que hace que se puedan presentar falta de actividad física, disminución en la calidad de vida, aumento o se promueva el sedentarismo y por ende la discapacidad para realizar actividades de la vida cotidiana; que aumenta la probabilidad de complicaciones y mayor morbilidad. Otro aspecto es que se pueden ver afectados los roles desempeñados por la mujer después de presentar una enfermedad coronaria, ya sea por limitación o mutilación, esto tendría un impacto en la prevención de complicaciones, posteriores a la enfermedad, mejor desempeño en su labores cotidianas, mejor calidad de vida, adaptación a una nueva situación de salud,

incorporación a la vida familiar y social, lo que sería un punto determinante de motivación para obtener mejores resultados de salud en la mujer e intervenir en la educación de la mujer con enfermedad coronaria, su familia y sus cuidadores.

Lo que aporta al campo de conocimiento, porque relaciona 2 teorías de enfermería, lo que fundamenta el campo del conocimiento, en primer lugar es la teoría de mediano rango, Teoría de las Transiciones de Afaf Meleis, en donde se toma la enfermedad como un estado de transición en la vida de las personas, para incorporarla a la práctica de enfermería con el fin de mejorar la comprensión de la enfermedad coronaria en los planos personal, familiar, social; y finalmente la Teoría de los Síntomas Desagradables de Lenz, que está constituida por tres grandes constructos; los síntomas que experimenta la persona, los factores que influyen en el síntoma, y las consecuencias de la experiencia del síntoma, específicamente en lo relacionado con la parte de desempeño funcional, que incluye la actividad física, actividades de la vida cotidiana, interacción y cumplimiento del rol. Mejorar la calidad de vida de las mujeres que presentan enfermedad coronaria y conocer cuál es la experiencia en el desempeño de los roles después de un evento coronario podría determinar acciones objetivas e individuales en la práctica de enfermería, basándonos en aspectos teóricos que respalden nuestra fundamentación y contribución a la sociedad, para trabajar con las mujeres, que son un grupo poblacional de especificidad de cuidados, con respecto a la salud cardiovascular.

Lo que aporta desde el campo disciplinar, porque amplía la visión de la percepción de la salud de la mujer y las experiencias relacionadas con enfermedad coronaria, tener en cuenta las experiencias de las personas, lo contempla el paradigma de enfermería “el cuidado de la experiencia de la salud humana”. (F Rincón, 2007) Los roles desempeñados por la mujer, las experiencias individuales vividas, los factores sociales se deben tener en cuenta para dar un cuidado integral a la mujer, ya que otras podrían ser las expectativas con relación a su desempeño, como el cuidado a otros, labores domésticas,

cuidado de nietos y no propiamente la enfermedad, lo que amerita una intervención oportuna. Este tema podría hacer parte de la línea de investigación Cuidado a la Mujer con Enfermedad Coronaria, que fomente la incorporación de los roles desempeñados por la mujer en la cotidianidad de la mujer y evaluar el impacto en términos de condiciones de salud y calidad de vida.

1.4 Tema de investigación

Roles desempeñados por la mujer con enfermedad coronaria.

1.5 Problema

¿Cuál es la experiencia del desempeño de diferentes roles en la mujer con enfermedad coronaria?

1.6 Objetivo

Describir la experiencia del desempeño de diferentes roles en la mujer con enfermedad coronaria.

1.7 Definición de conceptos

1.7.1 Experiencia

Circunstancia o acontecimiento vivido por una persona. (Rae, 2001) Según, Husserl, la experiencia de las personas frente a una situación particular que es trascendente en su vida. (Martinez, Leonor Martinez, 1997) En este estudio, se va a tener en cuenta la experiencia que vive la mujer con enfermedad coronaria y el desempeño de roles sociales.

1.7.2 Rol social

Ocupación o actividad identificable en la cual la mujer invierte tiempo y energía, definición derivada de la teoría de la escases. (Goode, 1960) Es una actividad

ejercida por la mujer, en la cual pueden existir preocupaciones y recompensas, lo que hace que se presente un balance en esa actividad o rol ejercido.

1.7.3 Enfermedad coronaria

Es un desequilibrio entre los requerimientos de la función miocárdica y la capacidad de los vasos coronarios de suplir el suficiente flujo de sangre. Es una forma de isquemia miocárdica (insuficiente aporte de sangre al músculo cardíaco) causada por una disminución en la capacidad de los vasos coronarios. (NIH, 2008) También se llama enfermedad de la arteria coronaria, enfermedad de la arteria coronaria es el tipo más común de enfermedad cardíaca. Es cuando se acumula placa en las arterias del corazón, una condición conocida como aterosclerosis. Cuando la placa se acumula, las arterias se estrechan, lo que hace más difícil que la sangre fluya hacia el corazón. Si el flujo sanguíneo se reduce o se bloquea, puede ocurrir la angina (dolor de pecho) o un ataque al corazón. Con el tiempo, la enfermedad de las arterias coronarias también puede conducir a insuficiencia cardíaca y arritmias. (AHA, n.d.) Proceso patológico de las arterias coronarias que pueden ser causadas por anomalías congénitas, aterosclerosis o causas no ateroscleróticas. (NIH, 2008)

2. Marco conceptual

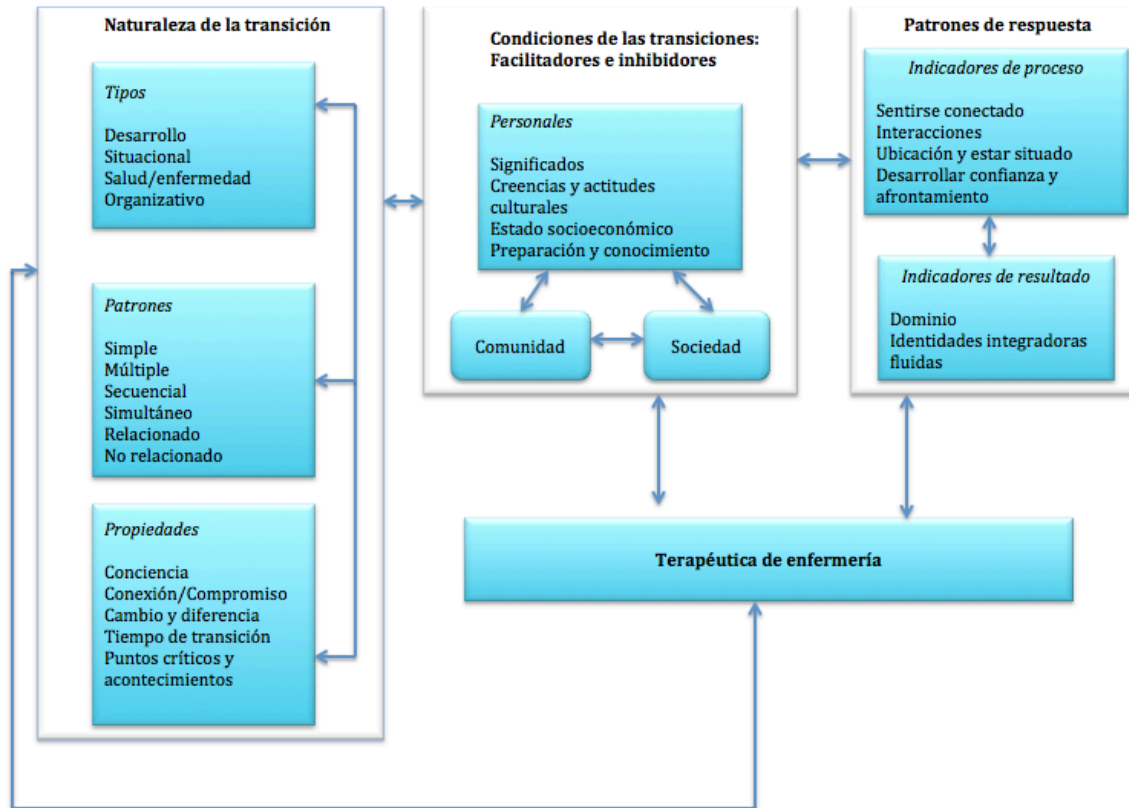
El marco conceptual esta constituido por:

- Teoría de las transiciones de Afaf Meleis
- Teoría de los síntomas desagradables
- Roles desempeñados por la mujer
- Enfermedad coronaria en la mujer y roles sociales

2.1 Teoría de las transiciones de Afaf Meleis

De acuerdo con la teoría de las transiciones de Afaf Meleis, en donde debido a cambios que surgen en el entorno y en la salud, el ser humano sufre una serie de modificaciones que requieren intervención de enfermería, una hospitalización, una enfermedad crónica, a esto ella lo toma como una transición. Meleis inicia a utilizar el término transición desde los años 60 cuando grupos de soporte eran formados para ayudar a las personas a tratar experiencias y problemas de salud, eran conducidos por enfermeras o miembros de la comunidad que ayudaban a los individuos o familias a tratar estos eventos o eventos relacionados con las responsabilidades de crianza, perdida de un miembro, recibían un diagnóstico devastador, o eran sometidos a diferentes cirugías o eventos ordinarios de la vida. (A. Meleis, 2010)

Figura 2-1. Teoría de las Transiciones de Afaf Meleis.



FUENTE: Jeny Castañeda, Investigadora. Tomado de: Meleis, A I, Sawyer, L M, Im, E O, Hilfinger, Messias, D K, Schumacher, K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. En: *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.

Meleis se preguntó sobre estos grupos de apoyo y sobre los temas, experiencias, respuestas y estrategias que usaban las enfermeras en estos grupos, se inicia la necesidad de considerar algunas características universales y crear y conducir estos grupos de soporte y educar al grupo considerando la naturaleza de los resultados que se pueden obtener desde un grupo de trabajo. (A. Meleis, 2010)

Con los hallazgos en sus observaciones clínicas sobre crianza de los hijos y grupos de enfermedades crónicas, se definió la transición insalubre o inefectiva

transición como centro de rol de insuficiencia y lo definió como cualquier dificultad en el conocimiento y rendimiento del rol o de los sentimientos y objetivo asociado con el rol de comportamiento. Este rol es caracterizado por comportamientos y sentimientos afiliados con la percepción o disparidad en cumplimiento del rol de obligación, a su vez se puede manifestar asumiendo cualquier nuevo rol, algunos grupos hacían cosas en común, como pérdidas y ganancias en sus diferentes roles y sistemas de apoyo.

Se definió el objetivo de la transición en salud como un dominio de comportamiento, sentimientos, señales y símbolos asociados con nuevos roles e identificados como libre de problemas en la transición. Meleis refirió que el desarrollo del conocimiento de enfermería debe ir orientado hacia el desarrollo de terapéutica en enfermería y no hacia entender el fenómeno relacionado con las respuestas de salud y situaciones de enfermedad. (A. Meleis, 2010)

Las transiciones son desencadenadas por eventos críticos y cambios en el individuo o en el entorno, puede ser anticipado. Aunque el ser humano enfrenta muchos cambios a lo largo de la vida, desencadena procesos internos, la enfermera entra en contacto con la transición cuando se relaciona con el estado de salud de las personas, su bienestar y la habilidad de cuidar de sí mismos.

Los conceptos principales incluyen: tipo y patrones de las transiciones; propiedades de la experiencia de la transición; condiciones de las transiciones; indicador de proceso; indicadores de resultado y terapéutica de enfermería. (A. I. Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias, & Schumacher, 2000) (Im, 2010)

Tipo y patrones de las transiciones, incluyen desarrollo, salud y enfermedad, situacional y organizativo. La transición de desarrollo incluye nacimiento, adolescencia, menopausia, vejez y muerte. Las transiciones de salud y enfermedad incluyen proceso de recuperación, alta hospitalaria y diagnóstico de enfermedad crónica. Las transiciones organizativas se refieren a cambios en las

condiciones del entorno que afectan a la vida de los clientes y trabajadores. (Im, 2010)

Los patrones de las transiciones incluyen multiplicidad y complejidad, muchas personas sufren muchas transiciones al mismo tiempo, y pueden ser secuenciales o simultáneas, tener un grado de superposición y tener relación de diferentes fenómenos que puedan desencadenar las transiciones.

Las propiedades de la experiencia de la transición incluyen conciencia, compromiso, cambio y diferencia, tiempo, puntos críticos y fenómenos, estas propiedades no son necesariamente aisladas, sino que están interrelacionadas como un proceso complejo. (Im, 2010) La conciencia se define como percepción, conocimiento y reconocimiento de la experiencia de la transición y el nivel de conciencia, puede existir una conciencia de los cambios que se producen, o puede haber una ausencia del cambio, lo que podría significar no haber iniciado la experiencia de la transición.

El compromiso es otra propiedad, se refiere al grado de implicación de la persona en el proceso inherente a la transición, se considera que el nivel de conciencia influye en el nivel de compromiso, ya que este no sucede sin conciencia. Cambios y diferencias hace referencia a otra propiedad, los cambios en identidades, roles, relaciones, habilidades y patrones de conducta dan un sentido de movimiento o dirección a los procesos internos y externos. Meleis et al. (2000) afirmaron que todas las transiciones comportan un cambio, pero que no todos los cambios se relacionan con la transición, es importante descubrir y describir los efectos y significados de los cambios implicados y sus dimensiones. (Im, 2010)

El tiempo es otra propiedad de las transiciones, ya son fluidas y se mueven con el tiempo. Existe un punto de partida identificable, que va desde los primeros signos de anticipación, percepción o demostración de cambio, pasa por un periodo de inestabilidad, estrés, y confusión y llega a su final con un nuevo inicio o período

de estabilidad. Es importante tener en cuenta que no hay un tiempo exacto para la transición. Otra propiedad es la de puntos críticos y acontecimientos, se definen como marcadores como nacer, morir, fin de la menstruación o diagnosticar una enfermedad. Los puntos críticos y acontecimientos suelen asociarse a una mayor conciencia de cambios o diferencias, pueden haber puntos críticos finales caracterizados por un sentido de estabilización en nuevos hábitos, habilidades, estilos de vida, actividades de autocuidado y que un periodo de incertidumbre esta marcado por fluctuación, cambio continuo y alteración de la realidad. (Im, 2010)

Las condiciones de las transiciones son circunstancias que influyen en cómo una persona se mueve hacia una transición, que las dificulta o las facilita, incluyen factores personales, comunitarios o sociales que pueden facilitar o limitar los procesos y resultados de las transiciones saludables. Las condiciones personales incluyen significados, creencias y actitudes culturales, estado socioeconómico, preparación y conocimiento. Las condiciones comunitarias o sociales podrían inhibir las transiciones, pero tienden a estar subdesarrolladas. (Im, 2010)

Los patrones de respuesta o indicadores de proceso y de resultado, básicamente caracterizan las respuestas saludables. Los indicadores de proceso que mueven a los clientes en la dirección de la salud, permiten valoración e intervención precoz de las enfermeras para facilitar resultados saludables. Los indicadores de resultado pueden usarse para comprobar si una transición es saludable o no. Los indicadores de proceso incluyen sentirse conectado, interactuar, estar situado, desarrollar confianza y afrontamiento, la necesidad de sentirse y estar conectado es un indicador del proceso de una transición saludable. Mediante la interacción, el significado de la transición y las conductas desarrolladas en respuesta a la transición pueden descubrirse, aclararse y reconocerse, lo que conduce a una transición saludable. La ubicación y estar situado en el tiempo, el espacio y las relaciones son importantes en la mayoría de las transiciones. Una transición

saludable completada puede comprobarse por el grado de dominio de habilidades y conductas necesarias para gestionar sus nuevas situaciones. (Im, 2010)

En la terapéutica de enfermería, donde se tuvieron en cuenta aspectos relacionados con la preparación, la valoración de la preparación debe ser un esfuerzo multidisciplinar y requiere conocimiento completo del cliente, y la preparación para la transición incluye educar como principal medida para crear condiciones óptimas en la preparación de la transición. (Im, 2010)

Un constructo y proposición para el cuidado de enfermería utiliza los conceptos de roles y rol de transición designados para estimular el desarrollo y búsqueda de problemas investigables para el cuerpo de conocimientos de enfermería y provee un marco para el diagnóstico y la intervención. (A. Meleis, 2010)

El rol es un constructo social y psicológico usado en la valoración de problemas de enfermería y en la planificación de intervenciones de enfermería, ya que la enfermera trata a los clientes como seres biosociales, y es importante entender el comportamiento para proveer diagnóstico e intervención.

El rol se entiende no solo como un conjunto de conductas o comportamientos, sino también como un sentimiento o una meta que da una unidad o conjunto de posibles acciones, Turner en 1968 sugirió que en cualquier situación de interacción, comportamiento, o motivos tienden a estar diferenciados en unidades que pueden llamarse roles, una vez se diferencian los roles, los sentimientos, las conductas y motivos que aparecen en la misma situación tienden a ser asignados a las funciones existentes. (A. Meleis, 2010)

El rol se conceptualiza como una forma de enfrentar a atributos de otros roles, no niega la importancia de la situación pero considera como un factor adicional en la definición de roles. También es un concepto usado en la interpretación del comportamiento personal y entendiendo el contexto en el que se lleva a cabo.

La teoría del rol enfatiza la noción de comportamiento humano no es simplemente una cuestión de estímulos pero resulta una compleja interacción entre ego y la sociedad.

Dentro de las condiciones que predisponen la problemática de la transición de roles se encuentran cambios en las relaciones, expectativas y habilidades, la transición del rol requiere que la persona incorpore nuevos conocimientos que alteran su comportamiento y por tanto cambio en la definición de si mismo en su contexto social, un gran número de transiciones de rol están relacionados con la salud y enfermedad, dos transiciones significativa pueden estar asociadas con problemas de salud, el primero desde la infancia a la adolescencia asociado con problemas de reconocimiento e identidad y por consiguiente problemas con el uso de drogas, enfermedades venéreas, problemas de sexualidad maternidad y el segundo desde la adultez a la vejez, acompañado de problemas gerontológicos relacionados con identidad, jubilación y enfermedades crónicas. El cambio debe hacer en una o más personas más que en el círculo social. Al contrario, mientras que el ego no pudo inducir la transición del rol personalmente, cualquier transición del rol de cónyuge, padre, niño o amigo puede forzar a un cambio recíproco. (A. Meleis, 2010)

Las transiciones implican la adición o sustracción de las personas en una constelación de funciones preexistentes, algunos ejemplos son: la pérdida de un miembro de la familia o el nacimiento de un bebe, cada situación requiere una definición y una redefinición de roles, la enfermera es clave en cada situación.

La transición entre la salud y la enfermedad incluye cambios de rol súbitos que resultan desde el bienestar a la enfermedad aguda, un cambio gradual en el rol, la calidad de esta transición es diferente desde que sucede el cambio porque permite un incorporación gradual de comportamientos y sentimientos al nuevo rol,

también sucede un cambio desde la enfermedad al bienestar, y desde la enfermedad crónica al bienestar.

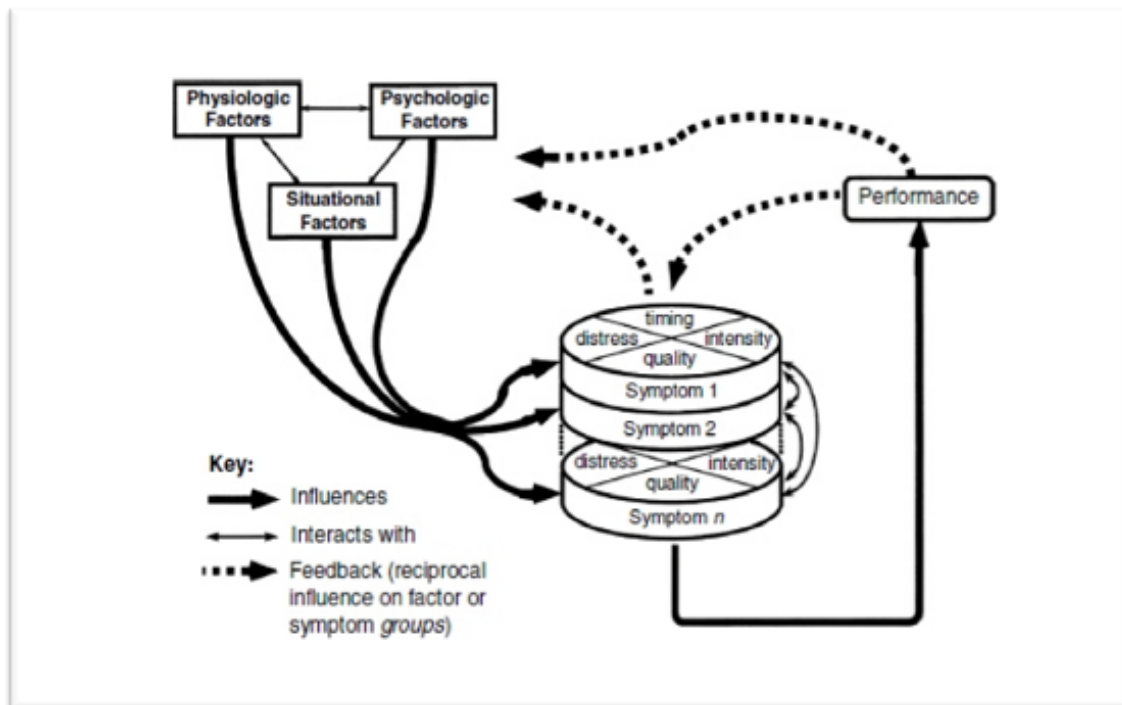
Desde la perspectiva que cualquier cambio ocurrido se transforma en una transición, la enfermedad coronaria en la mujer y los cambios sufridos a causa de esta, en su bienestar y en el desempeño de roles, es un punto de partida para analizar que ocurre con los roles desempeñados por la mujer después de ocurrida su enfermedad, ya que muchas de ellas desempeñan muchos roles y sus condiciones de salud pueden variar.

Para ello es importante conocer la experiencias de las mujeres con enfermedad coronaria relacionada con el desempeño de roles sociales, así, describir como es la transición de esta enfermedad relacionada con la vida familiar, social, económica, psicológica y física.

2.2 Teoría de los síntomas desagradables

La teoría de rango medio de los síntomas desagradables surgió como un medio para integrar gran variabilidad de información sobre los síntomas. Esta puede integrar y explicar la investigación y la práctica con respecto a un orden de síntomas desagradables, que hay factores que puede influenciar la experiencia de varios síntomas diferentes e intervenciones similares pueden aliviar más de un síntoma. (Lenz, Pugh, Milligan, Gift, & Suppe, 1997)

Figura 2–2. Teoría de los síntomas desagradables



FUENTE: Jeny Castañeda, Investigadora. Tomado de: The middle-range theory of unpleasant symptoms: an update. En: Smith, M. J; Liehr, P.R. Middle Range Theory for nursing. SPC. (2003); p. 74. 2.3.1

La teoría se compone de tres partes: los síntomas que el individuo está experimentando, los factores influyentes que aumentan o afectan la naturaleza de la experiencia del síntoma y las consecuencias de la experiencia del síntoma.

Los síntomas son los factores percibidos del cambio en el funcionamiento normal, pueden aparecer solos, en conjunto o múltiples síntomas, cada síntoma es una experiencia multidimensional que puede conceptualizarse o medirse, que pueden tener dimensiones comunes, que pueden ser separables pero que se relacionan una con otra. Los síntomas múltiples pueden ocurrir juntos como resultado de un evento. (Lenz et al., 1997)

Dentro de las dimensiones se encuentran, la intensidad, severidad, fuerza o cantidad del síntoma; variabilidad de ocurrencia en el tiempo, incluye la frecuencia de un síntoma intermitente, o la duración de un síntoma persistente, o la combinación de los dos; la dimensión de la angustia del síntoma o grado de incomodidad que produce; y la calidad del síntoma, como se percibe el síntoma, puede incluir la localización de la sensación y el grado al cual la persona responde. (Lenz et al., 1997)

Se identificaron tres variables influyentes en la ocurrencia, intensidad, coordinación, nivel de angustia, calidad de los síntomas; estos factores influyentes pueden ser fisiológicos que se refieren a funcionamiento de sistemas corporales, presencia de cualquier alteración o gravedad de la enfermedad, nivel de energía de la persona y comorbilidad. Los factores situacionales que hacen referencia a influencia del ambiente social, e incluyen el estado del empleo, la situación familiar y marital, apoyo social, disponibilidad y acceso a recursos, condiciones de vida, ambiente físico y recursos y los factores psicológicos que contempla estado mental de la persona, respuesta afectiva a la enfermedad y grado de conocimiento o incertidumbre acerca de los síntomas y su significado.

Las consecuencias de la experiencia del síntoma, que se refiere al resultado de haber experimentado una situación, se manifiesta como desempeño, y consta de el desempeño funcional que incluye actividad física, actividades de la vida cotidiana, interacción y cumplimiento del rol y el desempeño cognitivo que se

refiere a la capacidad de concentración, pensamiento y de resolución de problemas. Se ha demostrado con una variedad de síntomas que la gente que tiene más síntomas y son más severos tienden a tener menor salud funcional, realización menos efectiva del papel, funcionamiento cognitivo inferior, menor calidad de vida y capacidades inferiores de actividad física. (Lenz et al., 1997)

2.3 Roles desempeñados por la mujer

2.3.1 Marco histórico

Para dar brevemente una síntesis de lo que ha significado ser mujer en la historia, se inicia con que la historia ha tenido una supuesta objetividad de una historia concebida en neutro, un neutro que es en realidad masculino y androcéntrico, definido como un enfoque de análisis realizado desde un punto de vista masculino, para después considerar los resultados validos para todos los individuos (mujeres y hombres). (Sanahuja, 2002; Stolcke, 1989)

Aspecto muy importante para tener en cuenta en los estudios clínicos que involucran a hombres y a mujeres, afortunadamente actualmente, este punto es claro por lo que ya es insipiente los estudios solo de genero.

