



Cuando el Corazón de la Mujer Falla...

Caracterización de la Angina de Pecho en un Grupo
de Mujeres del Departamento de Nariño (2009 - 2010)
"Este proyecto hace parte del multicéntrico: caracterización
de la Angina de Pecho en Mujeres de Siete Ciudades de
Colombia, liderado por la Universidad Nacional de Colombia"



Cuando el Corazón de la Mujer Falla...

Caracterización de la Angina de Pecho en un Grupo
de Mujeres del Departamento de Nariño (2009 - 2010)
“Este proyecto hace parte del multicéntrico: caracterización
de la Angina de Pecho en Mujeres de Siete Ciudades de
Colombia, liderado por la Universidad Nacional de Colombia”

Carmen Ofelia Narváez Eraso
Fanny Patricia Benavides Acosta
Rosario Rosales Jiménez

Título
Cuando el Corazón de la Mujer Falla
Autoras
Carmen Ofelia Narváez Erasó
Fanny Patricia Benavides Acosta
Rosario Rosales Jiménez

Editorial Publicaciones UNIMAR
Colección Libros Resultado de Investigación
Facultad Ciencias de la Salud
Programa de Enfermería
Universidad Mariana

Dirección Editorial
Myriam Jiménez Quenguan

Corrección de Estilo
María Eugenia Córdoba
Dilia del Pilar Navarro Fajardo

Diseño y Diagramación General
Erica Nathalia Mera Romo

Auxiliar de Publicaciones
David Santacruz Perafan

Diseño Carátula, Contracarátula y Gráficos
Jorge Andrés Narváez E.

Primera Edición en Español
Marzo 2012

©**Editorial Publicaciones UNIMAR**
Calle 18 No. 34 – 104
Tel. (00) 57-2-7314923 Ext. 185
editorialunimar@umariana.edu.co
[www.http://asis.umariana.edu.co/publicaciones_unimar/](http://asis.umariana.edu.co/publicaciones_unimar/)
San Juan de Pasto, Colombia

Impresión
Marzo 2012
ISBN:
Depósito legal

El material de este libro puede ser reproducido sin autorización para su uso personal o en el aula de clase, siempre y cuando se mencione como fuente su título, sus autoras y la editorial. Para reproducción con cualquier otro fin es necesario solicitar autorización a la Dirección Editorial.

Las opiniones, ideas y contenidos aquí consignados son responsabilidad exclusiva de sus autoras, y no comprometen en nada a la Universidad Mariana ni a la Editorial Publicaciones UNIMAR.

Reconocimientos

El presente libro es fruto del esfuerzo y colaboración de muchos estamentos y personas, a quienes de corazón queremos brindarles nuestro agradecimiento:

- A la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia: grupo de investigación “Cuidado de la Salud Cardiorrespiratoria”, por hacernos partícipes en la ejecución del Multicéntrico.
- A la doctora Fanny Rincón y su equipo de investigadoras de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional, por su abnegada asesoría y colaboración en el desarrollo del proyecto que constituyó la base para esta obra