Amparo Moreno define el sexismo como las formas de vida social en el patriarcado (práctica de la vida social) y el androcentrismo como forma de conocimiento propia del sexismo patriarcal (elaboraciones teóricas sobre el funcionamiento de la sociedad), agrupa rasgos característicos: marcada jerarquización entre los sexos, en la que los hombres imponen su supremacía sobre las mujeres, visión distorsionada de las mujeres, exclusión o marginalización de las mujeres no solo como sujetos productores de las elaboraciones lógico científicas, sino también de análisis. (Sanahuja, 2002)

Dentro de las consecuencias del desarrollo de la historia de las mujeres se resalta: las evidencias acumuladas de las mujeres en la historia, la experiencia

personal y subjetiva es considerada tan importante como las actividades públicas y políticas, el sexo y el género son conceptos que deben ser conceptualizados en términos históricos, se enseña y se estudia la historia de las mujeres.

Una de las formas existentes de sociedad era el patriarcado, definido por Falcon como la ideología que define las instituciones mediante las cuales se realiza y reproduce la dominación de las mujeres por los hombres, por el cual se apropian del trabajo excedente de las mujeres, se constituye en la subestructura ideológica del modo de producción doméstico.

De todas maneras existen algunas aportaciones desde las diversas corrientes del feminismo, que se pueden resumir en: las causas de subordinación de las mujeres son materiales y no ideológicas y se concretan en las relaciones de producción y reproducción en las que están involucradas. La categoría producción no tiene actividades realizadas en la actualidad, ni la reproducción biológica, la disimetría entre hombres y mujeres en las sociedades patriarcales no debe llamarse subordinación, sino explotación, considerar la sexualidad como una fuente orgánica de la sociedad, pues la materia prima y los medios de producción con los que los hombres y mujeres crean nuevos hombres y mujeres son los cuerpos humanos con sexo y mente, esto que se plasma en los cuidados y el éxtasis erótico denominada amor. (Jonasdottir, 1993, (Sanahuja, 2002)

Un término importante para definir es el de género, que fue desarrollado a finales de los sesenta, la distinción entre sexo y género permitió asociar el sexo a las características biológicas que permiten diferenciar a las mujeres de los hombres y el género a atributos psicológicos, actividades, roles y estatus sociales culturalmente vinculados a la parte sexual. El género es una construcción cultural y social que determina las expectativas de comportamiento social de las mujeres y hombres y se trasmite a través del proceso de socialización de niños y niñas. (Sanahuja, 2002; Stolcke, 1989)

Este punto es importante diferenciarlo ya que se suele confundir el termino sexo, con el de género, para el estudio se tiene vital importancia sobre el género femenino y la enfermedad coronaria con todo un marco conceptual al respecto.

Otro aspecto que se debe mencionar es el del pensamiento de la diferencia sexual, que empieza a tener importancia en los ochenta, las teorías del pensamiento de la diferencia pretenden definir una nueva identidad de mujer más allá de la estructura patriarcal. La creadora de la teoría es Luce Irigaray, ella realiza una crítica a la sociedad patriarcal y ha construido una cultura de orden materno donde un sexo no sea sometido ni explotado por el otro, propone nuevas vías para que las mujeres sepan ser mujeres en relación a la palabra, la maternidad, la belleza, la edad o la salud. La diferencia entre un hombre y una mujer es básico para hacer comprender que una relación civil, puede servir de modelo general para la democracia. (Sanahuja, 2002)

Según Irigaray, la definición de derechos específicos para las mujeres constituye una de las tareas prioritarias de un régimen democrático. Con el fin de que las ciudadanas mantengan una autonomía y una tensión frente a los organismos del estado.

La mujer como parte de la sociedad, ha adquirido valor dentro de la misma, ya que se le ha tratado de una manera uniforme en relación con el hombre, es un ser humano con derechos y deberes, como cualquier ciudadano en un país. Los cambios sociales son el resultado de una estructura educativa, de un ascenso cultural de las personas. En Colombia se tardó en aceptar nuevos modelos culturales y sociológicos porque las costumbres tradicionales daban a la mujer lugares inferiores a las del hombre. Generar cambios, es trascender en la historia, y para ello es necesario el tiempo, el cambio de actitud y cambio social. La mujer debe ser tenida en cuenta como parte del desarrollo y progreso de los pueblos. Una de las razones de establecer modificaciones en la Constitución de 1886 fue la democratización de la enseñanza y la universalización de la cultura, además de

la lucha de la mujer, en 1937, se organizó en “Asociación General de Mujeres Colombianas” y luego en 1957 cuando la mujer adquirió los derechos políticos se organizó en Unión de Ciudadanas de Colombia. (Giraldo, 1987)

Además, en 1933 se estableció el bachillerato para la mujer, fue el primer paso hacia la universidad a la cual ingreso en 1937. Con relación al trabajo se vincularon a la vida económica en la industria del tabaco y en la recolección de cosecha de café. Pero luego se fue introduciendo en la industria. Así mismo se empezó a legislar sobre seguridad social, sindicalización y contratación colectiva, se inicia un cambio laboral en el país. Se crean reformas que benefician a la mujer y a la familia, en la parte asistencial, al niño, salud y recreación. Se protege la maternidad, otorgamiento de igualdad jurídica a la mujer, en parte la igualdad jurídica de los sexos. (Giraldo, 1987)

La mujer va adquiriendo una serie de igualdades en todos los campos sociales, económicos, educativos, laborales, judiciales, pero así mismo ocurren cambios en la estructura familiar con repercusiones en el orden social, en las costumbres tradicionales en donde el varón era el jefe del hogar y tenía la dirección y responsabilidad de la familia, dando una nueva responsabilidad a la mujer y quitándole restricciones y calificativos en donde la ponían en inferioridad con el hombre. (Giraldo, 1987)

Actualmente la mujer es independiente, tiene una vida organizada, pero también asume unos nuevos roles como madre cabeza de hogar, cuidadora de sus hijos y muchas veces responsables de personas con limitaciones o con enfermedades crónicas.

Las actitudes de la masculinidad y de la feminidad se establecen en la infancia, mediante la socialización en la familia, en la escuela o en los grupos de pares. A la niña se le encasilla en roles de actividades domésticas y el rol de padre se construye a la distancia de la vida cotidiana de la familia. (Castrillon, 1997)

El aprendizaje del papel asignado por la sociedad a la mujer, se ha dirigido a lograr que los hombres se preparen a ocupar posiciones fuera del hogar, y que las mujeres se ubiquen en posiciones subordinadas. Cardaci señala tres demandas que se presentan en el proceso de socialización, la primera es que la mujer debe estar siempre a disposición de los demás, por ello es difícil que ella se reconozca como un ser con necesidades, definir la vida en función de un hombre y la tercera con la que hay una estrecha vinculación toda mujer debe aprender a anticiparse a las necesidades de los otros para cuidarlos y ayudarlos a expresar sus necesidades. (Castrillon, 1997)

Se ha visto la evolución por tanto de las funciones que la mujer cumple en la sociedad, y los cambios en función de sus papeles o roles sociales, pero para dar una breve mirada a los roles ejercidos por la mujer a través del tiempo, debemos iniciar con la naturaleza de ser mujer, y es la relacionada con ser madre, y se le asigna como rol natural y social, por el cuidado a los hijos y la familia, esto le confiere a la mujer unos vínculos estrechos y lazos muy fuertes para toda la vida. Desde la perspectiva de género, desde comienzos de la humanidad se ha conferido el cuidado de los hijos y del hogar a la mujer, mientras que al hombre se le asignaban roles de protector, trabajador y el que supe las necesidades económicas en el hogar.

El rol de madre lo relacionan también como “trabajo de reproducción”, el cual hace referencia a un tipo de actividad necesaria para el funcionamiento de la sociedad, donde se involucra el cuidado del hogar y la familia, finalmente alguien debe asumir estas responsabilidades. Este rol es considerado como un rol de trabajo, asumido dentro del grupo familiar, no tiene ninguna proyección social, ni remuneración económica, lo que lo hace desvalorizado y no reconocido. (Echeverry et al., 2007)

A este rol se le relaciona también las labores domésticas, considerándolo, monótono y rutinario, en donde las mujeres se exponen a una gran cantidad de carga física, por la realización de esfuerzos; mental y psicológica por la ansiedad, depresión, aislamiento social, menos posibilidad de aprendizaje, poca remuneración y desarrollo personal que puedan presentar.

Estas labores domésticas se enmarcan también dentro del rol de ama de casa y el rol de esposa, según lo referido por Meleis y Steven. Con respecto al rol de ama de casa, también se relaciona el cuidado a los hijos y la familia y las funciones propias del hogar.

A este rol se la ha asignado mayor estrés, que se relaciona con la inequidad de las labores del hogar y el cuidado de los niños, a su vez también se relaciona con el estado de salud física y psicológica. La mujer alcanza una mayor gratificación cuando existe condiciones de apoyo y se comparten las labores domésticas.

El rol de esposa se ve relacionado con el rol de pareja, pero indirectamente también con el rol de ama de casa, pero es importante resaltar por separado el rol de esposa y de pareja, el primero se configura con la convivencia de la mujer, donde se valoran criterios de compañerismo, reciprocidad, interacción, capacidad de dialogo, compartir trabajo doméstico y cuidado a los niños, y el segundo esta relacionado con la experiencia sexual. (Barbosa, Castañeda, Cruz, & Martinez, 2002)

Los tres roles identificados se relacionan entre si, cuando se habla de rol de madre o esposa, se asume como rol de ama de casa y cuando se habla de rol de esposa se involucra también el rol de pareja, por lo que se da mucha relevancia a estas funciones en la mujer.

El rol de trabajadora es un rol, que de acuerdo a los cambios sociales, ha involucrado de una forma favorable a la mujer, este se entiende como un rol en el

que la mujer es empleada, ejerce un oficio en el tiene un reconocimiento y recompensas tanto físicas como psicológicas. La mujer tiene una mayor vinculación en el mercado laboral, pero a su vez la mujer continua ejerciendo sus demás roles, lo que la lleva a ejercer un doble papel el laboral y familiar.

Margarita Quiroz (Echeverry et al., 2007) menciona que “la participación de la mujer en el trabajo productivo, bien sea por necesidad económica o por necesidad de autonomía, genera cambios en la estructura familiar” sin embargo, lo que ocurre realmente es que la mujer sigue ejerciendo sus roles familiares, lo que acarrea sobrecarga de labores, ya que el hombre no se ha vinculado directamente en el cuidado del hogar y los hijos, ni mucho menos en el trabajo doméstico. Esto ha generado la utilización del término múltiples roles, que implica más deberes, presiones de tiempo y estrés, por las obligaciones que deben asumir.

El rol de cuidadora, es establecido como el cuidado a otros, diferente de los hijos, según Serra y Cols (2005), esta generación comprende mujeres mayores de 55 años, que están a cargo de padres o suegros, tienen el cuidado a hijos, son trabajadoras y han extendido el cuidado a los nietos, lo que puede generar más tensión , por tanto mayores problemas de salud, que se traduce en una disminución en la calidad de vida.

Esto es apoyado por García-Calvente, que encontró que el papel de cuidadora tiene claros efectos sobre la salud entre ellos la afectación mental, se generan altos niveles de ansiedad y depresión, esfuerzo según la condición de la persona cuidada, dedicación de tiempo, lo que genera falta de descanso y apoyo familiar.

Dentro de los roles ejercidos por la mujer se encuentran como principales los roles de madre, esposa y trabajadora, pero se han contemplado otros roles como ama de casa y cuidadora, según Meleis y Norbeck son 12 los roles desempeñados por la mujer esposa/pareja, madre, hija, cuidadora, voluntaria,

empleada, estudiante, ama de casa, religiosa, social, recreacional y otros. (A. I. Meleis, Norbeck, & Laffrey, 1989)

Por ello dentro del marco de la enfermedad cardiovascular los roles desempeñados por la mujer tienen gran relevancia, ya que la mujer por muchas circunstancias tanto históricas, sociales y familiares, no le pone atención a los síntomas de enfermedad coronaria, sino que le da prioridad a otros aspectos relacionados con el cuidado a sus hijos, su rol de esposa y cuidado del hogar, lo que hace necesario explorar este fenómeno y más después de la enfermedad como es el desarrollo y desempeño de los mismos.

2.3.2 Surgimiento de los roles

Para la comprensión del surgimiento de los roles es importante resaltar su origen, teorías en las que se encuentra enmarcado el surgimiento de los roles, diferencias entre sexo y género, teorías de género, para luego enfocarnos en los roles desempeñados por la mujer.

El inicio de los roles o fenómenos relacionados con el rol, se encuentra enmarcado en las teorías del rol y el concepto de sí mismo, según Munné. (Sánchez, n.d.) Adicional también se considera como un conjunto de constructos aislados acerca del funcionamiento de las personas en un contexto social, ha sido considerado desde varias perspectivas teóricas. (Barra, 1998)

El término rol tiene sus orígenes en la práctica teatral y ámbito dramático, y se entiende como la parte escénica que la persona representa en el teatro, inicia en la década de 1920, dando rápidamente un auge en su uso.

Básicamente desde las ciencias sociales se alude al género como el “conjunto de características diferenciadas que cada sociedad asigna a hombres y mujeres” (Kaplan, 2011), esto es relevante ya que cada sociedad asigna las funciones de acuerdo a su cultura a hombres y mujeres, de ello hace referencia también la

Organización Mundial de la Salud y dice “los roles socialmente construidos, comportamientos, actividades y atributos que una sociedad considera como apropiadas para hombres y mujeres”. (OMS, n.d.) Por ende no se debe categorizar a la mujer o al hombre según la condición biológica de los sujetos, sino a las diferencias sociales establecidas. La significancia del género también tiene en cuenta aspectos psicológicos, sociales y culturales que resultan de la construcción de lo femenino y lo masculino y establece los roles y normas en la sociedad. (López, 2010)

Cuando se habla de sexo se refiere a las características biológicas universales que tienen los hombres y las mujeres, no cambia, no varia. (OMS, n.d.) La sexualidad se refiere a la manera en que la cultura marca las pautas para vivir los deseos placenteros eróticos. (OMS, n.d.)

Otro aspecto para tener en cuenta, es que género no es sinónimo de mujer, se refiere a hombres y mujeres, Alda Facio se refirió al respecto “Los hombres también responden a un género, de manera que, cuando se dice que hay que incorporar al género en una determinada actividad o estudio no se está, hablando de incorporar a la mujer, aunque el resultado sea visibilizar a la mujer, al hacer visibles las relaciones de poder entre los sexos”. (López, 2010)

La primera persona que hablo de género, fue Jonh Money, en la segunda mitad del siglo XX, para referirse a los comportamientos asociados a la identidad masculina y femenina, donde intervendrían factores socio biológicos, también hizo alusión a los términos identidad de género y papel de género, dando claridad al proceso de desarrollo biosicosexual humano. (Octavio, 2001; Villarreal, 2008)

Luego Robert Stoller en 1963 introduciría la distinción entre sexo y género, pero la tomo como otra perspectiva, identidad de género, al constatar en un paciente biológicamente hombre que fue amputado de sus genitales y criado como mujer sin mayores complicaciones, en su libro “Sex and gender” explicaba que existían

áreas de la conducta humana como los pensamientos, sentimientos y las fantasías, que se relacionan con los sexos biológicos, pero que eran construidas culturalmente, llegó a la conclusión de que género es un término que tiene connotaciones psicológicas y culturales más que biológicas, si los términos adecuados para el sexo son varón y hembra, los correspondientes al género son masculino y femenino. (Villarreal, 2008)

Más tarde Ann Oakley socióloga, que se ha destacado por su trabajo en sexo y género, y en la ciencia social feminista, introdujo el término de género en su obra "Sex, gender and society" donde aludía al término sexo como de la biología y género en psicología y procesos culturales, a partir de sus postulados, la distinción entre sexo y género, fue usada por cientos de feministas para explicar la subordinación de las mujeres como algo construido socialmente, y no justificado en la biología. (Oakley, n.d.; Villarreal, 2008)

La identidad de género esta relacionada con el sexo y se define como: percepción subjetiva que un individuo tiene sobre sí mismo (Kaplan, 2011), y se forma con el conjunto de normas, prescripciones y representaciones culturales que dicta la sociedad sobre el comportamiento (Kaplan, 2011), también constituye uno de los elementos de la identidad sexual, junto a la orientación sexual y el rol de género.

La identidad de género se relaciona con la masculinidad o feminidad y se relaciona con el esquema ideoaectivo de pertenencia a un sexo. (Chávez, 2004) Toda sociedad tiene un conjunto de esquemas de género una serie de normas o estereotipos culturales relacionados con el género, que sirven de base para la formación de una identidad social, dando origen a la identidad de género. (Grace, 2001)

El género como principio de organización social interviene en representaciones de lo masculino y lo femenino, que se transforman en estereotipos, asocian lo femenino a la maternidad, familia, belleza, inseguridad emocional, dependencia

del varón y lo masculino a la fuerza, la inteligencia, el trabajo, la seguridad emocional, independencia material y afectiva, existe también una articulación entre estereotipos de género y roles. Los sistemas de sexo/género son sistemas de poder resultado del conflicto social e histórico entre hombres y mujeres y definen las características de la masculinidad y la feminidad, desfavorable en algunos casos para las mujeres. (López, 2010)

Una vez realizadas las aclaraciones pertinentes, es de relevancia nombrar como surgen los roles en la sociedad, para luego retomar la importancia del desarrollo de los diferentes roles en la mujer.

Dentro del desarrollo de este contexto, cabe mencionar algunos aspectos relacionados con la teoría de los roles, esta concibe los roles como embriones, precursores del yo; los papeles no surgen del yo, sino que el yo surge de los papeles, se considera tres grupos de roles, fisiológicos o psicosomáticos o roles del sujeto, roles psicológicos o psicodramáticos y los roles sociales, todos se pueden integrar y asociar, para identificar y experimentar lo que se denomina nuestro "yo". (Montero, 2005)

También los roles se pueden categorizar en dos grandes grupos desde la perspectiva antropológica donde son patrones normativos culturales y se asignan valores, actitudes y conductas a las personas que ocupan una posición en la sociedad y desde la perspectiva psicológica donde se relacionan contenidos cognitivos y conductas esperadas en relación a una posición laboral.

La teoría de los roles tiene importancia en el desarrollo familiar, social, laboral, y es que a lo largo de la vida las personas pueden desempeñar varios roles, éstos a su vez pueden estar cargados de emociones, comportamientos y actitudes; dentro de esta evolución es importante mencionar a George Mead quien describió el proceso por el cual el si mismo se desarrolla como parte de la secuencia de la maduración del organismo; Robert Merton habló de la teoría del rol y grupos de

referencia, en el que indicó que toda persona tiene un grupo de pertenencia y un grupo de referencia y Ervin Goffman que analizó la interacción social por analogía con una representación teatral, se requiere información de aquellos con quienes se interactuara. (Fernández, 2003)

La teoría de la identidad del rol, se derivan de las funciones que el individuo desempeñe en una posición, básicamente inicia cuando se pide a los niños y adultos que se clasifiquen en rasgos de personalidad, según sea masculino o femenino. (Fernández, 2003)

Frente a la identidad de los roles de género surgen la adquisición de los roles femenino y masculino, esta adquisición se basa en tres teorías las psicoanalíticas señalando que los niños de 3-7 años están en la etapa fálica, también se encuentra el complejo de Edipo y otras, como consecuencia son la culpabilidad y miedo, que se resuelve con una conducta apropiada al género. Las teorías de aprendizaje donde se cree que todos los esquemas de roles, no son innatos sino aprendidos y que los padres, maestros y la sociedad son responsables de cualquier idea o conducta sobre el rol que represente según el género. Las teorías cognitivas se centran en la comprensión que tienen los niños sobre las diferencias de género masculino y femenino, en las percepciones cambiantes que hacen que el niño se comporte de una forma coherente al género. De esta manera se involucran las emociones, identificación, reforzamiento y reproducción de modelos y esquemas de género.

Ahora bien, existen otras teorías que tienen que ver con el desempeño de ese rol, la teoría de congruencia del rol consiste en las consideraciones propias del género y otros roles que preponderantemente han sido exclusivos de un género, así por ejemplo, si una mujer desempeña un cargo de poder, estos cargos generalmente son atribuidos al género masculino, se podría presentar una incongruencia entre roles. En otras ocasiones se puede considerar el conflicto de rol, existe por tanto, la teoría del conflicto de rol y surge cuando una persona

desempeña varios roles y no hay equilibrio o puede ser que un solo rol genere demandas incompatibles con ese rol. Además existe conflicto inter-rol que esta asociada a diversas posiciones de un individuo son incompatibles entre si, y el conflicto intra-rol cuando son incompatibles las expectativas relacionadas con una misma posición.

También existen las teorías de género, Rubin observó la división de roles entre mujeres y varones, y las consecuencias en la economía, debido a reparto desigual de trabajos según el sexo. Oakley introduce el concepto de género en las ciencias sociales, centrándose en las relaciones entre el sistema de dominación sobre las mujeres, las instituciones sociales y la organización de la economía, observó que el sexo biológico es importante para determinar los papeles sociales que va a jugar cada ser humano. Luego Stromquist aporta el concepto de sistema de género, como una construcción de un sistema que crea diferencias entre hombres y mujeres, en virtud del sexo manifestado en tres niveles estructural, institucional y simbólico. (Inadi, n.d.)

Las diferencias entre hombres y mujeres llaman la atención, existen diferencias biológicas, psicosociales y de comportamiento, que se dan de acuerdo al género, algunas en términos de salud están orientadas a que las mujeres son más vulnerables a la depresión y ansiedad, mientras que los hombres tienen mayor riesgo de sufrir dependencia al alcohol, los hombres admiten ser más agresivos que las mujeres, aparece en algunas culturas tempranamente y en otras se da por inequidad de género. (Messias, Hall, & Meleis, 1996)

El rol de la mujer a través del tiempo se ha ido modificando, inicialmente la mujer tenía un rol de cuidado, ya que solo se preocupaba por brindar cuidado a su familia y crianza de sus hijos, transcurridos los años el rol se ha modificado, con la vinculación en la parte laboral, donde se ha desempeñado satisfactoriamente, desde luego se ha dejado de lado un poco el rol de ama de casa y cuidadora.

La mujer asume roles de madre, esposa, ama de casa y el rol laboral se considera transformador ya que ha generado impacto en las nuevas generaciones y a nivel social por los cambios ocurridos en los campos sociales, económicos, políticos y escenarios donde la mujer tiene amplia participación. (Echeverry et al., 2007)

La mujer ha tenido que adaptarse a los cambios modificando conductas, hábitos y estilos de vida, los roles se comparten con el hombre, en ocasiones se intercalan, roles que eran netamente femeninos ahora son asumidos por el hombre y roles que eran netamente masculinos son asumidos por las mujeres. (Echeverry et al., 2007)

Las mujeres en ocasiones terminan asumiendo muchas responsabilidades y obligaciones en la vida, con gran desempeño laboral, en el campo del hogar la mujer asume un rol de cuidadora y de labores de hogar, no siendo reconocidos socialmente, lo que ocasiona niveles de estrés, ansiedad y depresión. Por otro lado la doble función trae consigo consecuencias físicas y psicológicas para la salud.

Otro rol que se menciona es el de cuidadora, ya que pasados los años la mujer asume cuidado de sus hijos, esposo, trabajadora y responsable de sus nietos, todo ello hace que la calidad de vida de la mujer se vea seriamente afectada.

Los roles que asumen las mujeres pueden inicialmente influir sobre el desencadenamiento de enfermedad coronaria, pueden convertirse en factores de riesgo cardiovascular, pero también puede existir un cambio de roles después del evento coronario, dependiendo del estado de la enfermedad y ello puede influir en la salud y bienestar.

Según la revisión de literatura con respecto a los roles desempeñados por la mujer se han hecho diferentes estudios dentro de ellos se han explorado roles

individuales, pero también agrupación de roles, se destacan, rol de trabajadora y madre, rol de esposa y trabajadora, rol de madre y actividades domésticas, rol de cuidadora, rol de abuela, entre otros. También dentro de la revisión de la literatura se encontró que se relacionan los conceptos de tensión de rol o conflicto de rol, calidad de rol, identidad de rol, múltiples roles, integración del rol y sobrecarga del rol, balance de roles, desempeño de roles entre otros.

2.4 Enfermedad coronaria en la mujer y roles sociales

En el estudio de Framingham Heart (Haynes and Feinleib and Kannel 1980) reportaron que mujeres que tenían responsabilidades en la familia tenían más riesgo de enfermedad coronaria que aquellas que tenían menos demandas en su tiempo. Dos teorías se han desarrollado para examinar la relación entre las demandas del rol, los compromisos y las consecuencias, la primera la teoría de la escasez, que postula que la energía gastada en un rol no es disponible para otros roles, cuando al rol del trabajo le es adicionado otro rol, el maternal, el ser esposa, la sobrecarga de rol puede resultar en influencias sobre su salud.

La segunda teoría de la expansión, postula que entre más roles la mujer tenga, mayores recompensas. Sin embargo otras investigaciones y teoristas, han ido más allá de las teorías propuestas, por considerar que la calidad de los roles de trabajo, maternal y marital contribuyen al estado de salud de la mujer. El estudio propone examinar la relación entre roles y salud integrando aspectos de la teoría de la escasez y la teoría de la expansión y el rol de integración con tres roles centrales para la mujer, la relación entre la identidad del rol, el rol sexual, y el rol de integración y la percepción de salud y los síntomas psicológicos. Se presentan tres hipótesis, el rol de identidad no será relacionado con la percepción de salud y los síntomas psicológicos, el rol sexual será positivamente relacionado con la percepción de la salud y negativamente relacionado con los síntomas psicológicos cuando las características son controladas por las personas y el rol de integración será positivamente relacionado con la percepción de salud y

negativamente relacionado con los síntomas psicológicos cuando las características son controladas por las personas. La conclusión del estudio frente a las diferentes hipótesis fue: la primera hipótesis es parcialmente soportada, el número de roles no predicen la percepción de salud o los síntomas psicológicos. La segunda hipótesis no es soportada, ya que no se relaciona con la percepción de la salud ni con el número de síntomas y la tercera hipótesis, si es soportada, que es el rol de integración y no simplemente el número de roles o incluso el grado de participación en el rol que hace la mayor diferencia en la percepción de salud y los síntomas psicológicos. (A. I. Meleis, Norbeck, & Laffrey, 1989)

Plach (1999), describe que el rendimiento del rol y las experiencias del rol y las relacionadas con la edad y las tendencias de ansiedad, que ocurren de manera diferencial en mujeres de diferentes grupos de edad puede estar relacionada con los cambios evolutivos de los roles sociales y circunstancias de la vida, como un evento cardíaco. Puede ser que las mujeres de mayor edad están más acostumbradas a cambios en su estado de salud debido al envejecimiento, pero un evento cardíaco se produce a principios de la mediana edad o edad madura puede ser menos esperado y más problemático para las mujeres en los ámbitos de familia, responsabilidades profesionales y por ende tener más ansiedad. Poco se sabe de las experiencias de las mujeres con enfermedad cardíaca, lo que se sabe está relacionado con investigación de género, siempre comparado con los hombres, las mujeres están insuficientemente representadas. Los resultados de investigaciones sobre las diferencias de género después de un evento cardíaco se mezclan; después de cirugía cardíaca y de infarto de miocardio, las mujeres reportan más ansiedad, depresión y alteraciones del sueño. La aparición de la enfermedad cardíaca puede afectar a las mujeres psicológicamente por el impacto de deterioro de la salud sobre las relaciones y funciones. Las mujeres vuelven a las tareas del hogar antes que los hombres y al trabajo remunerado más tarde que los hombres. Las mujeres tienen más tasas de abandono a los programas de rehabilitación debido a las responsabilidades del hogar y la familia. Los problemas percibidos por las funciones y responsabilidades familiares se han

visto negativamente asociadas con la salud psicosocial de las mujeres de mediana edad después de un evento cardíaco. En un estudio compararon las mujeres según edad, y se encontró que las mujeres menores de 65 años tenían más problemas con el ajuste del rol y menor satisfacción con la vida, que las mujeres mayores de 65 años.

Plach (Sandra K Plach et al., 2001) describió las diferencias en la ansiedad y la experiencia del rol entre tres tipos de grupos de mujeres con enfermedad cardíaca. La ansiedad y la experiencia del rol en las mujeres puede estar relacionada con la edad, desarrollo de cambios, roles sociales y circunstancias de la vida como la enfermedad cardíaca. Participaron tres grupos de mujeres temprana edad, mediana edad y mujeres de edad después de una cirugía de corazón. El análisis reveló significantes diferencias para la ansiedad y la experiencia del rol por la edad. En comparación con mujeres mayores, las mujeres de temprana edad tenían menos equilibrio entre la recompensa del rol y las preocupaciones y entre la función del rol ideal y real, que puede ser un factor que contribuye al aumento de ansiedad. La mujer desarrolla etapas desde principios de mediana edad hasta la ancianidad, las responsabilidades de rol pueden disminuir con el tiempo como los cambios basados en las obligaciones familiares.

Plach (S K Plach & Heidrich, 2001) realizó un estudio en el que describió cual era la percepción de los roles sociales después de una cirugía de corazón y angioplastia coronaria, y cual es la influencia de la salud física sobre la percepción del rol social, desempeño de roles y el balance de roles después de una cirugía cardíaca y una angioplastia coronaria. Las mujeres en peor estado de salud tuvieron menor desempeño de los roles y percepciones negativas de los roles, el balance entre las recompensas y preocupaciones en los roles más importantes no se vieron afectados por el estado de salud. Las dimensiones de los roles sociales de las mujeres están relacionados con la salud física después de cirugía cardíaca y de angioplastia. El conocimiento sobre el efecto de la salud

física en las experiencias de rol social en las mujeres, fue importante para los clínicos que atienden a mujeres con enfermedad cardíaca. Si una mujer puede ser ayudada para alcanzar una mejor salud funcional para realizar funciones y tareas de la vida diaria se puede sentir mejor proyectando un aspecto positivo sobre su estado de salud actual y futuro.

Digiacomo (DiGiacomo, Davidson, Vanderpluym, Snell, & Worrall-Carter, 2007) el describió la incidencia de depresión, ansiedad y estrés en mujeres después de seis meses de infarto agudo del miocardio. Los datos del estudio pusieron de manifiesto que aunque muchas mujeres no experimentaron depresión, ansiedad y estrés a niveles patológicos, un número importante de mujeres tiene dificultades que pueden poner su salud en riesgo y llegar a tener resultados poco favorables. Es vital implementar medidas para evaluar a mujeres con alto riesgo y asegurar el acceso a intervenciones apropiadas. El desarrollo de un sistema de detección, un servicio de educación y de apoyo a mujeres post síndrome coronario agudo son posibles para mejorar la calidad de vida.

Otro estudio relacionado es el de Norris (C. Norris, Hegadoren, & Pilote, 2007) hizo referencia a la depresión como un síntoma de gran impacto en la calidad de vida de las mujeres post infarto. Varios estudios señalaron que las mujeres con enfermedad coronaria tienen un peor pronóstico que los hombres y sugirieron que la depresión es un factor contribuyente. Como conclusión se encontró que las diferencias de género en salud mental se refieren a diferencias en los niveles de depresión en la mujer. El mayor nivel de depresión en la mujer puede ser una consecuencia de diferencias de género en patrones de recuperación de un infarto.

Plach (Sandra K Plach, 2007) exploró sobre las experiencias de ansiedad y los roles en mujeres de edad media y edad avanzada después de un cirugía cardíaca. Análisis MANOVA reveló diferencias significativas para la ansiedad y las experiencias de roles por edad. En comparación con las mujeres de más edad,

las mujeres de mediana edad tuvieron menor balance entre las recompensas del rol y las preocupaciones y una pobre relación entre el rol ideal y el rol real, que puede ser un factor que contribuye a su aumento de la ansiedad.

Plach (Sandra K Plach, 2007) examinó si la calidad de los roles sociales de las mujeres influyen en el impacto de la insuficiencia cardíaca y su bienestar psicológico. Cuestionarios de encuestas de medición social de calidad de rol, salud física y bienestar psicológico fueron completados por 169 mujeres de mediana edad, ancianas. Después de controlar la edad, los ingresos y la salud física, la calidad del rol social represento una significativa proporción de la varianza en los resultados de bienestar. La calidad de los roles sociales de las mujeres puede ser una consideración importante en el desarrollo de las intervenciones para ayudar a las mujeres con insuficiencia cardiaca a vivir satisfecha y tener vida productiva.

Echeverry (Echeverry et al., 2007) realizaron una revisión documental, que pretendió identificar aspectos relacionados con la influencia entre el rol y el dolor torácico en la mujer, realizando critica de investigación e identificación del tema de interés. Dentro de la revisión se encontró que los roles que mayor se afectan en la mujer con dolor torácico son: laboral, madre, ama de casa, esposa y cuidadora, adicional se encontraron el rol de paciente y autocuidadora. Las mujeres posponen la asistencia a los servicios de salud debido a situaciones que considera mas importantes como el cuidado de sus hijos, el hogar y su desempeño laboral. La influencia de los trabajadores de salud con respecto a la autoestima y la adherencia a los tratamientos de las mujeres. El rol que asume la mujer como paciente con la presencia de síntomas es pasivo. Existen roles que las mujeres no refieren como desencadenantes de estrés, pero es diferente cuando se indaga sobre la satisfacción o el estrés al desempeñar cada rol, pero no es claro cual o cuales roles están más relacionados con el estrés. El desempeño de los roles en la mujer puede influir significativamente en la aparición de síntomas de enfermedad coronaria y cuando la mujer presenta el

síntoma afecta o tiene influencia en el desempeño de sus roles modificándolos, limitándolos, anulándolos o fortaleciéndolos. Tener en cuenta la vivencia de los síntomas y la interacción con actividades de la vida cotidiana, ya que es un tema importante cuando se trata de cuidar la experiencia de salud humana en la mujer.

Digiacomo (DiGiacomo et al., 2011) quiso comprender mejor el impacto de los roles de la mujer en la salud y evaluó la percepción del rol de la mujer en un grupo de participantes en rehabilitación cardíaca, se encontró que el cuidado puede ser tanto positivo como negativo, le da un sentido de propósito, significado y conexión con la comunidad, así como la carga y el conflicto. Se debe tener más énfasis en la promoción de estrategias de las mujeres para lograr un equilibrio entre las responsabilidades del cuidado y la priorización de la salud cardiovascular.

Dentro de los estudios que se relacionan con el fenómeno y los referentes teóricos es importante destacar los que toman como referente de análisis la Teoría de los síntomas desagradables de Lenz; estos estudios se relacionan a continuación: Campo (Campo, 2007) realizó un estudio descriptivo exploratorio, donde se utilizó la Teoría de los Síntomas Desagradables, para la caracterización del dolor torácico tipo isquémico en la mujer, lo relevante con respecto a los roles fue los cambios de conducta, autocuidado y relaciones familiares. Cortes (Cortes, 2006) tipificó los síntomas de dolor torácico en la mujer a la luz de la Teoría de los Síntomas Desagradables. El síntoma fue referido con una intensidad severa. Dentro de las consecuencias del síntoma se encontró controlando la actividad física, conviviendo con el síntoma e incapacitada con el síntoma, que de alguna manera altera su vida cotidiana. Aranguren (Aranguren et al., 2007) desarrolló una revisión documental sobre la caracterización de los síntomas de angina en la mujer, dentro de los antecedentes patológicos se encontraron la hipertensión arterial y antecedentes familiares y dentro de las consecuencias del síntoma controlando la actividad física, el sedentarismo y la dependencia de otros.

Romero (Romero, 2007) realizó un estudio donde el objetivo fue identificar las características de los síntomas de angina en mujeres post angina inestable o infarto agudo del miocardio basado en la Teoría de los Síntomas Desagradables, dentro de las consecuencias del síntoma encontró sentimientos de inutilidad. Rincón (Fanny Rincón, 2007) realizó un estudio descriptivo exploratorio con abordaje cualitativo, en el que se analizó la información generada por mujeres con sintomatología torácica y con lesiones coronarias significativas diagnosticadas por cateterismo cardíaco. En cuanto a las consecuencias del síntoma encontró “autocuidado” “afrontamiento” y “cambio de rol”.

Con respecto a los estudios del otro referente teórico cabe mencionar que aportan para el análisis de la salud de la mujer desde la perspectiva social, Afaf Meleis ha sido una expositora de este tema. (A. I. Meleis, Norbeck, Laffrey, Solomon, & Miller, 1989) realizó un estudio donde evaluó el impacto de la salud de las satisfacciones de trabajo y factores de estrés en el trabajo. Meleis (A. I. Meleis, Kulig, Arruda, & Beckman, 1990), relaciona la calidad del rol materno según la percepción de mujeres con trabajos de oficina, teniendo en cuenta gustos, disgustos y tensiones, para lo que refieren que existen sistemas de afrontamiento en cada uno de ellos. Meleis (A. I. Meleis & Stevens, 1992) en donde analiza la mujer trabajadora con el rol de esposa, la satisfacción, estrés y afrontamiento, ya que poco se conoce sobre los componentes cualitativos de los múltiples roles de las mujeres sus percepciones y sentimientos subjetivos sobre roles de ocupación y roles domésticos, a pesar que todos estos factores modulan los resultados de salud. La mujer en EE. UU entra a la fuerza laboral en número cada vez mayor y continua llevando mayores responsabilidades y actividades relacionadas con roles domésticos, de esposa y madre. Cuando hay recursos financieros disponibles la mujer puede ser capaz de recibir ayuda con la carga de los múltiples roles, pero cuando hay recursos limitados el compromiso de trabajar más se incrementa. Hay trabajos que se caracterizan por ganancias bajas, bajo estatus, flexibilidad de trabajo mínimas, condiciones pobres, pocos beneficios y seguridad, poco se conoce sobre el estrés relacionado con varios roles en estas

mujeres, ya que la tendencia ha sido estudiar mujeres con empleos de alto prestigio. (Barnett & Baruch, 1985, Crosby 1987,A. I. Meleis & Stevens, 1992)

Cuando la naturaleza y calidad de las experiencias inherentes a cada rol no son adecuadas y contextualizadas, el desarrollo de recursos para tratar con estas experiencias se da poco a poco y cuando además estas experiencias no son reconocidas, las mujeres tienen poco poder con el que negociar para satisfacer sus necesidades de salud. Se ha estudiado más la relación de los roles de la mujer y trabajo pago con la salud, Barnett y Baruch atribuyen este fenómeno a la tendencia de ver los roles de esposa y madre como naturales y se ha asumido que estos roles son menos estresantes. Se ha demostrado la relación entre estrés y los múltiples roles en la mujer, el estrés de un rol, puede exacerbar el efecto en otro rol, así el estrés relacionado con los roles del hogar puede proporcionar más estrés en el rol de trabajo para la mujer. Kessler y McRae, 1982 establecen que el trabajo fuera del hogar incrementa su salud mental solo cuando la carga del trabajo del hogar se comparte con el cónyuge. (A. I. Meleis & Stevens, 1992)

Entender la naturaleza y calidad de estas experiencias es importante para tener en cuenta las necesidades de salud de la mujer y mantener un soporte adecuado para el cuidado de la salud pueden mantener y promover la salud de sí mismas y la de sus familias. El estudio analiza la calidad de rol de cónyuge y la relación con el trabajo de oficina, el enfoque para examinar el rol de cónyuge dentro del contexto de sus roles de ocupación como trabajo de oficina y sus roles maternal y de cuidado a los hijos. Dentro de las conclusiones a las que llegaron en el estudio están que se identificó la compasión y la comunicación como agradable con sus compañeros, disfrutaban el sentimiento de amar y cuidar a sus hijos, el mayor estrés en el rol de cónyuge de estas mujeres trabajadoras de oficina es la falta de asistencia con el trabajo doméstico, se sugiere que la división de las labores de la casa puede ser uno de los factores más importantes en la relación entre los roles de la mujer y su estado de salud. Las participantes se sintieron abrumadas por la

amplia gama de deberes con la crianza de sus hijos y el cuidado del hogar después de días de trabajo fuera de su casa y se sintieron insatisfechas con la tradicional expectativa del trabajo del hogar, su manejo y cuidado de los niños son exclusivos de las mujeres y se sintieron frustradas al no poder cambiar esta situación. Varias investigaciones han referenciado niveles de enfermedad entre mujeres empleadas que no comparten equitativamente las tareas del hogar, en el estudio se sugiere que es importante alcanzar una igualdad con el compañero en el compartir tareas del hogar y crianza de hijos. (A. I. Meleis & Stevens, 1992)

Otra área en donde la mujer se estresa es la relacionada con perspectivas y argumentos sobre la crianza de los hijos y la relación íntima con sus cónyuges. Se discernió sobre la falta de libertad, se sintieron criticadas y controladas por sus esposos, llegando a tener comportamientos restrictivos y menosprecio. Aunque algunas de estas mujeres derivan satisfacción de agradar a sus esposos y es ambivalente sobre los costos incurridos en el proceso, algunas están angustiadas por la sumisión de sus propias necesidades al servir a sus esposos y otras indignadas por la posición sumisa.

Muchas mujeres callan su disgusto, pero es importante hablar y resolver los problemas en activa interacción con otros, sin embargo, el asesoramiento sobre posibles soluciones y soporte emocional son rara vez buscados fuera de su pareja, dado la dimensión y ámbito del estrés de rol de esposa de estas mujeres empleadas de oficina, su lucha puede aparecer en relativo aislamiento. Esta investigación solo levanta una capa que encubre el trabajo que realizan las mujeres, al examinar las mujeres empleadas, sus percepciones y sentimientos subjetivos sobre las obligaciones de esposa, premios, nivel de estrés, estrategias de afrontamiento y recursos se espera que las complejidades y consecuencias de salud de las mujeres, el trabajo doméstico puede resultar más comprensible, además crear conciencia de posibles opciones y retos de proveer cuidado, políticas responsables y estar mejor informados acerca del reconocimiento apropiado, soporte, recursos y cuidado de la salud para las mujeres empleadas.

Cargas pesadas de trabajo pueden afectar negativamente la salud de la mujer, especialmente de acuerdo a las características del rol, por ejemplo, en aquellas que ejercen cargos directivos, administrativos, gerenciales o que tienen a cargo el cuidado de niños. También puede afectar la felicidad marital, sobretodo si se considera la inequidad para compartir el trabajo doméstico. Finalmente, las responsabilidades del trabajo de las mujeres afectan las carreras por reducción compensatoria en el trabajo, compromiso y estatus laboral. Estas observaciones apuntan a la necesidad de seguir investigando sobre la carga de trabajo en la mujer y roles de trabajo, sobre la relación de trabajo y bienestar y sobre métodos para prevenir o mitigar efectos adversos de la sobrecarga laboral. (A. I. Meleis & Stevens, 1992)

Meleis (A. I. Meleis, Arruda, Lane, & Bernal, 1994) se refirió a las experiencias de las mujeres con bajos ingresos relacionado con la salud, encontrando que enfermería debe incorporarse un poco más en la evaluación de las condiciones de salud en este grupo de mujeres. Meleis (A. I. Meleis & Bernal, 1994) describió sobre el papel de esposa en el trabajo doméstico, como fueron la naturaleza y calidad de los roles, encontró que aspectos satisfactorios están relacionados con los gestos de cariño de su esposo, pero también habla de las tensiones que puede presentar relacionadas con temor a ser abandonadas y agredidas por su compañero. Dentro de este contexto habla sobre la importancia de buscar estrategias que le ayuden a la mujer. Messias y Meleis (Messias et al., 1996), identificó satisfacción y tensiones de los cónyuges, roles laborales y rol materno, evaluando los recursos de los roles, los personales y ambientales, las limitaciones del rol incluyeron la pobreza, la marginación, el abuso y falta de apoyo familiar. Algunas mujeres se quejaron del uso indebido del alcohol, de las drogas, violencia doméstica, falta de aprecio y afecto, satisfacción socioeconómica y sobrecarga de rol.

Meleis (A. I. Meleis, Douglas, Eribes, Shih, & Messias, 1996) describió aspectos satisfactorios de los roles maternos y conyugales, donde quiso explorar las

vivencias cotidianas de un grupo de mujeres trabajadoras en los roles de madre y cónyuge, los aspectos satisfactorios están relacionados con el apoyo brindado por su pareja a nivel laboral, pero se dieron aspectos estresantes que están relacionados con múltiples funciones, recursos limitados, falta de tiempo para con sus hijos, sobrecarga de rol y ausencias del cónyuge.

Meleis (A. I. Meleis, Messias, & Arruda, 1996) describió que los entornos del trabajo de la mujer en Brasil, en contextos de bajos ingresos y bajo status. El empleo puede constituir una fuente de recompensas, pero también una fuente de factores estresantes relacionadas con sus actividades cotidianas. Los entornos no saludables se caracterizaron por peligros, burocracia, devaluación y limitaciones económicas.

Hattar (Hattar-Pollara, Meleis, & Nagib, 2000) describió aspectos relacionados con el estrés y afrontamiento en la mujer egipcia, como era la experiencia con la satisfacción y el estrés del rol de trabajo y rol materno. Predominó un tema, y fue la interconexión entre los papeles de todas las mujeres al describir su estrés, satisfacción y afrontamiento, así como también que la percepción de desigualdad afecta su vida cotidiana.

3. Marco del diseño

3.1 Diseño de la investigación

La investigación tiene un abordaje cualitativo, es un estudio descriptivo interpretativo que consiste en descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos de la gente sobre sus experiencias y actitudes sobre un fenómeno.

El fenómeno a describir es la experiencia de la mujer que tiene enfermedad coronaria y el desempeño de diferentes roles.

La investigación cualitativa tiene una combinación profunda de estrategias para recoger imágenes de la realidad, pero los procedimientos para organizar las imágenes no están bien definidos y se basan en procesos de inferencia, comprensión, lógica y suerte, pero al cabo del tiempo los resultados emergen como un todo coherente. El laboratorio de la investigación cualitativa es la vida cotidiana y a esta no se le puede manipular, pretenderla o apagarla, las variables no están controladas. (Bottorff & Boyle, 2003)

Los propósitos de la investigación cualitativa son por lo general, desarrollar una teoría, hacer una descripción, dar una explicación o comprender un fenómeno, más que comprobar una hipótesis, por ello es importante ubicarla en la fase más concreta de la realidad aceptada.

La teoría no emerge de manera mágica a partir de los datos, si no es el análisis de los datos un proceso que requiere preguntas astutas, búsqueda implacable de

los datos, observación activa y memoria precisa. Cuatro procesos cognitivos se presentan de manera integral para todos los métodos cualitativos: comprender, sintetizar, teorizar y recontextualizar. Estos ocurren más o menos secuencialmente debido a que el investigador debe alcanzar un nivel razonable de comprensión antes de ser capaz de sintetizar y si no sintetiza, no le es posible teorizar y la recontextualización no puede ocurrir hasta que los conceptos o modelos de la investigación se hayan desarrollado. (Bottorff & Boyle, 2003)

3.2 Etapas del estudio

Para el desarrollo del análisis de contenido se debe llevar el siguiente proceso:

- La definición de la situación o problema, se realiza la identificación del problema, que emerge del análisis concreto de un sector de la realidad social o cultural tal cual se manifiesta en la práctica y no a partir de conceptualizaciones, se da a través del contacto directo de una realidad humana, social o cultural. (Sandoval, 1997) Debe ser clara la pregunta de investigación, antecedentes, objetivos y justificación.
- Plantear intuiciones teóricas.
- Definir la metodología.
- Revisar la coherencia interna del estudio.
- Tener en cuenta el criterio de muestra para estudios con enfoque cualitativo, las necesidades de muestreo van emergiendo a medida que avanza este, se utiliza un muestreo teórico. El muestreo teórico es acumulativo, el investigador se interesa en generar categorías, y una vez que cuenta con un número sustancial, su meta es desarrollarlas, o saturarlas.

3.3 Rigor metodológico

Burns y Grove (1987) sugieren que la validez de los estudios cualitativos debe vigilarse muy de cerca porque existen aspectos que tienden a debilitarla, puede conducir a una falacia holística debido a que el investigador trabaja solo, por el convencimiento de que sus conclusiones son correctas. Miles y Huberman (1984)

describen doce estrategias para examinar la validez cualitativa: 1. representatividad de los sujetos 2. efectos del investigador 3. sopesar la evidencia 4. hacer contrastes y comparaciones 5. significado de lo extraño 6. utilizar casos opuestos, desechar relaciones epúreas 7. replicas de resultados, explicaciones encontradas, buscar evidencias negativas, obtener realimentación de los informantes, controlar sesgos en la validez. (Martinez de Acosta & Caro, 2010)

Otro aspecto que se debe tener en cuenta en los estudios cualitativos que es evaluar la calidad científica del estudio con los criterios de credibilidad, auditabilidad y la transferibilidad.

- La credibilidad se logra cuando el investigador recolecta información que produce hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. Es importante reconocer que los informantes son los que conocen su mundo, el cual puede ser diferente al mundo del investigador. Este aspecto se puede alcanzar, ya que el investigador puede volver a los informantes durante la recolección de la información. (Castillo & Vásquez, 2003)
- La auditabilidad también conocida como confirmabilidad, en la que Guba y Lincoln (Castillo & Vásquez, 2003) se refieren como la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho.
- La transferibilidad o aplicabilidad es el tercer criterio y se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones.
- La validez y la confiabilidad son estándares de rigor científico independientemente de los paradigmas que orienten la investigación porque el objetivo fundamental es encontrar resultados pausibles y creíbles. Morse et al. (Castillo & Vásquez, 2003) proponen que es importante que el investigador use estrategias de verificación durante todo el proceso de investigación, pues la validez y confiabilidad se obtienen activamente.

3.4 Participantes y muestra

3.4.1 Participantes

Mujeres con enfermedad coronaria, que tuvieran más de 6 meses de evolución postevento coronario, hasta un año de evolución, esto permite extraer información cuando los roles sociales y actividades inician nuevamente, par evaluar la experiencia y hasta un año después de ocurrido el evento, porque permite evaluar lo relacionado con la enfermedad coronaria, que hayan estado hospitalizadas en el servicio de cardiología de una Institución de salud con diagnóstico de enfermedad coronaria.

3.4.2 Muestra

La selección de la muestra, se basa en la opinión del investigador para construir una muestra de sujetos en función de su carácter típico, se usa el conocimiento acerca de la población para elegir los casos que incluirá en la muestra. (Martinez de Acosta & Caro, 2010; Polit & Hungler, 1997)

Se requiere de sujetos que proporcionen información, estos sujetos se convierten en medios para obtener datos o la información que se requiere para lograr el propósito de la indagación, por ello es importante la calidad y tipo de información y no la cantidad de sujetos, entonces la muestra es la cantidad de información que obtiene el investigador a partir de los sujetos. (Martinez de Acosta & Caro, 2010)

La muestra estuvo compuesta por toda la información suministrada por las mujeres que sufrieron enfermedad coronaria y que cumplieron los criterios de inclusión.

El muestreo fue teórico e intencionado de acuerdo a las necesidades identificadas en la información en relación con el objetivo de investigación. Según Martínez de Acosta y Caro (Martinez de Acosta & Caro, 2010), la muestra en investigación

cualitativa, esta constituida por la cantidad de información que obtiene el investigador a partir de los sujetos, el número de sujetos pasa a segundo plano.

Strauss y Corbin hacen referencia a que el muestreo teórico evoluciona durante el proceso, se basa en conceptos que emergen del análisis y que parecen ser pertinentes para la teoría, estos conceptos están repetidamente presentes o notablemente ausentes en los datos cuando se compara incidente por incidente, y actúan como condiciones que le dan variación a una categoría principal, se hace muestreo de incidentes, acontecimientos, pero no de personas. (Strauss & Corbin, 2002)

3.5 Criterios de inclusión y exclusión

3.5.1 Criterios de inclusión de las participantes

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fueron:

- Mujeres.
- Que desempeñarán al menos tres roles.
- Que hayan sufrido evento coronario agudo tipo angina estable, angina inestable e infarto agudo del miocardio.
- Que se encontrarán en tratamiento, seguimiento y control por parte del servicio de cardiología.
- Que tuvieran más de 6 meses de evolución postevento coronario hasta un año de ocurrido el evento.
- Que se encontrarán estables hemodinámicamente.

3.5.2 Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión son:

- Delirium.
- Tener algún tipo de enfermedad psiquiátrica.
- Que se encontrarán hospitalizadas en la unidad de cuidado intensivo.

- Que tuvieran una discapacidad previa.

3.6 Procedimiento investigativo

Está relacionado con todo el proceso de investigación, desde la captura de los participantes, hasta el análisis de la información.

3.6.1 Ubicación y selección de los informantes

Una vez se obtuvieron las aprobaciones del comité de ética tanto de la universidad como el de la institución, se inició el proceso de recolección de información. Se contactó a la coordinadora de educación continuada de la institución, la cual brindó la información estadística correspondiente a las mujeres que habían estado hospitalizadas por enfermedad coronaria y con seguimiento por el servicio de cardiología de la institución. Una vez obtenida esta información estadística, se inició el proceso de ubicación de informantes, ya que se disponía de los teléfonos tanto fijos como celulares de las informantes. Para brindar seguridad a las mujeres participantes, se les ofreció la posibilidad de realizar la entrevista en la institución o que la investigadora, debía ir adecuadamente identificada con el carné de estudiante de la Universidad Nacional y con uniforme de enfermera al lugar donde la participante le pudiera brindar la atención y la oportunidad de realizar la entrevista.

Los pasos que se realizaron para lograr la entrevista de la participante fueron:

- Ubicación telefónica de la participante.
- Explicación de porque disponía de los datos de ubicación de la participante.
- Explicación del objetivo del estudio, de la participación voluntaria, de la vinculación como estudiante de maestría de la Universidad Nacional de Colombia, y del consentimiento informado.
- Una vez la participante refería querer participar en el estudio, se planeaba la primera cita.

- La mayoría de las participantes quisieron que las visitara en su casa y la disposición fue de gran ayuda para la investigadora.

Los pasos que se tuvieron en cuenta para realizar la entrevista fueron:

- Cuando tenía el primer contacto con la participante me presente con el carné de estudiante de la Universidad Nacional de Colombia, programa de maestría en enfermería.
- Explicación del objetivo de la investigación, de la participación voluntaria, lectura del consentimiento informado, explicación según necesidad de la participante y firma del consentimiento informado.
- Explicación del método de recolección, entrevista y necesidad de grabación de la entrevista.
- Explicación de la necesidad de realizar notas de campo y de las observaciones sobre las expresiones generadas por cada participante.
- Explicación que de acuerdo al análisis de la entrevista, se veía la necesidad de realizar recabación de la información o nueva entrevista.
- Brindar datos de la investigadora

Una vez obtenida la información se realizaba transcripción de la entrevista, notas de campo y observaciones. Se inició el proceso de análisis.

3.6.2 Diseño de plan de recolección de la información

La recolección de la información se realizó por medio de observación directa, diario de campo, entrevistas y grabación de la entrevista.

3.6.3 Autoobservaciones

Es común que las anotaciones se registren en lo que se denomina diario de campo o bitácora, que es una especie de diario personal o autoobservaciones donde se incluye: descripciones del ambiente o contexto, se describen lugares y participantes, relaciones y eventos, todo lo relevante para el planteamiento y

análisis de la información y el fenómeno. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006)

También incluye observación directa, de lo que se está viendo y escuchando, anotaciones interpretativas, comentarios personales de los hechos, interpretaciones de lo que se percibe, anotaciones temáticas, que son ideas, o especulaciones sobre la teoría, conclusiones y anotaciones personales de los sentimientos. Durante la entrevista se realizó anotaciones relacionadas con el entorno y el contexto del lugar, anotaciones referentes a las expresiones generadas por las participantes y hechos ocurridos durante la entrevista y apreciaciones personales de lo observado, así como también situaciones de hechos relevantes relacionados con el fenómeno de estudio.

3.6.4 Entrevista

La entrevista cualitativa es más íntima, flexible y abierta, se define como una reunión para intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y la otra (entrevistado) a través de las preguntas y respuestas, se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema. Las entrevistas se fundamentan en una guía general del contenido y el entrevistador posee toda la flexibilidad para manejarla. Las primeras entrevistas son abiertas y de tipo piloto y van estructurándose conforme avanza el trabajo de campo. (Hernández et al., 2006)

Las entrevistas se realizaron en varias sesiones con la misma persona, iniciándose con una primera entrevista, la cual parte de una pregunta generadora amplia que busca no sesgar un primer relato que será el que servirá de base para la profundización ulterior. (Sandoval, 1997)

La entrevista permitió la libertad de comunicación y se pudo explorar acerca de la experiencia del desempeño de los diferentes roles en la mujer con enfermedad

coronaria, el investigador tuvo la flexibilidad de profundizar según lo requerido para el objetivo de la investigación.

Para la entrevista se realizó una guía de datos sociodemográficos, con el planteamiento de la pregunta orientadora de investigación (Anexo 1). La pregunta orientadora fue: ¿Cuál ha sido su experiencia con el desempeño de los diferentes roles/papeles/actividades/ o funciones relacionada con su enfermedad coronaria? Y la investigadora orientó las demás preguntas según la descripción de la participante.

Para la entrevista se tuvo en cuenta el tipo de preguntas, Grinnell (1997) considera cuatro tipos de pregunta, pero se consideraron dos para la realización de la entrevista: (Hernández et al., 2006)

- Preguntas generales, parte de planteamientos globales para dirigirse al tema que interesa.
- Preguntas para ejemplificar, sirven como disparadores para exploraciones más profundas.

Según Mertens (2005) clasifica las preguntas en seis tipos, pero se consideraron dos opciones de pregunta para esta entrevista: (Hernández et al., 2006)

- De expresión de sentimientos.
- De conocimientos.

Durante la entrevista se brindó la oportunidad a la participante a expresar lo relacionado a su experiencia o vivencia con el desempeño de los roles, pero durante la profundización, se dio la oportunidad de realizar los tipos de preguntas, que orientaban más al fenómeno de estudio. También se tuvo en cuenta no omitir juicios, que la participante se expresara de su vivencia, para rescatar conceptos y significados que apuntaran al tema de investigación. Siempre se estuvo pendiente y atenta a lo que decía la participante.

Además, se tuvieron en cuenta las recomendaciones realizadas por Hernández (Hernández et al., 2006): el propósito de las entrevistas es obtener respuestas sobre el tema, problema en los términos, el lenguaje y la perspectiva del entrevistado (en sus propias palabras), es importante la narrativa y el contenido de cada respuesta. Lograr naturalidad, espontaneidad y amplitud de la respuesta son esenciales. Generar clima de confianza, (rapport) con el entrevistado y empatía. Evitar elementos que obstruyan la conversación, timbre de un teléfono, ruido de la calle, no saltar de un tema a otro abruptamente y no preguntar de manera tendenciosa o induciendo la respuesta, escuchar activamente, y hacer una pregunta a la vez.

3.6.5 Grabación

El proceso de grabación se realizó en cada una de las entrevistas y permitió tomar los testimonios reales, para extraer información exacta y precisa. Se realizó una vez firmado el consentimiento informado, esto permitía realizar una transcripción de la entrevista para el análisis de los datos. Es de resaltar que para realizar la grabación se utilizó un sistema de grabación digital.

3.6.6 Diseño de las preguntas de la entrevista

Las preguntas se realizan de acuerdo con los objetivos de la investigación y según la información requerida para la misma. Para la investigación se generó una guía de recolección de información, en la cual se indaga sobre datos sociodemográficos y la pregunta orientadora del estudio, luego a través del análisis de la información surgían las preguntas para la profundización de la información.

3.6.7 Proceso de recolección de la información

Una vez seleccionadas las participantes de acuerdo con los criterios de inclusión, se inició el proceso de recolección de datos a través de la realización de las entrevistas.

La información se obtuvo a través de la entrevista individual una vez seleccionadas las participantes, previo consentimiento informado, se inició con las entrevistas, estas se grabaron, se realizaron notas de campo y de observación y se hizo insistencia en la recabación de datos según lo creía conveniente el investigador, esto debe estar sujeto a la autorización de cada participante. A la participante se le informa desde el principio el proceso de recabación de datos y del retiro del estudio según si el participante desea o no continuar en el estudio.

Las entrevistas se realizaron en un lugar seleccionado específicamente para la realización de las entrevistas, el lugar fue cómodo, agradable, que brindó confianza y sobre todo privacidad, este aspecto fue muy importante, ya que permitió intervención y manejo de sentimientos y emociones. Se aseguró el manejo confidencial de toda la información recolectada en las entrevistas.

Previo a la recolección de la información, se realizó una inmersión en el campo, teniendo en cuenta las preguntas sugeridas en la guía, de acuerdo a esta prueba, se analizaron los datos y la información y se realizaron los ajustes necesarios a las preguntas. Una vez finalizada la inmersión en el campo, se inicio el proceso de recolección de datos y se llevo a cabo las entrevistas y las autoobservaciones.

3.6.8 Transcripción y procesamiento de las entrevistas

Es necesario realizar unos pasos para la transcripción y procesamiento de datos (Sandoval, 1997):

- Transcripción de las entrevistas realizadas, las notas de campo y los documentos empleados como fuente de información. Es importante no alterar los registros y transcribirlos tal como se encuentran.
- Se considera la recolección de información finalizada una vez se tenga la información necesaria, según lo establecido en el muestra, básicamente por saturación de información.
- Se inicia el proceso de análisis de la información.

- Se enumeran los informes.

A continuación se presenta el resumen del total de entrevistas con la duración de entrevista y tiempo de transcripción.

Tabla 3-1. Número de participantes, tiempo duración de entrevista y tiempo duración de transcripción.

PARTICIPANTE	DURACIÓN ENTREVISTA	DURACIÓN TRANSCRIPCIÓN
<i>DRM 01 E1</i>	17 minutos	120 minutos
<i>DRM 01 E2</i>	10 minutos	35 minutos
<i>DRM 02 E1</i>	18 minutos	140 minutos
<i>DRM 02 E2</i>	10 minutos	40 minutos
<i>DRM 03 E1</i>	39 minutos	350 minutos
<i>DRM 03 E2</i>	16 minutos	120 minutos
<i>DRM 04 E1</i>	53 minutos	350 minutos
<i>DRM 04 E2</i>	39 minutos	350 minutos
<i>DRM 04 E3</i>	10 minutos	30 minutos
<i>DRM 05 E1</i>	43 minutos	350 minutos
<i>DRM 05 E2</i>	8 minutos	30 minutos
<i>DRM 06 E1</i>	42 minutos	240 minutos
<i>DRM 06 E2</i>	13 minutos	40 minutos
<i>DRM 07 E1</i>	40 minutos	180 minutos
<i>DRM 07 E2</i>	17 minutos	60 minutos
<i>DRM 08 E1</i>	46 minutos	350 minutos
<i>DRM 09 E1</i>	71 minutos	420 minutos

FUENTE: Jeny Castañeda, Investigadora

3.6.9 Proceso de análisis de la información

El análisis de datos cualitativos constituye una fase del método inductivo de investigación que está relacionado con el proceso de elección de los informantes o participantes y con la prosecución de la recogida de los datos. La información obtenida de las entrevistas se analizó mediante la técnica de análisis de contenido. (Fortin, 1999)

El análisis de contenido, que según Berelson (1971), es una técnica para estudiar y analizar, la comunicación de una manera objetiva, sistemática y cuantitativa, y Krippendorff (1980) la define como un método de investigación para hacer

inferencias válidas y confiables de datos con respecto a su contexto (Hernández et al., 2006). Se puede aplicar a cualquier forma de comunicación.

El análisis de contenido se efectúa por medio de la codificación, es decir, proceso en virtud del cual las características relevantes del contenido de un mensaje se transforman a unidades que permitan su descripción y análisis precisos, para codificar es necesario definir el universo, las unidades de análisis y las categorías de análisis. (Hernández et al., 2006)

El universo debe delimitarse con precisión, es el contexto de la unidad (Sánchez Aranda, 2005). Las unidades de análisis o registro constituyen segmentos del contenido de los mensajes que son caracterizados para ubicarlos dentro de las categorías. Sánchez las define como el cuerpo de contenido más pequeño en que se cuenta la aparición de una referencia, ya sean palabras o afirmaciones que nos interesa localizar, Berelson menciona cinco unidades importantes de análisis (Krippendorff, 1990):

- La palabra, que es la unidad de análisis más simple, sin embargo, puede haber letras, fonemas o símbolos.
- El tema, un enunciado con respecto de algo, pueden ser más o menos generales.
- El ítem, es la unidad de análisis más utilizada y puede definirse como la unidad total empleada por los productores de material simbólico.
- El personaje, se trata de un individuo.
- Medidas de espacio-tiempo, son unidades físicas.

Las unidades se insertan, colocan o caracterizan en categorías y/o subcategorías, para seleccionar las unidades Berelson sugirió (Krippendorff, 1990):

- En un estudio se pueden utilizar más de una unidad de análisis.
- Los cálculos de palabras y unidades amplias, como el ítem y las medidas de espacio-tiempo, son más adecuados en los análisis de asuntos definidos.

- Las unidades amplias y más definidas son válidas para la aceptación o rechazo en una categoría.
- Las unidades amplias requieren de menos tiempo para su codificación.
- Los temas u oraciones son más difíciles de analizar.
- El tema es adecuado para el análisis de significados.

Las categorías son los niveles en donde serán caracterizadas las unidades de análisis. La selección de las categorías depende del planteamiento del problema.

El análisis de contenido transforma sistemáticamente material verbal, textual o visual en datos cuantitativos, mediante un conjunto de códigos y reglas para aplicarlo.

Para el análisis de la información se tuvo en cuenta la guía del manejo de la información basados en expertos en análisis de contenido, y que ha sido trabajada por el grupo de investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia (Universidad Nacional de Colombia, 2010):

1. *Identificación del material empírico*: Constituido por el Corpus Textual, en este caso corresponden a las entrevistas.
2. *Lectura superficial*: significa entrar en contacto con el material y dejar surgir libremente las impresiones, es una lectura flotante, la cual permite la impregnación en el contenido de los textos y da lugar a organización del corpus textual.
3. *Definir unidades de registro*: palabra, frase o párrafo, según la investigación.
4. *Análisis de las frases u oraciones*: se analiza la palabra que contiene o en el contexto, para darle un sentido interpretativo, las unidades de contexto definen el sentido de las unidades de registro. Al realizar este análisis puede seguir análisis e interpretación de las unidades de registro y ubicación de las unidades de registro en las denominadas unidades de contexto, estas pueden ser teóricas o que emergen dentro del texto.

5. *Codificación*: es la adscripción de todas las unidades de registro a las unidades de contexto.
6. *Categorización*: es la clasificación de unidades de registro según similitudes y diferencias desde diferentes puntos de vista.
7. *Relación entre categorías*: una vez identificadas las categorías se van estableciendo relación entre categorías y subcategorías constituyendo un árbol de nodos que será la expresión de un metatexto.

Tabla 3-2. Ejemplo de subcategorización y categorización de la información.

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA MUJER			
Participante	Unidad de análisis	Subcategorías	Categorías
DRM 01	<p>Bien, <i>yo me sentía bien</i>, lo único era tensión que se me subía mucho la tensión no más y sufría si de dolores de cabeza, pero bien, yo mantenía bien. (M1E1P3)</p> <p>Entonces, <i>me dio un pre infarto</i>. (M1E1P4)</p> <p><i>Si yo me sentía, muy fatigada</i>, me empezó a dar mucha fatiga al acostarme al caminar no podía caminar porque me fatigaba mucho. (M1E1P7)</p> <p>Y yo ya cuando salí de la clínica yo salí bien y hasta ahora voy bien, <i>yo camino, y ya no, ya no me da ahogo</i>, ni nada, ya estoy bien. (M1E1P10)</p> <p>Huy! Siempre me demore como dos meses. (M1E1P23)</p> <p>Y <i>yo no consultaba</i>, ni nada, no se (Cara de no saber) (M1E1P24)</p> <p><i>En todo sentido me siento bien</i>. (M1E1P80)</p>	<p>Percepción de la mujer sobre su salud</p> <p>Limitación física por síntomas de la enfermedad</p>	

FUENTE: Jeny Castañeda, Investigadora

3.6.10 Inmersión en el campo

Esta pretendió ir al contexto de las informantes, para obtener información por medio de una entrevista abierta de la experiencia con el desempeño de los diferentes roles en la mujer con enfermedad coronaria.

- Se realizó una prueba inicial aplicando la entrevista a una informante, inicialmente se había planteado la posibilidad de realizar una entrevista con guía de preguntas, esta entrevista se realizó, pero una vez transcrita, y cuando se fue a realizar el primer análisis, se observó un problema de sesgo de información, con esa estructura de preguntas. Por lo tanto, se realizó una segunda prueba, en la que se buscó una informante que cumplía con los criterios de inclusión, y donde se realizó una primera entrevista con una pregunta orientadora. Durante este proceso se analizó si la pregunta era correcta, los términos usados relacionados con la palabra rol, eran acordes al contexto de la informante. Con el análisis, se pudo establecer que la pregunta orientadora con uso de términos más sencillos y adecuados al léxico popular, era más relevante y de entendimiento para los informantes. Durante el proceso también se realizó una segunda entrevista de recabación de la información, donde se comprobaron el uso de términos y profundización del fenómeno a estudiar.

3.7 Riesgos del diseño

Están relacionados con la validez, y tienen que ver con la muestra significativa, esta se logró por saturación de la información. Riesgo para el análisis, que surge de la información generada de las entrevistas abiertas y que se solventa por medio de un buen análisis de contenido.

3.7.1 Consideraciones éticas

Se consideraron los aspectos éticos referentes al costo-beneficio, el consentimiento informado, la participación voluntaria, manejo confidencial de la información, autorización de las instituciones, para dar un adecuado manejo a la información y principios éticos.

Se tuvieron en cuenta los aspectos relacionados con la investigación contemplados por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias

Medicas (CIOMS) (Ginebra, 2002), en la que se dan pautas internacionales relacionadas con la investigación biomédica en seres humanos.

Los tres principios éticos básicos son: respeto por las personas, respetando así su autonomía que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación. La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Los riesgos de la investigación deben ser razonables a la luz de los beneficios, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y finalmente el principio de justicia en el que se debe tratar a la persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo apropiado. Se refiere también a la justicia distributiva que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación. (Ginebra, 2002)

Por tanto, las participantes fueron autónomas y decidieron participar voluntariamente en el estudio. En cuanto, a la beneficencia se tuvo en cuenta el estado de ánimo de las participantes durante la entrevista, se estuvo atento a cualquier dificultad relacionado con manejo de estrés, manifestación de sentimientos y emociones, se trató de forma individual por medio de una relación terapéutica enfermera participante, facilitando espacio para la expresión de sentimientos y ayuda. No fue necesaria intervención de mayor vigor, pero se contaba con el servicio de Psiquiatría de la Institución para solicitar apoyo terapéutico, en caso necesario. Siempre el confort y bienestar de las participantes fue objetivo de equilibrio durante la entrevista y en el proceso de recabación de información.

Se consideraron también aspectos éticos relacionados con la investigación como: el respeto por las personas o autonomía operacionalizado en el consentimiento informado; la justicia valorada a través de la selección de los sujetos de estudio;

la beneficencia, a través de la evaluación de la relación en riesgo- beneficio. (Gustavo & Garzón, 2002)

Teniendo en cuenta el principio de respeto a la dignidad humana en la investigación, los sujetos de investigación tuvieron el derecho de decidir voluntariamente si participan o no en el estudio, sin el riesgo de exponerse a represalias, y la investigadora describió a los sujetos de investigación la naturaleza del estudio, el derecho que tenían a rehusarse a participar, las responsabilidades de la investigadora y los probables riesgos y beneficios en que incurrirá. (Polit & Hungler, 1997)

También se tuvieron en cuenta asuntos éticos en investigación clínica como: consentimiento informado, determinación de la relación beneficio-riesgo, la privacidad y confidencialidad y la veracidad de la información. (Fry & Johnstone, 2010)

El consentimiento informado se obtuvo antes de iniciar la participación del sujeto en el estudio, el requisito de obtener el consentimiento informado tiene dos dimensiones claves la provisión de la información y la capacidad para decidir y hacer elecciones voluntarias a participar. El consentimiento informado es un proceso que protege la autonomía de los participantes, los protege de daño y ayuda al investigador a evitar fraude y coacción en cuidados a la salud. El consentimiento informado debe tener tres componentes: información, capacidad de decisión y competencia.

La determinación de las relaciones de beneficio-riesgo es uno de los problemas más difíciles, por ello la investigadora debe considerar todas las posibles consecuencias del diseño de la investigación y estar dispuesta a equilibrar cualquier riesgo inherente al participante con beneficio proporcional a esa persona, incluye la identificación de personas que son más probables para ser sujetos de riesgo, identificar el tipo y nivel de riesgo involucrado físico,

psicológico, emocional, cultural y social e identificar los beneficios anticipados en el estudio.

Para el estudio se consideró un riesgo más que mínimo (Ministerio de Salud, 1993; Polit & Hungler, 1997), que se define como riesgo en el que cabe la probabilidad de afectar al sujeto, en este caso, se podría afectar psicológicamente, recordando hechos, eventos o situaciones relacionadas con los diferentes roles ejercidos, y en los que las participantes se pudieran sentir vulneradas. Para ello se contó con el apoyo del Servicio de Psiquiatría de la institución para facilitar apoyo terapéutico.

La privacidad es una noción compleja que deriva de un interés moral especial que las personas obtienen en tener el control de la información acerca de ellos mismos y de quien más debe tener acceso a la información, cuándo, cómo y bajo qué condiciones. La investigadora tiene la obligación legal y ética de no utilizar la información obtenida en un contexto para cualquier propósito que no sea para el cual se otorgó, y se hará un esfuerzo razonable para proteger y mantener la confidencialidad de las identidades de los participantes.

4. Marco de análisis y resultados

Se presentan los resultados del estudio en el siguiente orden:

- Caracterización demográfica de las informantes.
- Descripción y análisis de las categorías a partir de las expresiones de las mujeres con enfermedad coronaria y la experiencia del desempeño de los diferentes roles.
- Descripción y análisis de las categorías según los referentes teóricos de enfermería, para el fenómeno de estudio y estudios adicionales relacionados con el fenómeno.

4.1 Caracterización demográfica de los informantes

Se abordaron 10 informantes claves, que cumplieron con los criterios de inclusión, se realizaron dieciocho entrevistas que garantizaron la saturación de la información por muestreo teórico. Las entrevistas se transcribieron de forma textual y se guardaron como textos, para su posterior análisis.

La caracterización demográfica de los informantes, fueron 10 mujeres que corresponde al 100% de las informantes, el promedio de edad fue de 62 años, entre edades de los 33 y 82 años, el 30% de las informantes eran casadas, el 30% solteras, el 20% se encontraban en unión libre, 10% separadas y 10% viudas. Dentro del nivel de escolaridad se encontró que el 70% tenían primaria básica, el 20 % eran bachilleres y el 10% tenían bachillerato incompleto. En cuanto al nivel socioeconómico se encontró que el 80% eran estrato 3 y el 20 %

estrato 2. Las ocupaciones que predominaron fueron 40% eran amas de casa, el 40 % eran pensionadas y se encontraban en su hogar y el 20% trabajaban.

Dentro de los factores de riesgo se encontró que el 100% de las mujeres tenían hipertensión arterial, 90 % sedentarismo y el 50% tenían antecedentes familiares. Las patologías que adicionalmente acompañaron a las mujeres fueron: hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipotiroidismo, EPOC, insuficiencia renal aguda y insuficiencia cardiaca.

4.2 Descripción y análisis de las categorías a partir de las expresiones de las informantes.

Las expresiones de las participantes sobre la experiencia del desempeño de los diferentes roles en la mujer con enfermedad coronaria fueron organizadas en códigos descriptores o unidades de análisis, luego estos códigos se organizaron en subcategorías un total de 13, con lo que se consolidaron en 3 categorías, las cuales reflejaron la experiencia del desempeño de los diferentes roles en la mujer con enfermedad coronaria, se logró saturación de la información y se realizó el análisis de las experiencias vividas por las mujeres en cada uno de estos roles.

A continuación se presentan las categorías y subcategorías.

Tabla 4-1. Categorías, subcategorías de la experiencia del desempeño de los diferentes roles en la mujer con enfermedad coronaria.

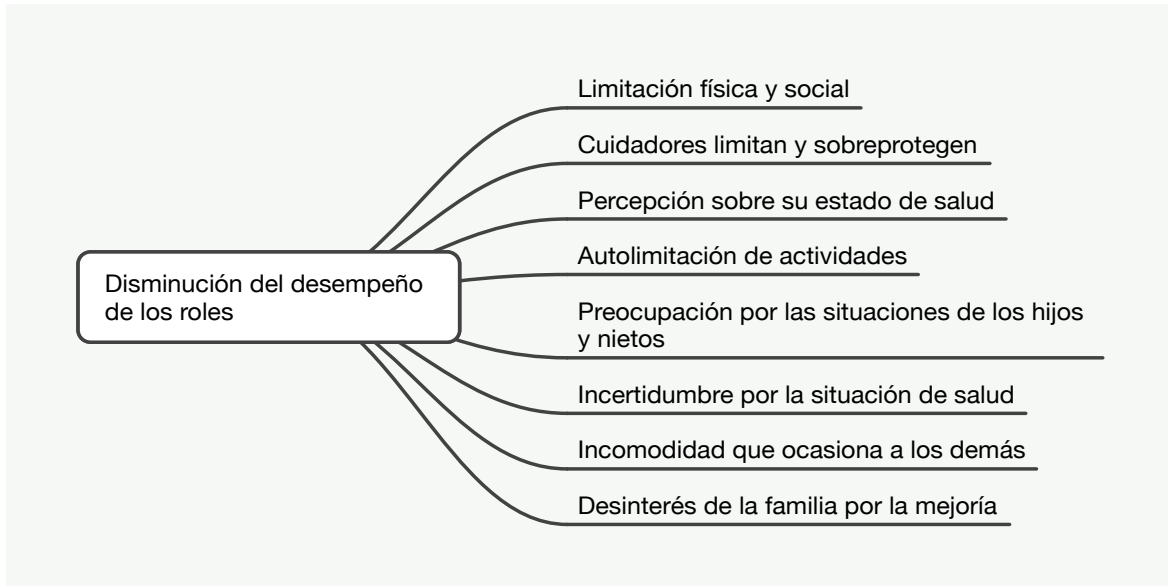
Categorías	Subcategorías
Disminución en el desempeño de los roles	1. Limitación física y social. 2. Cuidadores limitan y sobreprotegen 3. Percepción sobre su estado de salud 4. Autolimitación de actividades 5. Preocupación por las situaciones de los hijos y nietos 6. Incertidumbre por la situación de salud 7. Incomodidad que ocasiona a los demás 8. Desinterés de la familia por la mejoría
Apoyo y protección para sobrellevar los roles	9. Retomar actividades de cada rol 10. Retribución del cuidado, con el cuidado 11. Apoyo de los seres queridos 12. Apoyo con las tareas del hogar
Autocuidado frente al evento cardiovascular	13. Gestiona su autocuidado

FUENTE: Jeny Castañeda, Investigadora

La experiencia del desempeño de los diferentes roles en la mujer con enfermedad coronaria demuestra que algunos roles son más relevantes, sobre todo en las mujeres adultas mayores, los roles que se encontraron en los informantes fueron: rol de ama de casa, rol de madre, rol de hermana, rol de abuela y rol de esposa, un rol sobresaliente es el rol de madre y se configura dentro del contexto de la mujer con enfermedad coronaria como un rol primordial, el cual le brinda a la mujer satisfacciones, felicidad, pero también tristeza, temor. Otro rol es el de ama de casa, que para las informantes pasa a ser un rol secundario, pierde relevancia con la enfermedad, sin embargo es un rol fuerte, ya que constituye un rol con el que la mujer tiene más relación. El otro rol es de esposa, que en la mayoría de las informantes configura al esposo como una persona que le brinda protección, apoyo y colaboración. El otro rol es el de hermana, que para algunas informantes es parte del apoyo familiar, donde expresan gratitud, compañía y la posibilidad de compartir experiencias y vivencias. Finalmente el rol de abuela, que es un rol donde se refleja agrado, motivación para algunas informantes, en ocasiones preocupaciones, cansancio y en algunas otras ausencia.

4.2.1 Categoría: Disminución del desempeño de los roles

Figura 4–1. Categoría: Disminución del desempeño de los roles



FUENTE: Jeny Castañeda Investigadora

En esta categoría se pueden relacionar aquellos aspectos que de alguna u otra manera debilitan el desempeño de los roles en la mujer con la enfermedad coronaria, se podría entonces afirmar que la enfermedad coronaria produce alteraciones en los roles sociales, en algunos más que otros. Existe una relación estrecha entre la capacidad funcional y el desempeño de los roles, según como se sientan día a día. También autolimitan sus actividades de acuerdo a su salud física y su capacidad para desarrollar actividades de la vida cotidiana. Unos roles producen cierto balance entre las preocupaciones y las satisfacciones recibidas.

Subcategoría: Limitación física y social

Se tiene en cuenta la información referida por las participantes relacionada con la limitación física que tienen y que la atribuyen a la enfermedad coronaria, el síntoma más característico fue fatiga, y según el grado de la fatiga tomaban medidas, o bien para hacer pausas momentáneas o para dejar de realizar esa actividad. Sin embargo, desde el momento en el que se presenta la enfermedad

se dan cambios en el desempeño de los roles sociales, cuando hay mejoría de su situación de salud, nuevamente retoman sus actividades, pero con menos intensidad.

Otro aspecto que llamó la atención dentro del grupo de informantes fue el aislamiento social a que se ven sometidas, refieren que antes eran muy activas, salían con sus vecinas, o eran un poco más independientes cuando realizaban ciertas actividades, pero después de la enfermedad, si no estaban acompañadas, no salían a realizar esas actividades y de cierta forma se volvieron dependientes de un cuidador ya sea el hijo, la hermana, el esposo u otro cuidador.

Los roles sociales que se ven más alterados en relación a la actividad física son en su orden: ama de casa, ya que le restan la importancia a las actividades de la casa; madre, porque ya no pueden atender a sus hijos como antes y esposa, porque se da como una inversión en los roles, él cuida de ella; el rol de abuela se mantiene, tal vez por la motivación que reciben las participantes de poder compartir con sus nietos y las que ejercen la labor de cuidadora, no le ven algún tipo de modificación. Pero el rol más relevante es el rol de madre y al que le dan menos relevancia es al rol de ama de casa. Algunas de las expresiones de las mujeres se relacionan a continuación:

“Si yo me sentía, muy fatigada, me empezó a dar mucha fatiga al acostarme al caminar no podía caminar porque me fatigaba mucho”(M1E1P7)

“Por ejemplo, ya no salía, yo poco salía, porque yo sabía que al caminar me empezaba el ahogo, entonces yo poco de salir de la casa” (M1E1P9)

“Yo lo que decía: lo más tenaz es que a la edad de uno, aunque no es que ya sea pues sea muy joven ni nada de eso, pero depender uno de otra persona es terrible, por que mientras que uno esta con su salud” (M3E1P16)

“y pues si.... Si no lo que paso... pero claro, ya por la edad y todo no he podido, no puedo volver a salir sola, ni nada cierto, pero siempre es que ya 83 años no puede uno...”(M5E1P15)

“¡Ah! como el cuidado o sea, pues yo tanto como cuidarme así, que me fatigo, entonces ya tengo como más cuidado con todo eso, si pero yo o sea no” (M7E1P3)

“... y todo eso si, entonces no me gusta salir sola, o sea si yo no tengo una persona con quien salir, me da pereza ir sola, ir a caminar a irme para algún lado, ¿sí?” (M8E1P48)

Subcategoría: Cuidadores limitan y sobreprotegen

Las participantes refieren que se han sentido muy bien atendidas en el transcurso de la enfermedad coronaria, sin embargo, muchas de ellas se sienten sobreprotegidas ya sea por parte de los hijos, el esposo o compañero, los hermanos e incluso por parte de los nietos; esa sobreprotección incluso puede llegar a la limitación de actividades de la vida cotidiana y de autocuidado. Las informantes refieren que ven la importancia del cuidado y que de alguna manera se sienten bien cuando se preocupan por ellas, pero que cuando se sienten sobreprotegidas, se sienten como inútiles. Es de recalcar que la edad tiene un poco que ver, sobretodo si son mujeres adultas mayores se sienten más sobreprotegidas y limitadas.

Los roles sociales que se ven afectados son el rol de ama de casa, ya que los cuidadores limitan todas las actividades del hogar, lo ven como un efecto negativo para la salud de la mujer; el rol de madre, porque pasan a ser cuidadas y en algunas no genera bienestar. Algunas de las expresiones de las mujeres se relacionan a continuación:

“Pues yo ayudo, sobre todo en la cocina, porque para el aseo viene una señora que nos colabora, además mis hijos no me dejan....(Risas), yo estoy pendiente de mis nietas, veo televisión, me siento en la sala, diálogo con mi esposo...y así. Como tal oficio pesado ya no realizo, estoy pendiente, de que todo quede bien. Me gusta estar en la cocina, eso sí, pero nada más” (M1E2P12)

“Me agacho, y no se que me grita... No te agaches, todas empiezan a regañar y pero eso hay no me dejan agachar haciendo hay un esfuerzo (Se refiere a su

hermana)” (M2E1P29)

“Eso si con mis nueras, pero ya casi poco... no la señora Cecilia esta quieta, sentadita, ¡Ay! no me dejan hacer nada... o ya traen todo preparado o así ¿no?” (M4E1P61)

“A que no haga nada, a que todo me atiende, todo me hace, me... vive preocupado a todo momento entonces uno también se vuelve como medio bobo, jajaja (risa)” (M6E1P76)

“No lo normal o sea ellos sí, ellos más que todo me cuidan más que lo que de pronto me cuido yo por lo menos mi hijo, el me llama: ¿mami, como esta?, mi hija ella está muy pendiente, mi nuera está muy pendiente,...” (M7E1P25)

“no todo, todo me llega acá (comenta que hasta la ropa interior) Le da pena, se ríe... cuál es la talla mama y que no me acuerdo... ha esto todo que zapatos que las medias, que... todo, todo me llega acá a la casa... bendito sea Dios, ¿no?...” (M4E1P75)

“pero ahora yo no tengo libertad, el me acompaña, el habla por mi donde el médico, él le dice: no duerme, ha tenido vomito, ha tenido esto, lo otro, entonces lo que le digo, he estado súper protegida”(M6E1P87)

“y el cambiado pero, muchísimo conmigo, pero eso tal vez ha sido pues tiene algo bueno, pero, algo que no corresponde porque me ha imposibilitado...”(M6E1P83)

Subcategoría: Percepción sobre su estado de salud

La percepción del estado de salud de la mujer se asoció con la motivación para realizar sus actividades de la vida cotidiana, según como ellas se sientan, así mismo realizan actividades ya sea en el hogar, como madres, como esposas y como abuelas.

En su mayoría a pesar de tener la enfermedad coronaria la percepción de salud era muy buena, sólo algunas informantes refirieron cansancio, angustia, soledad y tristeza. Pero desarrollaban las actividades de la vida cotidiana sin ningún problema, a menos que existiera limitación física para realizarlas. Algunas de las expresiones de las mujeres se relacionan a continuación:

“Bien, yo me sentía bien, lo único era tensión que se me subía mucho la tensión no

más y sufría si de dolores de cabeza, pero bien, yo mantenía bien”(M1E1P3)

“No pues yo realmente a pesar de... verdad o sea yo me siento bien” (M2E1P28)

“Aunque si un poco deprimida, siempre le cambia la vida a uno con cualquier enfermedad” (M3E1P12)

“Que le dijera yo... pues yo ahora me siento bien, aunque tengo mis enfermedades, pero me siento bien... y porque tengo a quien acudir ¿sí?...eso es lo que lo detiene a uno en la vida” (M4E1P12)

“En general me he sentido bien, aunque a veces siento miedo, (silencio), jamás pensé que me iba a enfermar del corazón, pero bueno, le doy gracias a Dios, porque estoy bien. Debo seguir en mis controles, para poder seguir cuidando de mi familia, que es lo mas importante” (M7E2P33)

Subcategoría: Autolimitación de actividades

Se refiere a que muchas participantes relacionaron las actividades con el sentir; limitan sus propias actividades, algunas, comparan ciertas actividades que realizaban antes con entusiasmo y agrado, sin limitación, con energía; pero ahora con la enfermedad coronaria sienten que deben limitar sus actividades, dentro de las actividades de la vida cotidiana que más limitan son los quehaceres del hogar, antes se preocupaban porque todo estuviera organizado, limpio, de una manera exagerada, sin embargo, ahora si pueden realizar las actividades las realizan, sino, no las realizan; en cuanto al rol de madre sufren algunas modificaciones, ciertas tareas se comparten, existiendo reciprocidad en el cuidado. Las actividades relacionadas con el rol de esposa se mantienen de alguna manera, las actividades relacionadas con el rol de abuela, se ven limitadas, sobretodo con el bienestar físico de la mujer. Algunas de las expresiones de las mujeres se relacionan a continuación:

“Como que, a ratos si me siento muy cansada, muy cansada, pero, pero, yo veo que como nadie me afana por que haga o no haga, entonces yo me siento un rato miro televisión y así, mientras me pasa” (M1E1P49)

“pero, pero entonces ahora me cohíbo mucho” (M3E1P61)

“Pues yo ahorita ya estoy mal, por lo que estoy tan enferma, por el malestar de las piernas, que me duele la cadera o no sé si es la cadera o será la columna, porque hay estoy en tratamiento, con radiografías, con cosas, pero estoy enferma, me siento enferma de verdad...” (M6E1P84)

“yo ya no me siento con esos mismos ánimos, yo ya no me siento... eh... como con... que yo siempre era como chistosa con las personas cuando estábamos hablando, ya no, yo voy a una fiesta yo soy como callada, yo voy como en carro y como que yo casi no hablo,... eh... de por si que he perdido un poquito la audi... audición” (M8E1P24)

Subcategoría: Preocupación por las situaciones de los hijos y nietos

En esta subcategoría se mencionan aspectos relacionados con las preocupaciones que tienen las mujeres con enfermedad coronaria específicamente con lo hijos y nietos, aunque siempre ha existido y existirá esa preocupación, se hace más evidente y produce menos bienestar psicológico, se asocia el hecho de estar enferma y no poder ser más activas e intervenir de manera clara en estas situaciones; con respecto al rol de madre las situaciones que más les preocupa son las que pueden generar sufrimiento en sus hijos y en relación al rol de abuela, son situaciones relacionadas con la salud y bienestar de sus nietos, asociado a inconvenientes familiares que surgen. Algunas de las expresiones de las mujeres se relacionan a continuación:

“Ahora tengo la preocupación con mi hija....tiene problemas con el esposo, y yo le digo, que aquí esta su casa, pero ella es muy terca, parece que él la maltrata, yo no me quiero meter, porque ella siempre ha tenido problemas con su esposo, pero no toma ninguna decisión....y sigue en lo mismo” (M1E1P62)

“Y eso a mi me pone de mal genio y todo entonces... los grito, o así los regaño y todo eso entonces... mm... pero yo por lo menos, iba los llevaba al colegio, los traía, ahoritica pues no ya no lo puedo... ya no lo hago...” (M3E1P51)

“Menos un problemita que tengo pero es con la nieta ...” (M4E2P2)

“Porqué yo no sé, porqué resulto que no hablando mal del tío del último de José , que le había dicho, que le había... y le dije: no, no creo que, como dice Miguel, yo

me quito el sombrero ante le y ante Pablo...”(M4E2P3)

“No ese si yo no he podido, lo que yo deseaba en mi vida era haberlo disfrutarlo, jah! yo por mi nieto seria que esto, lo otro vaya, haga, pero no, no se dieron las cosas como uno quería...” (M6E1P42)

Subcategoría: Incertidumbre por la situación de salud

En las participantes se evidenció cierto temor por su condición de salud, relacionan que lo que pasa con el corazón es algo muy relevante, piensan en no hacer sufrir a sus seres queridos y viven con la preocupación de volver a sentir molestias y síntomas propios de la enfermedad coronaria. De alguna u otra forma toman medidas preventivas en caso de presentar algún síntoma o situación de salud especial, les da miedo volver a salir solas, por lo que se aumenta la incertidumbre o estar solas, ya que algunas participantes solo permanecen con un cuidador, y cuando éste no se encuentra aumenta el temor. Algunas de las expresiones de las mujeres se relacionan a continuación:

“Pues a mí siempre me ha preocupado de que me de algo grave y que, yo aquí con las niñas, entonces ya les enseñamos, digamos en caso, de que me vean mal o algo, ellas llaman, llaman a alguien” (M1E1P40)

“Si, o que si uno sale es con el pendiente de que va y me pasa algo que si se le ofrece a uno digamos por decir algo salir y, y no tiene que uno salir pero no, es que usted no puede ir sola, es que usted no se que y yo soy una persona que yo por lo menos me volví como... si era nerviosa me volví peor, por ya no atrevo tampoco a salir sola, ni me dejan...” (M3E1P36)

“no, siempre vivo con una angustia no sé, siempre vivo con una preocupación, siempre, siempre me pasa eso y no sé porque, no sé porque, porque yo misma me hago la pregunta, pero y esto y esto y lo otro, y no yo siempre vivo así, así como preocupada, por algo y no sé porque, no sé porque...” (M8E1P91)

Subcategoría: Incomodidad que ocasiona a los demás

Aquí se toma en cuenta lo que las participantes refieren al sentirse cuidadas, el sentirse enfermas e involucrar a otros con sus cuidados genera cierta incomodidad, sobretudo con sus hijos, ya que algunos son cuidadores principales

y deben estar muy pendientes de no dejarlas solas, de atenderlas; en otras situaciones se puede observar como sobreprotección por parte de los hijos, luego con sus esposos o compañeros, pero con este rol, se puede encontrar como una situación muy satisfactoria para ella, por sentirse consentida, protegida, sin embargo cuando este cuidado se supera, lo perciben como algo negativo, como la sobreprotección y la inutilidad. El otro cuidador potencial son los hermanos, que pueden ser una compañía, sin embargo, como ellos también tienen sus propias responsabilidades, entonces en ocasiones pueden haber situaciones que producen insatisfacción, es de recalcar que la emocionalidad es un componente que puede ser positivo o negativo en algunas circunstancias. Algunas de las expresiones de las mujeres se relacionan a continuación:

“Yo me sentía muy mal porque digamos yo no lo dejaba o porque yo me iba a acostar y me daba el ahogo, entonces, yo me fatigaba mucho, él estaba cada nada pendiente, que pusiera más almohadas o esto, lo único que me valía era sentarme” (M1E1P22)

“Mis hermanas en general, me han ayudado mucho, pero la que más me ayuda, es la menor, que está siempre en la casa, ella es la que me acompaña al médico, está pendiente de mis citas, de mis controles....pero ella también tiene sus responsabilidades, entonces a veces me preocupa. No le niego a veces tenemos nuestros disgustos, es que mi mal genio, quiero las cosas ya, soy impaciente, es que depender de alguien no es fácil, y es que mientras mi hija trabaja, ella es la que está pendiente de mí” (M3E2P8)

“tiene que trabajar para poder ver por ellos y todo y aparte de eso tiene mas carga por que yo ya no le puedo colaborar como antes que yo todas sus cositas listas, que le colaboraba con el niño, que la ropita lista, que todo pues, aunque de pronto si le colaboro pero ya no es lo mismo” (M3E1P18)

“entonces ya empezó Jorge se me acuesta ya no se me está más de pie por ahí, mama, tranquila y digo es que me da pena, pero pena con quien le digo... me dice, hay no que todo me estén dando que todo y yo no hacer nada... dice no mama sumerce ya hizo lo que tiene que hacer me dicen.” (M4E1P73)

A no mijo es que la verdad es que yo siento mucha vergüenza... “¿vergüenza de qué?”... de que solo comer y dormir y pedir para el médico, para las pastillas y

que... dijo: ... “no, no, no”... ellos se ponen bravos porque voy a pensar eso...(M4E1P51)

Subcategoría: Desinterés de la familia por la mejoría

Por ser relevante este aspecto y por el poco bienestar que genera en una de las participantes, se considera importante resaltar. Así como hay hijos que están muy pendientes de las mamás, que se evidenció en la mayoría de las participantes, se observó una situación especial, y es un hijo, se alejó de su madre, ella refirió que cuando estuvo enferma el hijo estuvo muy pendiente de ella, pero luego una vez estuvo mejor el hijo se distanció, a la participante es una situación que le produjo dolor y tristeza. Adicionalmente, dentro de la misma situación no le ha permitido compartir con su familiar cercano (nieta), como ella hubiera querido, situación que ha respetado. Se puede inferir que es una situación que genera un desbalance en la presentación del rol de madre y abuela. Algunas de las expresiones de las mujeres se relacionan a continuación:

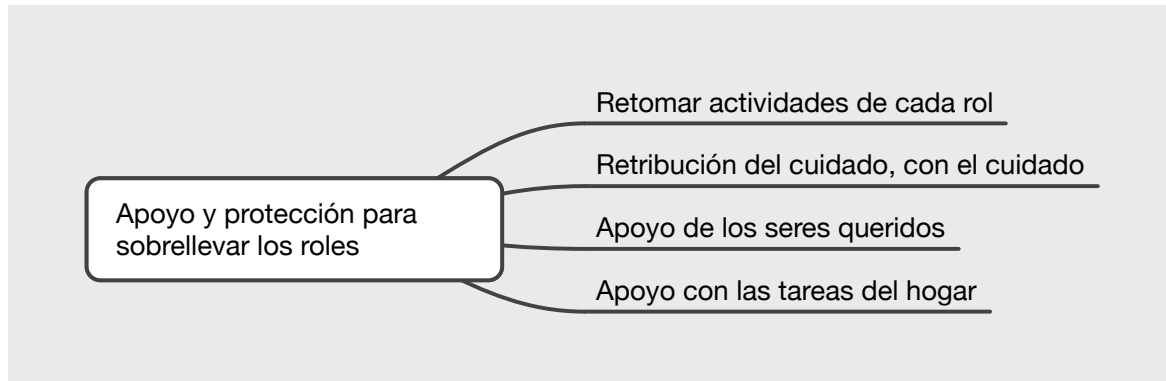
“pero al principio, pues él fue muy bueno yo vivía muy pendiente de él y todo, pero a través de los años del matrimonio de él y todo eso ha habido mucha distancia...” (M6E1P9)

“entonces ese pasito si ha sido difícil de poderlo enfrentar, mas sin embargo, yo no lo llamo, yo no le pregunto, yo no le digo nada, para no tener que... (Silencio corto),... herirlo que él me vaya a herir a mí con una mala contestación...” (M6E1P12)

“eso si es la verdad, no le voy a decir mentiras, me siento herida ahorita hace como 2 o 3 meses que no nos llamamos, porque un día lo llame y yo lo trate durísimo, y como él es tan delicado, entonces no me volvió a llamar, yo no lo volví a llamar, entonces, ni se de él, ni de la familia de él, ni nada...” (M6E1P20)

4.2.2 Categoría: Apoyo y protección para sobrellevar los roles

Figura 4–2. Categoría: Apoyo y protección para sobrellevar los roles



FUENTE: Jeny Castañeda Investigadora

Esta categoría hace referencia a aquellos aspectos que son positivos con los roles en la mujer con enfermedad coronaria, retoman sus actividades según el rol y reciben apoyo de sus seres queridos. Así como también reciben apoyo en las actividades del hogar. Se puede entonces considerar que es una ganancia de la enfermedad coronaria, el sentir apoyo en las actividades de la vida cotidiana y de cierta manera liberarlas de la tensión que puede provocar el desempeño de los múltiples roles.

Subcategoría: Retomar actividades de cada rol

En cada uno de los roles que desempeñan las mujeres con enfermedad coronaria, se retoman las actividades, no de la misma manera, porque hay cambios según el rol, pero tratan de incorporarse a la vida cotidiana. Los cambios que surgen están directamente relacionados con la condición de salud y la capacidad para volver a retomar las actividades, además que retoma las

actividades son más serenidad y menos estrés. Es el caso de las mujeres trabajadoras, que aunque dentro del estudio no fue un rol relevante, en las participantes en las que se vio refirieron, que su trabajo lo retomaron con más calma, con más tranquilidad. El otro rol en la que se retoman las actividades con menos intensidad, es en el rol de ama de casa, los roles que no sufren cambios relevantes son los de madre, abuela y hermana. Otro aspecto que llama la atención es la retoma de las actividades recreativas y el poder compartir con sus amigas, en algunas participantes se ve que realizan actividades grupales para distraerse, refieren que se sienten mejor con su autoestima. Algunas de las expresiones de las mujeres se relacionan a continuación:

Me he sentido muy contenta, porque ahora si ya salgo, voy a tierra caliente, así porque ya puedo caminar y no me da mucho la fatiga y sigo con mis hijos” (M1E1P16)

“Aquí en mi casa, me levanto tarde, hago mi desayuno y el de mi hermana, luego nos sentamos vemos televisión...y así se pasa el tiempo” (M2E1P37)

“Siempre digamos pendiente de las cosas que se necesita en la casa, de lo que hay pendiente, de estar pendiente digamos de lo que hay que hacer digamos referente..... al que hacer de la casa” (M3E1P2)

“Yo voy charlamos en la cocina y el va haciendo y yo por ahí le colaboro... o voy echando ropa a la lavadora, por la tarde arreglar que medias que, doblar ropa interior y llevársela a su puesto a Miguelito. Ha ya llega el a almorzar y no se demora nada eso si se va y me recuesto ahí a ver televisión... ese es mi gran oficio... Jaja (risa), (Frunce los hombros...)”(M4E1P83)

“sin oficio, por ahí me acuesto un rato, como le digo no oía el radio, después de oír radio, por la tarde lo que hacemos las viejitas... rezar, Jajajajaja (risa)” (M5E1P136)

“yo vivo pendiente que la señora, no me falte venir al aseo, que venga, que lave, que planche y que trapee, que el baño, que esto, que lo otro...”(M6E1P127)

¡Ay! si, yo hay días que yo hago el almuerzo, que ya cocinamos para todos, que mi hijo de allá viene, que nos reunimos todos, ahorita en fechas especiales, nosotros nos reunimos hacer el desayuno, almuerzo, todo. Nos reunimos todos

aquí” (M1E1P19)

“A mí me gusta atenderlos, pero ellos ya no me dejan, estoy pendiente del desayuno, a veces me involucró en el almuerzo, hablamos, me cuentan sus cosas, pero como están las esposas, entonces, me preguntan cómo estoy, que me hace falta y así” (M1E2P5)

Subcategoría: Retribución del cuidado, con el cuidado

En esta subcategoría se relacionan aspectos con aquellas personas en las que la mujer brindó cuidado en algún momento de su vida, están los hijos, sobrinos, nietos, hermanas y esposos. Ellas consideran, que como brindaron ese cuidado ahora ellas lo reciben, de cierta forma se ve la retribución por el cuidado y el esfuerzo expuesto. No se sienten solas en este momento de sus vidas, al contrario sienten que están pendientes de su situación de salud. Algunas de las expresiones de las mujeres se relacionan a continuación:

“En alguna época estuve pendiente de ella, yo la cuidaba, ahora ella nos cuida. Es una mujer muy entregada. Se preocupa cuando alguna se enferma, entonces está más pendiente” (M2E2P5)

“yo me preocupo, porque yo también le correspondo a él, que su ropa este lista, que la señora que viene a lavar ayudarnos, tener todo arreglado, que llego el almuerzo, entonces me dice: “yo le voy a ayudar a hacer el almuerzo”, y yo le digo: no si hoy voy a hacer tal cosa suave, “no pero venga haber” (M6E1P90)

“Y por ahí voy.... Para salir a las citas medicas o así a traer comidita o algo, me acompaña la señora que me... o las sobrinas que tengo allá en Estados Unidos ellas me la pagan” (M5E1P25)

“... entonces ahora se cambiaron los papeles, ven es de mi, todos” (M5E1P25)

Subcategoría: Apoyo de los seres queridos

Dentro de esta categoría cabe resaltar el apoyo incondicional que tiene las mujeres con enfermedad coronaria por parte de sus seres queridos, sus hijos, esposos, hermanos, nietos, y de otras personas como vecinos y amigos, al sentir

que se preocupan por su estado de salud y por su bienestar. El afrontamiento en pareja de las adversidades de la vida hacen sentir a su esposo como una compañía permanente, pero además tienen que sortear la enfermedad los dos, y se ve reflejado en la manera como afrontan la enfermedad. Algunas de las expresiones de las mujeres se relacionan a continuación:

“Mis hijos, mis hijos me llaman seguido, por ejemplo, mi hija, tengo una hija en Fontibón, la mayor, ella vive muy pendiente de mi, ella me dice, si mi papá se cansa, me avisa, y yo me vengo como sea, que llevarla, cuidarla” (M1E1P56)

“Comparto mucho con mis hijos, ellos están muy pendientes de mi, me acompañan, me llaman, salimos a pasear, trato también de estar pendiente de ellos, aunque ellos tienen sus esposas, pero estoy al tanto” (M1E2P2)

“Sí, yo ahoritica me siento muy contenta, porque estoy con mis hijos, los tengo al pie mío, y sí, yo me siento harto bien, bien” (M1E1P12)

“Pues como siempre estamos las dos(se refiere a la hermana), trato de realizar todo con ella, el desayuno, el almuerzo, tiendo mi cama, y como no me dejan hacer nada mas....pues entonces, los acompaño hacer mercado, pagar los servicios” (M2E2P1)

“Hemos estado unidos en nuestras enfermedades y todo entonces no nunca me he sentido hasta el momento sola” (M3E1P11)

“mis hermanas... mi hermana la de allá me llama mucho y todo eso y... casi ya me llama diario y esto, lo otro, la que vive por allá en Cedritos, ella la que esta aquí, pues entonces” (M5E1P160)

“¡Ay! sí, y él es tan supremamente atento conmigo, es que yo voy a acostarme a medio día, el ya me tiene una cobijita tendida por encima de la cama, o que me acuesto el va y me arropa, el vive pendiente de que me tome la droga que me tome esto, que bueno, eso que con los años que yo le llevo a él y lo formal que es el conmigo, a ratos digo mi marido es tan bueno que me ha imposibilitado de que yo me defienda...” (M6E1P75)

“Pues el desempeño,... por lo general siempre me he preocupado mucho por mis hijos, desde antes de la enfermedad y después de la enfermedad, siempre he querido estar con mis hijos, tenerlos como cerca a mi...”(M8E1P1)

“Con los niños.... Bueno me ha gustado disfrutármelos, son muy especiales, más el mayorcito, ¡ah! Es un niño que está pendiente, que necesita abuelita, me cobija, que si le prendo la máquina, que no camine mucho, que me siente.....a veces va y se acuesta al lado mío, me consiente, vemos las novelas....(Risas)”
(M3E2P6)

Subcategoría: Apoyo con las tareas del hogar

El apoyo que reciben las mujeres para la realización de actividades se incrementa después del evento coronario, sienten menos carga a la hora de realizar sus actividades. Con respecto a los oficios de ama de casa las mujeres experimentan una buena actitud de sus esposos al respecto, se incrementa la colaboración de ellos en los quehaceres de la casa, en la realización de las comidas, en otras palabras se equilibran las cargas. Antes de la enfermedad experimentaban sobrecarga de labores. Aquí se evidencia una redistribución de actividades. La administración de la casa es otra labor que surge dentro de las funciones de las mujeres, esta labor se refiere a estar pendiente porque el hogar funcione de manera adecuada, que todo se encuentre organizado, así no sean ellas las que realicen las labores, pero están pendientes de que todo este bien.

La protección se relaciona con la ayuda que siente la mujer, ya no la dejan realizar trabajos pesados, siente más colaboración de parte de sus hijos, están pendientes de su estado de salud, pero también de las actividades que son responsabilidad de ella. Algunas de las expresiones de las mujeres:

“El me ayuda con los oficios, con los mandados, me acompaña en la casa, me lleva a las diálisis. Para que es un hombre que se preocupa por todo. (Silencio).”
(M1E2P7)

“el me mantiene en la cocina arreglada...”(M6E1P148)

“de ahí para acá es que yo no hago nada, me volví vaga jajajajaja (risa)”
(M6E1P194)

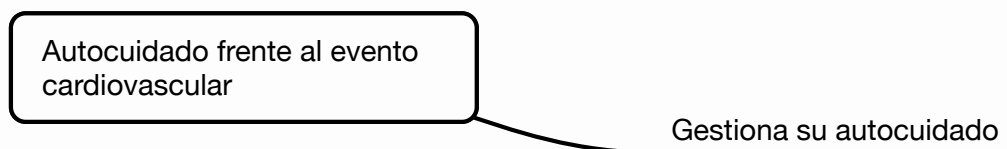
“Claro más, más hay si respira uno más tranquilo, ya veo que ellos me colaboran y como que una ya se siente como menos... ahora si me colabora antes no, antes mi

marido no me colaboraba ahora si me colabora” (M7E1P62)

“No, acá no, acá el me colabora también, ayudarme a hacer los oficios... eee... cuando están aquí mis hijas también me colaboran y todo eso... ¿sí?... o sea a mí el oficio ya no me toca a mi pesado... en un tiempo tal vez pues mientras estuve con... sacando a mis hijos adelante, pues si me toco pesado, me toco pues luchar con ellos y todo eso, que para allá, que las carreras, que para allá, que para acá, después con los nietos y eso, pero ya, pues practicante deje ese trajín... ¿sí?..”(M8E1P94)

4.2.3 Categoría: Autocuidado frente al evento cardiovascular

Figura 4–3. Categoría: Autocuidado frente al evento cardiovascular



FUENTE: Jeny Castañeda Investigadora

Esta categoría hace referencia a los cambios que debe realizar la mujer ya con la enfermedad instaurada, inicia procesos de autocuidado, aunque en ocasiones sea pensando en otros y no en sí mismas.

Subcategoría: Gestiona su autocuidado

Con respecto al autocuidado, se refiere a las medidas que toman las mujeres para cuidar de su salud, pero solo pensando en sus hijos, una vez enfermas se hacen responsables de la toma de los medicamentos, de la comida saludable y medidas que les brinde seguridad con su bienestar físico. Algunas de las expresiones de las mujeres se relacionan a continuación:

“Me habían hecho muchos exámenes, pero eso como que son así... pero para eso no, yo fui por esto, pero (silencio)... y hay estado pendiente si, tomándome la droga” (M3E1P104)

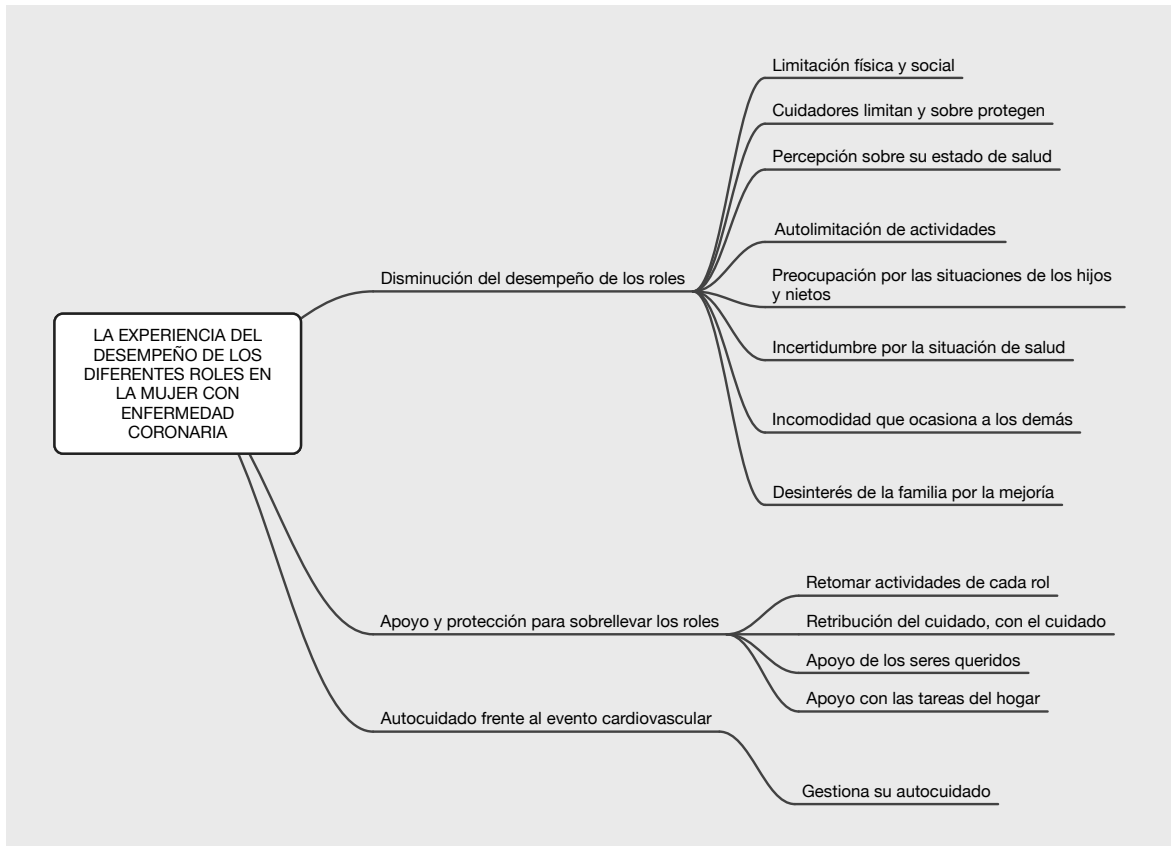
“y... ser todavía más juiciosa con mi droga...(risa)” (M4E1P18)

“Ser muy cumplida, estricta con mis pastillas, con esto con lo otro y....para que Dios me de mas vida, salud para estar con mis... mi familia, ¿no?” (M4E1P19)

“yo me levanto y me siento hay me tomo una pasta, que le me pase el agua y me la tomo” (M6E1P145)

“Me cuido lo normal o sea no, no tengo así, me tomo mis medicamento eso, eso si me los tomo como me los mandaron me los tomo, pero no, no tengo así ninguna, otro, cuando me fatigo, cuando de pronto siento como el dolor y esto si trato de estar tranquila y todo pero no de resto no...”(M7E1P5)

Figura 4–4. La experiencia del desempeño de los diferentes roles en la mujer con enfermedad coronaria



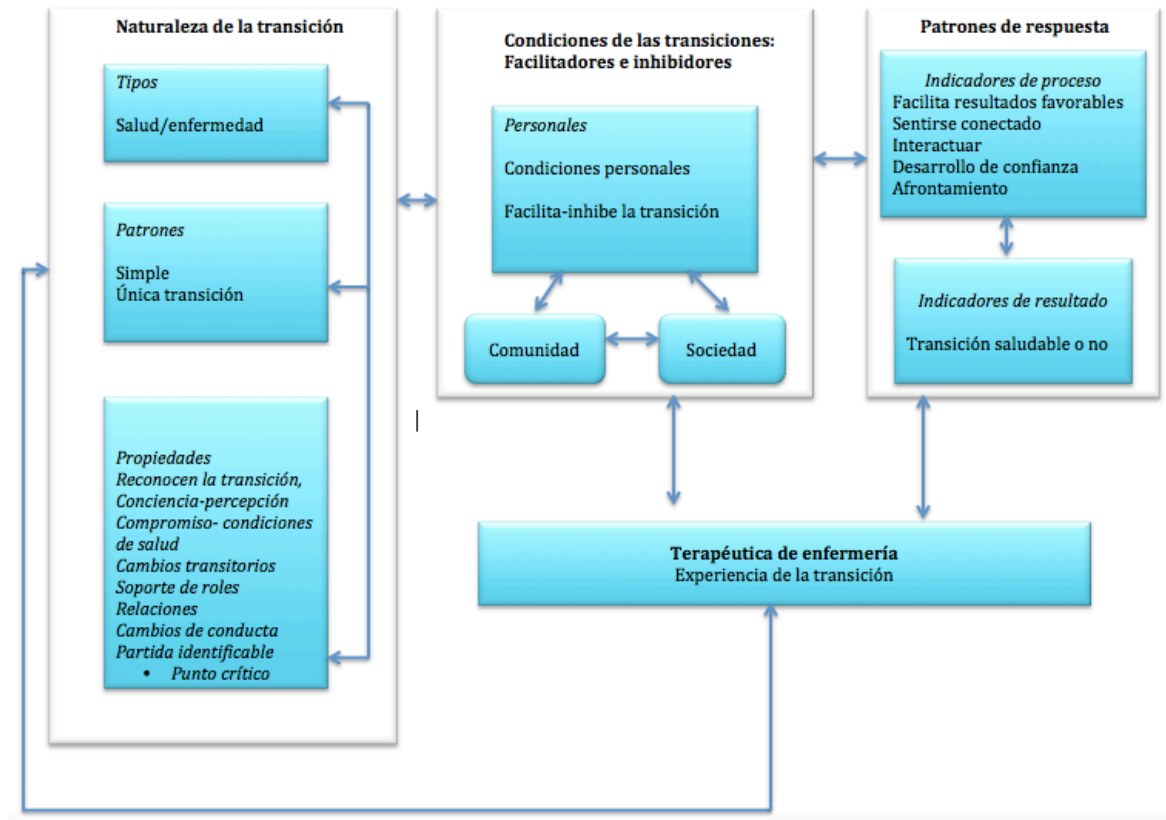
FUENTE: Jeny Castañeda Investigadora

Esta es la representación de las categorías y subcategorías finales del estudio la experiencia del desempeño de los diferentes roles en la mujer con enfermedad coronaria.

4.3 Descripción y análisis de las categorías según los referentes teóricos de enfermería y otros estudios relacionados con el fenómeno

4.3.1 Análisis de los resultados a la luz de la Teoría de las transiciones de Afaf Meleis

Figura 4–5. Análisis de los resultados de la luz de la Teoría de las transiciones de Afaf Meleis



FUENTE: Jeny Castañeda Investigadora

Según la teoría de las transiciones de Meleis (A. Meleis, 2010), la naturaleza de transición que ocurre es de salud/enfermedad, en la mayoría de participantes se observó como única transición, en cuanto a las propiedades de la experiencia de la transición incluyen la conciencia, donde las participantes reconocieron la transición, la percepción de la situación de enfermedad, fue muy importante ya

que en la mayoría de las mujeres se vio un cambio en las percepciones de salud, el compromiso se observó en las participantes, ya que todas se involucraron con mejorar sus condiciones de salud, el cual es un proceso inherente a la transición salud enfermedad. En lo referente a los cambios y diferencias, los cambios en identidades, roles, relaciones, habilidades y patrones de conducta dan un sentido a la transición, la mujer asume esos cambios, los cuales son transitorios o de acuerdo a su condición física de salud, la identidad de ser mujer se afianza, hay mejoría en el autocuidado, los roles son soportados y surgen variaciones, pero luego nuevamente retoman sus actividades de la vida cotidiana, las relaciones se fortalecen, sobre todo con sus seres queridos, en ocasiones se produce una sobreprotección y definitivamente los patrones de conducta cambian, inician gestión de su autocuidado.

En la transición hay un punto de partida identificable, que va desde la anticipación, percepción o demostración de cambio, pasa por un periodo de inestabilidad, confusión y estrés y llega a un final con una estabilidad de los procesos, se podría afirmar que en muchas de las mujeres no hubo anticipación, pero si el periodo de confusión y estrés que corresponde al momento exacto de inicio de los síntomas de enfermedad coronaria, y luego de la estabilidad de la enfermedad, también se inicia un proceso de estabilidad en la vida de la mujer.

Se considera como un punto crítico en esta transición salud enfermedad, el diagnóstico de la enfermedad, estos se asocian a una mayor conciencia de cambios y un compromiso más activo, y finaliza con la estabilización en nuevos hábitos, habilidades, estilos de vida y actividades de autocuidado.

En cuanto a las condiciones de las transiciones, se observó condiciones mas de tipo personal, que incluyeron significados, creencias, actitudes culturales, la preparación y conocimiento, esta facilita o inhibe las experiencias de la transición.

Según Meleis (A. Meleis, 2010) los patrones de respuesta o indicadores de proceso y de resultado, caracterizando las respuestas saludables, los indicadores de proceso permiten a la enfermera a una valoración e intervención precoz para facilitar resultados saludables.

Dentro de los indicadores de resultado se usan para valorar si una transición es saludable o no; los indicadores de proceso incluyen sentirse conectado, interactuar, estar situado, desarrollo de confianza y afrontamiento, que en las participantes se pudo observar, ya que estaba afrontando su enfermedad ayudas del apoyo de sus familias y cuidadores.

Categoría: Disminución del desempeño de los roles

La enfermedad genera cambios en la estructura familiar y conduce a una transición, las transiciones relacionadas con este rol se ven reflejadas en las subcategorías cuidadores limitan y sobreprotegen, autolimitación de actividades, incertidumbre por la situación de salud, incomodidad que ocasiona a los demás, se identificó como un problema en la transición de la enfermedad una subcategoría desinterés de la familia por la mejoría, según Meleis esta problemática puede llevar a cambio en las relaciones, expectativas y habilidades, para lo cual se requiere nuevos conocimientos que alteren los comportamientos y mejoran la transición.

Según Meleis, la incertidumbre esta marcada por fluctuaciones, cambio continuo y alteración de la realidad, en las participantes están relacionadas con las fluctuaciones relacionadas con el sentir de la enfermedad y los síntomas de la enfermedad para dar continuidad a las actividades de la vida diaria.

Categoría: Apoyo y protección para sobrellevar los roles

También se presentan cambios y reforzamiento de apoyo incondicional relacionado con la subcategoría apoyo de los seres queridos, apoyo con las tareas del hogar, son cambios que se encuentran en las propiedades de la

experiencia de la transición, así como también las subcategorías retoma de actividades de cada rol y retribución del cuidado, con el cuidado, que contemplan habilidades y patrones de conducta.

Se encontraron comportamientos, sentimientos asociados a la percepción para dar cumplimiento a los roles.

Se evidenció ganancias en cuanto a la redistribución de funciones en los diferentes roles. El cambio de rol se puede relacionar con el bienestar, y suceden cambios desde la enfermedad al bienestar y desde la enfermedad con el bienestar.

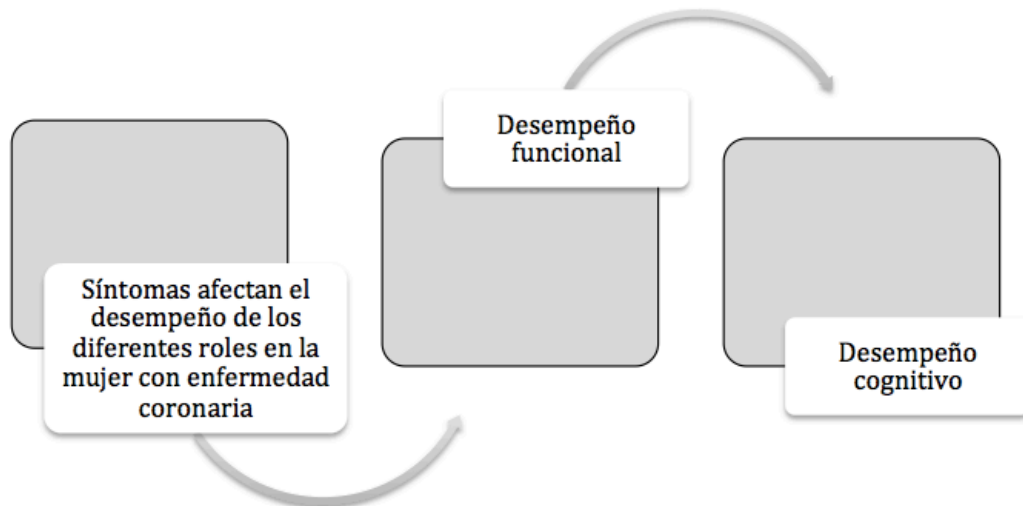
Categoría: Autocuidado frente al evento cardiovascular

Dentro de las propiedades de la experiencia de la transición, dentro de los puntos críticos y acontecimientos, se considera un punto crítico los nuevos hábitos, habilidades, estilos de vida y actividades de autocuidado.

Se puede considerar la educación como una vía para dar prioridad a la naturaleza del estado y los posibles resultados.

4.3.2 Análisis de los resultados a la luz de la Teoría de los Síntomas Desagradables de Lenz.

Figura 4–6. Análisis de los resultados de la luz de la Teoría de los Síntomas Desagradables de Lenz.



FUENTE: Jeny Castañeda Investigadora

Con respecto a la teoría de los síntomas desagradables de Lenz (Lenz et al., 1997), dentro de los síntomas que refirieron las mujeres se encontró la fatiga, como único síntoma relacionado, pero a su vez referían cansancio y falta de energía para realizar las actividades, entendiéndose que puede ser el resultado de la enfermedad coronaria que puede generar uno o más síntomas.

En cuanto a las dimensiones del síntoma se encontró la intensidad; esta intensidad se reflejó en las mujeres a la fatiga, según su intensidad disminuían sus actividades, en ocasiones limitaban ciertas actividades para disminuir esa sensación, en lo referido por las mujeres, decían que se sentaban y esperaban que mejorara el síntoma, para retomar las actividades. Con respecto a la

ocurrencia en el tiempo, el síntoma fue intermitente de poca duración, en lo relacionado con la dimensión angustia o grado de incomodidad que produce en lo que refirieron las mujeres es que según la actividad ejercida podría ocasionar incomodidad, si estaba descansando con su familia, la preocupación era generar angustia por los síntomas a los demás, o no poder realizar las actividades sobre todo de cuidado a otros; finalmente en lo referente a la calidad se vió reflejado en las mujeres con enfermedad coronaria en la manera en como percibían los síntomas.

Dentro de los factores influyentes están los fisiológicos que se refieren al funcionamiento de los sistemas corporales, gravedad de la enfermedad, nivel de energía y comorbilidad; en el grupo de mujeres fue evidente que algunas alteraciones y comorbilidades influyeran en la toma de decisiones para mejorar su calidad de vida. También se encontraron los factores psicológicos que se refieren al estado mental de la persona, respuesta afectiva y grado de conocimiento o de incertidumbre acerca de los síntomas; en el grupo de mujeres se pudo observar que no tenían alguna alteración mental, se encontraban con un nivel de satisfacción con el desempeño de sus funciones aceptable, pero si se evidenció alteración en la emocionalidad, algunas refirieron tristeza por tener la enfermedad, por sentirse poco útiles, por depender de otros y por no poder realizar las actividades de la vida cotidiana como antes, por el inicio de tratamiento farmacológico y depender de este, también se vio alterado por la incertidumbre que produce la enfermedad en ellas, en algunas se asoció a lo sorpresivo del inicio de la enfermedad y la intensidad de los síntomas con la percepción de poca salud y de los cambios que tendrían que generar para mejorar su estado de salud. La incertidumbre de un desenlace poco favorable, fue una característica común, incluso algunas de ellas hablaban sobre la muerte y sentirse tranquilas, solo demostraban preocupación cuando pensaron en los familiares y cuidadores más cercanos. Y finalmente los factores situacionales, que en general en el grupo de mujeres tenía buenas condiciones sociales,

contaban con el apoyo familiar y tenían recursos que favorecían el afrontamiento de la enfermedad.

Con las consecuencias de la experiencia del síntoma, que es el efecto de haber experimentado el síntoma, en donde se establece el desempeño funcional, que incluye actividad física, actividades de la vida cotidiana y cumplimiento del rol, se encontró; es uno de los aspectos que más se afecta en el grupo de mujeres con enfermedad coronaria, limitación física y limitación en la realización de las actividades de la vida cotidiana, depende del síntoma y de cómo se sienten, inician con la retoma de actividades referentes a cada rol, el cumplimiento de los diferentes roles se da en el grupo de mujeres, pero no con la misma intensidad que lo hacían antes; los roles sociales que más se afectaron fueron ama de casa, aunque es un rol que se afecta, produce en la mujer poca trascendencia, ya que recibe apoyo. El rol de madre es un rol que se ve afectado por el cumplimiento incorporado de rol de cuidadora, hay una evidencia de inversión de roles, ya que son los hijos los que cuidan de ella, una vez evoluciona favorablemente la enfermedad, existe la retoma de rol. El otro rol que se ve afectado es el rol de pareja o esposa, sobre todo en lo referente a la sobreprotección que reciben por parte de ellos, para algunas es una situación que les gusta, para otras es una situación que les puede producir estrés; en lo referente al rol de hermana(o), es un rol que sufre algunas modificaciones relacionados con la limitación que le imponen al cuidado, por tanto pueden limitar la autogestión del cuidado en la mujer.

Con el rol de abuela se cumplió el rol, por que las mujeres se sintieron motivadas por sus nietos de seguir adelante y con fortaleza, se evidenció una preocupación por las situaciones de ellos y por su cuidado, pero se limita también, porque no tienen la energía para realizar actividades que exigen esfuerzo físico. Y finalmente con respecto al desempeño cognitivo, se refiere a la capacidad de concentración, pensamiento y resolución de problemas, también se vio afectado en el grupo de mujeres ya que a muchas, la enfermedad les ha generado miedo,

incertidumbre y les dio miedo reactivar sus actividades de forma individual, sufren de inseguridad para la realización de las actividades de la vida cotidiana.

Categoría: Disminución del desempeño de los roles

En este, el desempeño depende del grado de afectación de la enfermedad coronaria, en la primera fase las funciones de los roles se ven afectadas por el estado de enfermedad, sin embargo, un vez la mujer esta recuperada continua con el desempeño de la función. Dentro de las subcategorías se mencionan limitación física y social, cuidadores limitan y sobreprotegen, autolimitación de actividades, incomodidad que ocasiona a otros.

Categoría: Apoyo y protección para sobrellevar los roles

El desempeño del rol se ve afectado por la limitación física inicial, pero se ve fortalecido por el proceso de compañía y apoyo que obtiene la mujer con enfermedad coronaria por parte de su esposo. Se ve reflejado con la subcategoría apoyo de los seres queridos, retoman actividades de cada rol y apoyo con las tareas del hogar.

Categoría: Autocuidado frente al evento cardiovascular

La relación que se encuentra con la Teoría de los Síntomas Desagradables de Lenz, esta orientada al cambio de conducta y de cierta forma con las variables influyentes del síntoma, nivel de angustia, calidad de los síntomas, nivel de energía de la persona. De acuerdo a la percepción de la enfermedad inician la retoma de actividades y autogestionan su cuidado.

4.3.3 Estudios relacionados con el fenómeno.

Categoría: Disminución del desempeño de los roles

En la subcategoría limitación de la actividad física y social, se evidenció que en algunos estudios se ha descrito que la mujer con enfermedad coronaria en ocasiones no cuenta con el apoyo social adecuado para enfrentar su enfermedad,

de la tendencia de la mujer al sedentarismo y a la disminución de la actividad física, incluso abandono de los programas de rehabilitación, en algunas de las mujeres con enfermedad coronaria también genera discapacidad funcional asociándose a otras enfermedades, lo que aumenta la baja calidad de vida y las posibles complicaciones. Adicionalmente esta condición en la mujer hace que puedan ver influenciados algunos roles sociales más que otros, para adaptarse a un nuevo funcionamiento y poder continuar con sus vidas cotidianas. (Banner et al., 2011; Blumenthal et al., 2004; C. A. Robinson, 1993,)

El afrontamiento de la mujer con enfermedad coronaria a los síntomas de la enfermedad depende de la percepción, se ha evidenciado que las mujeres de menos edad tienen una baja y negativa percepción de su enfermedad, mientras que las mujeres de mayor edad tienen alta y positiva percepción de la enfermedad, esto básicamente genera cambios a nivel psicológico y nivel físico, que hace que la calidad de vida se altere según su percepción. (Kendel et al., 2011; Kristofferzon, Löfmark, et al., 2003)

El desempeño de los roles se ve afectado sobre todo por la condición física y los síntomas de la enfermedad, las mujeres refirieron tener pérdidas en el hogar, ajuste de la actividad, según como se sintieran y reacomodación de las funciones familiares. (Barragan, 2004; Cortes, 2006; Echeverry et al., 2007; Sandra K Plach & Heidrich, 2002) Cabe resaltar que dentro de las mujeres ninguna tuvo bajo aporte social, al contrario, tenían una red de apoyo social, sin embargo en algunas se vio un componente de emocionalidad, como tristeza, ansiedad, que también se ha reportado en la literatura, las mujeres en las etapas pos infarto suelen presentar más episodios de ansiedad y depresión. (Buitrago, 2010)

En la subcategoría cuidadores limitan y sobreprotegen, se encontró en la literatura sentimientos de inutilidad generados por esos cuidados, y alteración de la independencia, que la mujer con enfermedad coronaria trata de volver a buscar esa independencia, pero encuentra un obstáculo por la sobreprotección que

recibe, en el grupo de mujeres, esta sobreprotección se encontró de parte de los hijos y el esposo. (Romero, 2007,) La pareja se preocupa demasiado por la condición de salud de la mujer, en el grupo de mujeres se encontró que el esposo para algunas de ellas es un soporte, pero también en ocasiones no quisieran sentirse tan cuidadas. (Al-Hassan & Sagr, 2002,)

En la subcategoría percepción sobre su estado de salud se encontró que la mujer con enfermedad coronaria tiene un mejor afrontamiento a la enfermedad soportado (Fanny Rincón, 2007), existe alivio en la supervivencia (A. W. Robinson, 2002), existen percepciones personales de riesgo (Moore et al., 2010), desventajas con la percepción de salud, ya que en ocasiones es muy positiva y no se perciben riesgos, (Kristofferzon, Lofmark, & Carlsson, 2003) y finalmente existen dificultades que pueden poner en riesgo la salud. (DiGiacomo et al., 2007)

La percepción de salud que tienen las mujeres puede influir en la capacidad para realizar tareas cotidianas. Los resultados de calidad de vida mejoraron a un año, y el género es un marcador para el desempeño de funciones.(Kendel et al., 2011). Las mujeres según la calidad del papel que desempeñan, pueden tener mejor percepción de salud. (Sandra K Plach & Heidrich, 2002)

En la subcategoría autolimitación de actividades se encontraron algunos estudios relacionados que afirman esta subcategoría, según percepciones de estrés (Sjostrom-strand, 2007), pueden repercutir en la calidad de vida (Broddadottir et al., 2009). Existe un equilibrio en los roles de abuela y trabajadora, por ser roles que generan satisfacción, gusto y al mismo tiempo preocupaciones, que son manejables y hace que estos roles sean más positivos en la mujer con enfermedad coronaria. Muchas mujeres tenían limitación para el desempeño de los roles, pero trataban de incorporarse a la vida cotidiana. (S K Plach & Stevens, 2001)

En la subcategoría preocupación por las situaciones de los hijos y nietos, la literatura reporta que la preocupación y ansiedad están relacionadas con enfermedad coronaria fatal, (Nader & Blanco, 2006), las preocupaciones fueron más altas para rol de madre, ama de casa y esposa, (S K Plach & Heidrich, 2001), sin embargo en lo observado se encontró que lo que genera preocupación en orden son los roles de madre y abuela, y lo que genera mayor recompensas es en el rol de abuela, que evidentemente, se evidencia, pero depende desde la visión, si es cuidadora o tiene el rol por gusto.

En la subcategoría incertidumbre por la situación de salud, existen evidencia que la mujer tiende a presentar mucha incertidumbre por el desenlace de la enfermedad, (Buitrago, 2010), adicionalmente se puede asociar con la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Merle Mishel, la persona no es capaz de predecir con precisión que resultados se obtendrán. (Bailey & Stewart, 2010)

En la subcategoría incomodidad que ocasiona a los demás, ve relacionados aspectos como no preocupar a terceros o depender de otros, (Soto Morales, 2007) y dificultad para conciliar responsabilidades familiares (Emslie, 2005), en ocasiones las mujeres callan, para no generar molestias a los demás por su situación de salud.

En la subcategoría desinterés de la familia por la mejoría, se ve reflejado ya que en ocasiones según las condiciones de salud de la mujer, pierden el interés de continuar al lado de los cuidadores principales. En la literatura se reporta como bajo apoyo social. (Echeverry et al., 2007)

Según orden de importancia, se observó rol de madre, esposa y abuela, como roles más relacionados con el desempeño del rol, pero en el estudio que realizó ((S K Plach & Heidrich, 2001), los roles fueron significativos en su orden esposa, madre y abuela.

Las mujeres que informaron más síntomas de enfermedad, tuvieron más dificultad para realizar las actividades de salud. En general se puede soportar que la salud física puede alterar componentes de los roles sociales y por ende el bienestar de la mujer. La edad es un factor fundamental en el desempeño de los roles.

Categoría: Apoyo y protección para sobrellevar los roles

En la subcategoría retomar actividades de cada rol, se encuentran datos muy interesantes como el género es un marcador para el desempeño de funciones, (Kendel et al., 2011), se producen interrupciones en el estilo de vida por normalizar sus limitaciones (Banner et al., 2011) y las mujeres según la calidad del papel que desempeñan, pueden tener mejor percepción de salud. (Sandra K Plach & Heidrich, 2002). Las mujeres tienden a reiniciar las actividades de la vida cotidiana antes que los hombres.

Se encuentra que hay mayores recompensas en los roles de madre y abuela, respectivamente.

Las mujeres realizan cambios de comportamientos que impliquen riesgo cardiovascular. (Fanny Rincón, 2007). Una vez ocurrida la enfermedad hay reacomodación de funciones y continúan con su vida cotidiana. (Rincón, 2007)

En la subcategoría retribución del cuidado, con el cuidado se puede analizar los aspectos que las mujeres reconocen como fortaleza por ser cuidadoras, luego pasan a ser cuidadas.

En la subcategoría apoyo de los seres queridos, se encontró que hay integración del rol, apoyo de las familias y buen desempeño del rol. (Barragan, 2004)

En la subcategoría apoyo con las tareas del hogar, se encontró que hay cambios en rol, (Fanny Rincón, 2007) y modificación o fortalecimiento de los roles. (Echeverry et al., 2007)

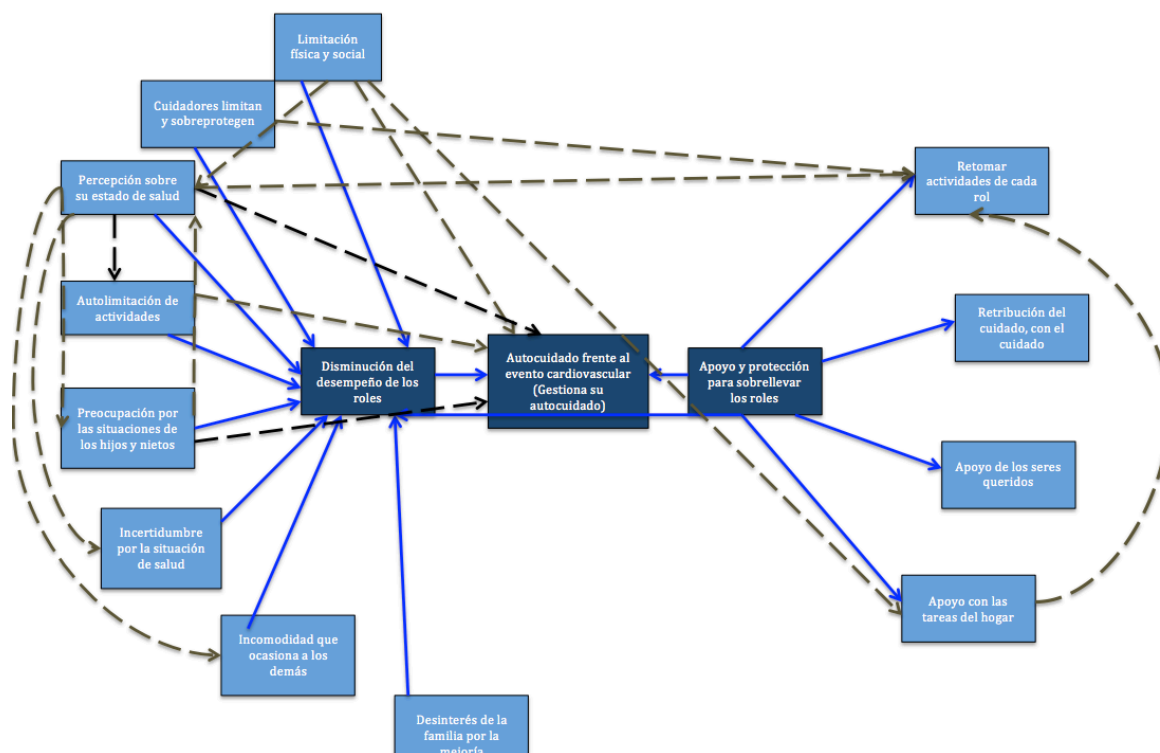
Categoría: Autocuidado frente al eventocardiovascular

Las mujeres tienden a preocuparse por su bienestar después de un evento coronario (S K Plach & Heidrich, 2001) y aumentó el compromiso de mejorar estilos de vida saludables. (Sandra K Plach & Heidrich, 2002)

La mujer identifica la necesidad de cuidarse (Fanny Rincón, 2007) y mejorar el afrontamiento a la enfermedad. (Moreno, 2009)

4.3.4 Relación de subcategorías, árbol de nodos.

Figura 4–7. La experiencia del desempeño de los diferentes roles en la mujer con enfermedad coronaria, relación de subcategorías, árbol de nodos



FUENTE: Jeny Castañeda Investigadora

En el análisis y la relación entre subcategorías se encontró, la subcategoría limitación física y social se puede ver relacionada con las subcategorías gestiona su autocuidado, por que según la percepción que tenga la mujer, así mismo va a ser su limitación para desarrollar las actividades de la vida cotidiana, con la subcategoría apoyo en las tareas del hogar, porque la mujer con enfermedad coronaria recibe por parte de su familia o cuidadores apoyo en las diferentes actividades de la vida cotidiana. El rol que más se ve apoyado en el grupo de mujeres es el rol de ama de casa, seguido por el rol de esposa.

La subcategoría cuidadores limitan y sobreprotegen, se ve relacionada con las subcategorías retoma de actividades de cada rol, la mujer con enfermedad coronaria tiende a reiniciar sus actividades, sin embargo recibe tanto apoyo de sus seres queridos y cuidadores que llegan a limitarla, también limitando su independencia.

La subcategoría percepción sobre su estado de salud se relaciona con las subcategorías gestiona su autocuidado y retoma actividades de cada rol, según como la mujer con enfermedad coronaria se sienta asume cuidados con su propia salud e reinicia con la retoma de sus actividades de la vida cotidiana. Adicionalmente la percepción sobre su estado de salud se relaciona con la autolimitación de actividades, preocupación por las situaciones de los hijos y nietos, incertidumbre por la situación de salud e incomodidad que ocasiona a los demás, algunas situaciones pueden generar algunas preocupaciones que pueden interferir con la percepción de salud e interferir con las actividades de la vida cotidiana. La percepción esta muy relacionada con la autolimitación de actividades, puede ser una situación favorable en la retoma de actividades de la vida cotidiana.

La subcategoría autolimitación de actividades se relaciona con las subcategorías gestiona su autocuidado, según como la mujer con enfermedad coronaria se

sienta reinicia con la retoma de sus actividades de la vida cotidiana, lo que le impone una forma de regular la actividad física.

La subcategoría preocupación por las situaciones de los hijos y los nietos se relaciona con las subcategorías gestiona su autocuidado y percepción sobre su estado de salud, si estas preocupaciones le generan insatisfacción disminuye su nivel de energía y por tanto su limitación para la gestión del propio cuidado, con relación al apoyo de seres queridos, así como hay satisfacciones, también preocupación sobre todo con los hijos y los nietos.

La subcategoría incertidumbre por la situación de salud se relaciona con la subcategoría gestiona su autocuidado, ya que la mujer se ve amenazada por la enfermedad, entonces inicia con procesos de autocuidado, sin embargo hay situaciones de emocionalidad que pueden interferir con ese proceso, ya que las hace sentir sin fuerza sin energía, por lo que la incertidumbre aumenta.

5. Conclusiones

Las categorías y subcategorías que se lograron saturar con la información de las mujeres con enfermedad coronaria y el desempeño de los diferentes roles fueron:

Categoría: *Disminución del desempeño de los roles* con sus subcategorías limitación física y social, cuidadores limitan y sobreprotegen, percepción sobre su estado de salud, autolimitación de actividades, preocupación por las situaciones de los hijos y nietos, incertidumbre por la situación de salud, incomodidad que ocasiona a los demás, desinterés de la familia por la mejoría.

Se puede concluir entonces con respecto a esta categoría que:

- La enfermedad coronaria influye sobre el desempeño de los diferentes roles, se ve reflejada mediante la limitación física que presenta la mujer por los síntomas de la enfermedad, además de aislamiento social, según su capacidad funcional.
- Una vez establecida la enfermedad el cuidador es pieza clave en el proceso de recuperación, sin embargo se pudo observar que los cuidadores pueden llegar a limitar el autocuidado y las actividades, además de brindar una sobreprotección exagerada, logrando imposibilitar a la mujer.
- La experiencia de la mujer que ha sufrido enfermedad coronaria frente a los roles primordiales genera diferentes cambios según el apoyo familiar y modo de afrontamiento de la enfermedad.

- La percepción del estado de la salud de la mujer puede ser un predictor válido de capacidad funcional y por ende factor fundamental en la realización de sus actividades cotidianas.

Categoría: *Apoyo y protección para sobrellevar los roles*, con sus subcategorías retomar actividades de cada rol, retribución del cuidado, con el cuidado, apoyo de los seres queridos, apoyo con las tareas del hogar.

Se puede concluir entonces con respecto a esta categoría que:

- Como una ganancia de la enfermedad coronaria surge el gran apoyo que puede recibir por parte de la familia, hijos, sobrinos, hermanos, nietos y amigos, en la retoma de las actividades cotidianas, de alguna manera se ven fortalecidos los roles sociales ejercidos por la mujer, para este estudio se vieron fortalecidos los roles de madre, ama de casa y abuela.
- Según el estado de salud y la percepción de salud que tiene la mujer vuelve y retoma las actividades de cada uno de los roles, la retoma de actividades se inicia no con la misma intensidad que antes, sin embargo, hay satisfacción con la iniciación de actividades de la vida cotidiana.

Categoría: *Autocuidado frente al evento cardiovascular* con su subcategoría, gestiona su autocuidado.

- Una vez establecida la enfermedad coronaria en la mujer, la mujer se concientiza con la enfermedad e inicia con la gestión de su autocuidado, condición que debe ser fortalecida con la incorporación de la mujer a programas de control de la enfermedad.

5.1 Recomendaciones

La investigación cualitativa y el método de análisis de contenido permiten evidenciar la experiencia y puntos de vista de la mujer frente al desempeño de los roles posterior al padecimiento de enfermedad coronaria, permitiendo una visión holista de la enfermera frente a los cuidados y necesidades de la mujer en este proceso de salud y enfermedad.

Los roles sociales tienden a promover un sentido y propósito en la vida de la mujer y pueden influenciar en la recuperación, calidad de vida y retoma de las actividades cotidianas logrando así un mayor bienestar. Por tanto es importante incorporar este aspecto en el cuidado de la mujer con enfermedad coronaria.

Socializar los resultados de investigación en la institución de salud y entidades en donde se provea cuidado a la mujer con enfermedad coronaria.

5.1.1 Para la práctica

Que la enfermera se concientice que la mujer desempeña funciones específicas que de alguna manera intervienen en el proceso de adaptación a la vida funcional posterior a una hospitalización, que es la educación fuente de cambios que se pueden generar en las mujeres, con el fin de mejorar la calidad de vida.

Cuando surge la enfermedad coronaria se da una transición de salud y enfermedad según Meleis, donde se adquieren unas propiedades de la experiencia de la transición; conciencia, compromiso, cambio y diferencia, tiempo y puntos críticos, en el desempeño de los diferentes roles en la mujer con enfermedad coronaria, es importante resaltar la percepción que tiene la mujer sobre su salud y los cambios en los diferentes roles, relaciones y habilidades.

Se pudo observar que la enfermedad coronaria produce una serie de síntomas que pueden limitar el desempeño de los roles, y tal como lo menciona Lenz, son consecuencias de los síntomas, finalmente las que repercuten en la calidad y desempeño del rol, lo que puede originar cambios tanto favorables como desfavorables en el desempeño de los roles.

5.1.2 Para la docencia

El desempeño de los roles en la mujer con enfermedad coronaria genera expectativas de construcción de ambientes en donde el docente participe activamente en el plano psicológico y social para fortalecer las redes de apoyo familiares, sociales y personales.

5.1.3 Para la disciplina

Porque se fortalece el reconocimiento de las teorías de enfermería como fuente de investigación y argumentación de problemas de la vida diaria. En este caso es importante resaltar la importancia de la Teoría de las transiciones como fuente de análisis del proceso salud enfermedad que ocurre en la mujer con enfermedad coronaria y la teoría de los síntomas desagradables de Lenz, que incorpora elementos de análisis de los síntomas después de ocurrida la enfermedad, pudiendo generar nuevas investigaciones en donde se aborden estas dos teorías.

La teoría de las transiciones de Afaf Meleis incorpora una serie de conceptos y elementos teóricos que pueden ser tenidos en cuenta en el análisis de la transición Salud-enfermedad de la mujer con enfermedad coronaria, ya que tiene un abordaje holístico, lo que permite una intervención de enfermería, desde la valoración de la condición de la transición y la experiencia de la transición, permitiendo evaluar la preparación para la transición y poder actuar desde la educación para crear condiciones óptimas para asumir esa transición.

La teoría de los síntomas desagradables de Lenz, permite un análisis de la presentación de síntomas después de ocurrida la enfermedad, permitiendo una intervención en el manejo y modificación de los mismos, lo que mejorara el desempeño en las actividades cotidianas de la mujer con enfermedad coronaria.

5.1.4 Para la Investigación

Continuar en el fortalecimiento del fenómeno desempeño de los roles sociales en la mujer con enfermedad coronaria y generar proceso de cambios en los profesionales de enfermería, para integrar la practica con la investigación.

Fortalecer la investigación en este fenómeno, para poder generar cambios actitudinales tanto en las mujeres con enfermedad coronaria, cuidadores y profesionales de enfermería, con el fin de mejorar la calidad de vida y la incorporación de la mujer a sus actividades cotidianas y de autocuidado.

A. Anexo: Guía temática

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
GUÍA TEMÁTICA

1. DATOS DEMOGRÁFICOS

Nombre:
Edad:
Estado civil:
Escolaridad:
Estrato social:
Ocupación:
Dirección: Teléfono:
Antecedentes (Personales, patológicos, quirúrgicos, farmacológicos, familiares)
Otros:

2. Pregunta orientadora del estudio.

¿Cuál ha sido su experiencia con el desempeño de los diferentes roles/papeles/actividades o funciones relacionada con su enfermedad coronaria?

B. Anexo: Consentimiento informado

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento permite solicitar su consentimiento para participar en el estudio de “ **LA EXPERIENCIA DEL DESEMPEÑO DE DIFERENTES ROLES EN LA MUJER CON ENFERMEDAD CORONARIA** ”, el cual tiene un fin científico para el aporte al conocimiento de enfermería y en pro de fortalecer las intervenciones de enfermería en el área psicosocial en mujeres con enfermedad coronaria.

El objetivo del estudio es: Describir la experiencia del desempeño de diferentes roles en la mujer con enfermedad coronaria.

Los datos que se recolectan están relacionados con la experiencia que tiene la mujer con enfermedad coronaria y el desempeño de los diferentes roles.

La recolección de datos se hará mediante la aplicación de una entrevista, en la que se pregunta sobre la experiencia del desempeño de los diferentes roles desempeñados por Ud., y su relación con la enfermedad coronaria.

Esta entrevista se realizará protegiendo su identificación, se asignará un seudónimo como parte de identificación en el estudio, se respetara su privacidad, y la información suministrada será confidencial. Esta entrevista se realizará en un lugar que proporcione comodidad, privacidad, confidencialidad, expresión de sentimientos.

Conozco que hago parte de un grupo de mujeres con enfermedad coronaria que reúne una serie de criterios de inclusión, específicos para el estudio propuesto, el cual permite valorar la experiencia del desempeño de diferentes roles con mi situación de salud, esto contribuirá a fortalecer las intervenciones de enfermería relacionadas con el bienestar psicosocial de la mujer con enfermedad coronaria y la calidad de vida.

El estudio durará alrededor de 1 año y se realizarán varias entrevistas, según la necesidad de información que requiera el investigador, las entrevistas podrán tener una duración entre 30 minutos y una hora y media, según la información suministrada por Ud. Estas entrevistas serán grabadas, además se realizarán notas de campo. La cantidad de mujeres que participaran en el estudio estará determinado por saturación de información, según lo considere la investigadora.

El riesgo que se le da al estudio es más que mínimo, ya que pueden verse afectadas las mujeres psicológicamente y con sus sentimientos en el momento de obtención de información, reviviendo, hechos, situaciones y momentos que puedan afectar su integridad psicológica, pero se contará con el apoyo del investigador para el manejo y apoyo terapéutico.

Este estudio es desarrollado por la estudiante de Maestría de Enfermería Jeny Francenet Castañeda Méndez, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, en caso de dudas y preguntas la puedo localizar en la dirección de correo electrónico: **jenykas@hotmail.com**.

Este estudio es un requisito para optar el título de: Magister en enfermería, con énfasis en el cuidado de la salud cardiovascular, por ende no posee de ningún patrocinio.

He sido informado que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin que se afecte la atención integral y control del servicio de cardiología de la institución.

Los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y serán utilizados en publicaciones científicas que permitan la socialización de los mismos en el campo de la enfermería y otras disciplinas.

Mediante la firma de este consentimiento voluntario, entiendo y conozco el objetivo y propósito del estudio, la forma en la que se recolectarán los datos y la necesidad de mi ubicación según lo requiera la investigadora, para participar en la investigación.

Doy consentimiento,

Fecha _____

Nombre y Apellidos

Participante

Firma

Nombre y Apellidos

Investigadora

Firma

C. Anexo: Aval Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia



UGI-0172-2011
Bogotá D.C., 29 de agosto de 2011

Profesora
MAGDA LUCIA FLOREZ
Coordinadora Posgrados de Enfermería
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Respetada Profesora:

De la manera más atenta, me permito informarle que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, se permite **dar aval** desde los aspectos éticos al proyecto de Maestría en Enfermería "LA EXPERIENCIA DEL DESEMPEÑO DE DIFERENTES ROLES EN LA MUJER CON ENFERMEDAD CORONARIA" de la estudiante Jeny Francenet Castañeda Méndez, directora profesora Josefina Manosalva.

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo. (Resolución No. 077 del 2006 del Consejo de Facultad de Enfermería).

Atentamente,

(ORIGINAL FIRMADO)

SANDRA GUERRERO GAMBOA
Presidenta Comité de Ética
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Copia: Profesora Josefina Manosalva

ciencia, tecnología e innovación para el país

Carrera 30 # 45.03 Torre de enfermería, Edificio 101, Piso 8 Oficina 805
Conmutador: 57 (1) 3165000 Extensión 17020
Telefax: 57 (1) 3165000 Extensión 17021
Correo ugl_febog@unal.edu.co
Bogotá Colombia, Sur América

D. Anexo: Solicitud de autorización para la realización de la investigación en la institución de salud



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Bogota, agosto 19 de 2011

Señora

MILENA FORERO

Coordinadora Educación Continuada

Clínica Palermo

Cordial saludo.

Me permito presentar a la estudiante de Maestría en Enfermería, de IV semestre de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, Jeny Francenet Castañeda Mendez, quien realiza la investigación titulada, "**LA EXPERIENCIA DEL DESEMPEÑO DE DIFERENTES ROLES EN LA MUJER CON ENFERMEDAD CORONARIA**", para desarrollar en esta institución el trabajo de campo correspondiente.

Este estudio aporta al conocimiento de enfermería y el fortalecimiento de las intervenciones de enfermería en el área psicosocial en mujeres con enfermedad coronaria, con el fin de mejorar la calidad de vida.

El objetivo del estudio es: Determinar cuál es la experiencia del desempeño de diferentes roles en la mujer con enfermedad coronaria.

La investigación tiene un abordaje cualitativo, es un estudio descriptivo interpretativo que consiste en descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos de la gente sobre sus experiencias y actitudes de un fenómeno.

Para este estudio se realizara una entrevista individual semiestructurada, la cual se caracteriza por la preparación de un cuestionario guía que se sigue la mayoría de las ocasiones de una forma estricta aun en su orden de formulación, para poder obtener la misma información requerida para la investigación. Las participantes serán mujeres que hayan sufrido un evento coronario y se abordaran 3 meses después de ocurrido el evento, se ubicaran en el servicio de cardiología de la

ciencia y tecnología para el país

Carrera 30 No. 45-03, **FACULTAD DE ENFERMERÍA**, Edificio 101 Piso 9º, Oficina 901
Telefax: Conmutador: (57-1) 316 5000 Ext. 17011 - 17012
Correo electrónico: / Bogotá, Colombia, Sur América



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ

**FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

institución, se hará seguimiento en el servicio de consulta externa de la institución. Se ubicara el coordinador encargado del servicio de cardiología, para poder seleccionar a las participantes de acuerdo a los criterios de inclusión y se acordara el momento de realizar la entrevista.

Para la profesión es primordial avanzar en el aspecto social de la enfermedad cardiovascular en la mujer, ya que la investigación desarrolla o demuestra como los múltiples roles y la calidad de los mismos la hace mas propensa a presentar enfermedad coronaria, por los riesgos que generan determinados roles. Otro aspecto es que se pueden ver afectados los roles desempeñados por la mujer después de presentar una enfermedad coronaria, ya sea por limitación o mutilación, esto tendría un impacto en la prevención de complicaciones, posteriores a la enfermedad, mejor desempeño en su labores cotidianas, mejor calidad de vida, adaptación a una nueva situación de salud, incorporación a la vida familiar y social, lo que seria un punto determinante de motivación para obtener mejores resultados de salud en la mujer.

Agradezco su atención y quedo a su disposición para cualquier sugerencia.

Atentamente,


JOSEFINA MANOSALVA MURILLO

Directora de Trabajo de Investigación.

RECIBIDO
MILENA FORERO M.
AGOSTO 19 / 2011

ciencia y tecnología para el país

Carrera 30 No. 45-03, **FACULTAD DE ENFERMERÍA**, Edificio 101 Piso 9º, Oficina 901
Telefax: Conmutador: (57-1) 316 5000 Ext. 17011 - 17012
Correo electrónico: / Bogotá, Colombia, Sur América

Bibliografía

- AHA. (n.d.). American Heart Association. Retrieved from <http://www.heart.org>
- Al-Hassan, M., & Sagr, L. (2002). Stress and stressors of myocardial infarction patients in the early period after discharge. *Journal of Advanced Nursing*, *40*(2), 181–188.
- Ali, N. S. (2002). Prediction of coronary heart disease preventive behaviors in women: a test of the health belief model. *Women & Health*, *35*(1), 83–96.
- Anchique, C. (2011). Enfermedad cardiovascular en la mujer. *Revista Colombiana de Cardiología*, *18*(4).
- Aranguren, D. M., Parra, C. M., & Vega, M. C. (2007). Caracterización de los síntomas de angina en la mujer: Análisis de los estudios realizados en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia en el periodo 2001-2006. *Universidad Nacional de Colombia*, 1–114.
- Bailey, D., & Stewart, J. (2010). Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad. In *Modelos y teorías en enfermería* (Séptima ed., pp. 599–617).
- Banner, D., Miers, M., Clarke, B., & Albarran, J. (2011). Women's experiences of undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Advanced Nursing*, *68*(4), 919–930.
- Barbosa, G., Castañeda, J., Cruz, P., & Martínez, D. (2002). *Validez de contenido del instrumento "Protocolo de integración del rol de la mujer modificado"*. Universidad Nacional de Colombia.
- Barra, E. (1998). Psicología social. Retrieved from http://www.sibudec.cl/ebook/UDEC_Psicologia_Social.pdf
- Barragan, A. (2004). Síntomas de angina en un grupo de mujeres remitidas para prueba de esfuerzo en la Clínica Shaio. *Universidad Nacional de Colombia*, 1–40.

- Bejarano, A. E. al. (2009). Reconociendo las diferencias en la experiencia de los síntomas de enfermedad coronaria según género. Retrieved from papers2://publication/uuid/2D54C3A5-4DD1-4EC7-B72D-F6E834271099
- Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Carney, R. M., Huber, M., Saab, P. G., Burg, M. M., ... Kaufmann, P. G. (2004). Exercise, Depression, and Mortality after Myocardial Infarction in the ENRICHD Tri. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 746–755.
- Bottorff, J., & Boyle, J. (2003). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. (Janice Morse. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia., Ed.) (Primera ed.). Medellín, Antioquia.
- Broddadottir, H., Jensen, L., Norris, C., & Graham, M. (2009). Health-related quality of life in women with coronary artery disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(1), 18–25.
- Buitrago, L. (2010). Experiencias vividas de las mujeres en la etapa Post infarto agudo de miocardio. *Universidad Nacional de Colombia*, 1.
- Bybee, K. A., & Stevens, T. L. (2013). Matters of the heart: cardiovascular disease in U.S. women. *Missouri Medicine*, 110(1), 65–70.
- Campo, E. (2007). Caracterización del dolor toraxico tipo isquémico en un grupo de mujeres a la luz de la Teoria de Síntomas Desagradables. *Universidad Nacional de Colombia*, 1–135.
- Castillo, E., & Vásquez, M. L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Revista Colombia Medica*, 34(3), 1–7.
- Castrillon, M. C. (1997). *La dimensión social de la práctica de enfermería*. (Editorial Universidad de Antioquia, Ed.). Medellín, Antioquia.
- Chávez, J. del C. (2004). *Perspectivas de género*. (Endsunam, Ed.) (Primera ed.). México.
- Christian, A. H., Cheema, A. F., Smith, S. C., & Mosca, L. (2006). Predictors of quality of life among women with coronary heart disease. *Quality of Life Research*, 16(3), 363–373.
- Cortes, L. A. (2006). Tipificación del síntoma del dolor torácico tipo isquémico en la mujer a la luz de la Teoria de los Síntomas Desagradables. *Universidad Nacional de Colombia*, 1–137.

- DANE. (2013). Defunciones. *Defunciones no fetales, principales causas de defunción. Diez primeras causas de defunción, según Departamento de residencia*. Retrieved from www.dane.gov.co.
- DiGiacomo, M., Davidson, P. M., Vanderpluym, A., Snell, R., & Worrall-Carter, L. (2007). Depression, anxiety and stress in women following acute coronary syndrome: Implications for secondary prevention. *Australian Critical Care*, 20(2), 69–76.
- DiGiacomo, M., Davidson, P. M., Zecchin, R., Lamb, K., & Daly, J. (2011). Caring for Others, but Not Themselves: Implications for Health Care Interventions in Women with Cardiovascular Disease. *Nursing Research and Practice*, 2011(3), 1–5.
- Echeverry, C., Jerez, M., Martínez, A., Ortiz, A., & Vergara, D. (2007). El rol de la mujer y el dolor torácico. *Universidad Nacional de Colombia*, 1–117.
- Emslie, C. (2005). Women, men and coronary heart disease: a review of the qualitative literature. *Journal of Advanced Nursing*, 51(4), 382–395.
- Fernández, C. (2003). *Psicología social en el umbral del siglo XXI*. (Editorial fundamentos, Ed.) (Primera Ed.).
- Fortin, M. (1999). *El proceso de investigación: de la concepción a la realidad*. México: Mc Graw Hill.
- Fry, S., & Johnstone, M. (2010). *Ética en la práctica de enfermería*. (Tercera ed.). México: Manual moderno.
- Ginebra. (2002). *Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud*.
- Giraldo, A. (1987). Los derechos de la mujer en la legislación colombiana. Vol, 38; N. 250. Retrieved from [Http://biblioteca-virtual-antioquia.udea.edu.co/pdf/11/11_306688912.pdf](http://biblioteca-virtual-antioquia.udea.edu.co/pdf/11/11_306688912.pdf)
- Goode, W. J. (1960). A Theory of Role Strain. *American Sociological Review*. doi:10.2307/2092933
- Grace, C. (2001). *Desarrollo psicológico*. (Person Edu.).
- Gustavo, G., & Garzón, F. (2002). *Bioética e investigación científica. Memorias Primer Congreso Internacional*. Bogotá.

- Hammarström, A., & Phillips, S. P. (2012). Gender inequity needs to be regarded as a social determinant of depressive symptoms: results from the Northern Swedish cohort. *Scandinavian Journal of Public Health, 40*(8), 746–752.
- Harryson, L., Novo, M., & Hammarström, A. (2012). Is gender inequality in the domestic sphere associated with psychological distress among women and men? Results from the Northern Swedish Cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health, 66*(3), 271–276.
- Hattar-Pollara, M., Meleis, A. I., & Nagib, H. (2000). A study of the spousal role of Egyptian women in clerical jobs. *Health Care for Women International, 21*(4), 305–317.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. (Mc Graw Hill, Ed.) (Cuarta Edi.). México.
- Im, E.-O. (2010). Teoría de las transiciones. In *Modelos y teorías en enfermería* (Séptima ed., pp. 416–433).
- Inadi. (n.d.). Teoría de género. Conceptualización básica. Retrieved from <http://inadi.gov.ar/promocion-y-desarrollo/publicaciones/documentos-tematicos/genero-y-discriminacion/teoria-de-genero/>
- Kaplan, S. (2011). *The Routledge Spanichs Bilingual Dictionary Psychology and Psychiatry*. (Routledge, Ed.).
- Kendel, F., Dunkel, A., Müller-Tasch, T., Steinberg, K., Lehmkuhl, E., Hetzer, R., & Regitz-Zagrosek, V. (2011). Gender differences in health-related quality of life after coronary bypass surgery: results from a 1-year follow-up in propensity-matched men and women. *Psychosomatic Medicine, 73*(3), 280–285.
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Kristofferzon, M.-L., Lofmark, R., & Carlsson, M. (2003). Myocardial infarction: gender differences in coping and social support, 1–16.
- Kristofferzon, M.-L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2003). Myocardial infarction: gender differences in coping and social support. *Journal of Advanced Nursing, 44*(4), 360–374.
- Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A., & Suppe, F. (1997). La teoría del rango medio de los síntomas desagradables: una actualización. *Advances in Nursing Science, 19*(3), 14–27.

- Lockyer, L., & Thompson, D. R. (2009). U.K. Women's Perception of the Role of Psychosocial Stress in the Development of Coronary Heart Disease. *Health Care for Women International*, 30(5), 408–427.
- López, J. (2010). Perfil de género y salud de la República de Panamá. *Ministerio de Salud de La República de Panamá*.
- Martinez de Acosta, C., & Caro, C. V. (2010). *Tesis III. Hipertexto*. (U. N. de C. Facultad de Enfermería, Ed.) (I semestre.).
- Martinez, Leonor Martinez, H. (1997). *Diccionario de filosofia* (pp. 1–606).
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory middle range and situation specific. Theories in nursing research and practice*. (Editorial springer, Ed.). United States of America.: publishing company.
- Meleis, A. I., Arruda, E. N., Lane, S., & Bernal, P. (1994). Veiled, voluminous, and devalued: narrative stories about low-income women from Brazil, Egypt, and Colombia. *ANS. Advances in Nursing Science*, 17(2), 1–15.
- Meleis, A. I., & Bernal, P. (1994). Domestic workers in Colombia as spouses: security and servitude. *Holistic Nursing Practice*, 8(4), 33–43.
- Meleis, A. I., Douglas, M. K., Eribes, C., Shih, F., & Messias, D. K. (1996). Employed Mexican women as mothers and partners: valued, empowered and overloaded. *Journal of Advanced Nursing*, 23(1), 82–90.
- Meleis, A. I., Kulig, J., Arruda, E. N., & Beckman, A. (1990). Maternal role of women in clerical jobs in southern Brazil: stress and satisfaction. *Health Care for Women International*, 11(4), 369–382.
- Meleis, A. I., Messias, D. K., & Arruda, E. N. (1996). Women's work environment and health: clerical workers in Brazil. *Research in Nursing & Health*, 19(1), 53–62.
- Meleis, A. I., Norbeck, J. S., & Laffrey, S. C. (1989). Role integration and health among female clerical workers. *Research in Nursing & Health*, 12(6), 355–364.
- Meleis, A. I., Norbeck, J. S., Laffrey, S., Solomon, M., & Miller, L. (1989). Stress, satisfaction, and coping: a study of women clerical workers. *Health Care for Women International*, 10(4), 319–334.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS*.

Advances in Nursing Science, 23, 12–28. doi:10.1046/j.1440-1800.1999.00015.x

- Meleis, A. I., & Stevens, P. E. (1992). Women in clerical jobs: spousal role satisfaction, stress, and coping. *Women & Health*, 18(1), 23–40.
- Messias, D. K., Hall, J. M., & Meleis, A. I. (1996). Voices of impoverished Brazilian women: health implications of roles and resources. *Women & Health*, 24(1), 1–20.
- Millan, E. (2008). La experiencia del dolor torácico en la mujer con infarto agudo del miocardio. *Universidad Nacional de Colombia*, 1–13.
- Miller, C. L. (2002). A review of symptoms of coronary artery disease in women. *Journal of Advanced Nursing*, 39(1), 17–23.
- Ministerio de Salud. Congreso de la República de Colombia. República de Colombia. Ministerio de Salud. (1993). Colombia.
- Montero, N. (2005). Introducción al Psicodrama de Moreno, 05(1921).
- Moore, L. C., Kimble, L. P., & Minick, P. (2010). Perceptions of Cardiac Risk Factors and Risk-Reduction Behavior in Women With Known Coronary Heart Disease. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(6), 433–443.
- Moreno, Z. (2009). Diferencia en los síntomas de angina que presentan hombres y mujeres atendidos en la Fundación Cardiovascular de Colombia. (p. 1). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Nader, J., & Blanco, A. (2006). Factores psicosociales y fisiológicos que llevan a la presentación de angina en la mujer. *Universidad Nacional de Colombia*, 1–40.
- NIH. (2008). National Institutes of Health. Retrieved from [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh?term=coronary artery disease](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh?term=coronary+artery+disease)
- Norris, C., Hegadoren, K., & Pilote, L. (2007). Depression symptoms have a greater impact on the 1-year health-related quality of life outcomes of women post-myocardial infarction compared to men. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(2), 92–98.
- Norris, C. M., Murray, J. W., Triplett, L. S., & Hegadoren, K. M. (2010). Gender roles in persistent sex differences in health-related quality-of-life outcomes of patients with coronary artery disease. *Gender Medicine*, 7(4), 330–339.
- Oakley, A. (n.d.). Ann Oakley. Retrieved from <http://www.annoakley.co.uk>

- Octavio, G. (2001). John Money, Sexólogo Psiconeuroendocrinólogo. Un homenaje con motivo de su muerte. Julio 2006. In *Congreso Colombiano de Sexología*. Cartagena de Indias.
- OMS. (n.d.). Gender, women and health. Retrieved from <http://www.who.int/gender/whatisgender/en/index.html>
- Plach, S. K. (2007). Psychological Well-Being in Women with Heart Failure: Can Social Roles Make a Difference? *Health Care for Women International*, 29(1), 54–75.
- Plach, S. K., & Heidrich, S. M. (2001). Women's perceptions of their social roles after heart surgery and coronary angioplasty. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 30(2), 117–27. doi:10.1067/mhl.2001.113561
- Plach, S. K., & Heidrich, S. M. (2002). Social role quality, physical health, and psychological well-being in women after heart surgery. *Research in Nursing & Health*, 25(3), 189–202. doi:10.1002/nur.10034
- Plach, S. K., Napholz, L., & Kelber, S. T. (2001). Differences in anxiety and role experiences between three age groups of women with heart disease. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(4), 195–199.
- Plach, S. K., & Stevens, P. E. (2001). Midlife women's experiences living with heart disease. *Applied Nursing Research: ANR*, 14(4), 201–9. doi:10.1053/apnr.2001.26862
- Polit, D., & Hungler, B. (1997). *Investigación científica. En ciencias de la salud* (Quinta edi.). Mc Graw Hill Interamericana.
- Rae. (2001). Diccionario de la Lengua Española. *The Modern Language Journal*, 11, 391. doi:10.2307/313964
- Rincón, F. (2004). Propuesta de guía de cuidado de enfermería del paciente con infarto agudo del miocardio. *Revista Actualizaciones En Enfermería.*, 7(4), 13.
- Rincón, F. (2007). *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 la Teoría de los Síntomas Desagradables de Lenz y colaboradores*. Universidad Nacional de Colombia.
- Rincón, F. (2007). *No Title*. Universidad Nacional de Colombia.
- Robinson, A. W. (2002). Older women's experiences of living alone after heart surgery. *Applied Nursing Research*, 15(3), 118–125.

- Robinson, C. A. (1993). Managing life with a chronic condition: the story of normalization. *Qualitative Health Research*, 3(1), 6–28.
- Romero, E. (2007). Caracterización de los síntomas de angina de pecho en mujeres a la luz de la Teoría de los Síntomas Desagradables, Clínica Cartagena del Mar 2005-2006. *Universidad Nacional de Colombia*, 1–106.
- Sanahuja, M. E. (2002). *Cuerpo sexuados objetos y prehistoria*. Madrid: Ediciones *catedra*, 2002. p. 13-14 (Ediciones .). Madrid.
- Sánchez, J. (n.d.). Psicología Social. Retrieved from <http://psicologiasocialjustinasanchez.blogspot.com/2009/06/psicologia-socialteorias-del-rol.html>
- Sandoval, C. A. (1997). *Investigacion cualitativa*. (Ascun, Ed.) (Primera.). Santa Fé de Bogota.
- Schulz, P. S., Zimmerman, L., Pozehl, B., Barnason, S., & Nieveen, J. (2011). Symptom management strategies used by elderly patients after coronary artery bypass surgery. *Applied Nursing Research*, 24(2), 65–73.
- Sjostrom-strand, A. (2007). Women's Work Roles and Their Impact on Health, Well-Being, and Career:, 1–21.
- Sjöström-Strand, A., & Fridlund, B. (2007). Stress in women's daily life before and after a myocardial infarction: a qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(1), 10–17.
- Soto Morales, A. M. (2007). Factores que intervienen en la demora de la solicitud de atención médica o de enfermería en mujeres que presentan dolor torácico de origen coronario. *Avances En Enfermería*, 25(2), 58–64.
- Staniute, M., Brozaitiene, J., & Bunevicius, R. (2013). Effects of social support and stressful life events on health-related quality of life in coronary artery disease patients. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 28(1), 83–89.
- Stolcke, V. (1989). Antropología del género. El cómo y el por qué de las mujeres, 1–11.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. (Editorial Universidad de Antioquia, Ed.) (Primera ed.). Antioquia.
- Tejero, M. E. (2010). Cardiovascular disease in Latin American women. *Nutrition, Metabolism, and Cardiovascular Diseases : NMCD*, 20(6), 405–411.

- Treat-Jacobson, D. J., & Lindquist, R. (2007). Exercise, quality of life, and symptoms in men and women five to six years after coronary artery bypass graft surgery. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 36(6), 387–397.
- Universidad Nacional de Colombia. (2010). Análisis de contenido: las bondades de la interpretación de los textos para la comprensión de fenómenos en enfermería.
- Villarreal, R. (2008). Surgimiento del concepto género y del sistema sexo/género. Retrieved from <http://rogermvillarreal.blogspot.com/2008/08/surgimiento-del-concepto-gnero-y-del.html>
- Zhang, Y. (2010). Cardiovascular diseases in American women. *Nutrition, Metabolism, and Cardiovascular Diseases: NMCD*, 20(6), 386–393.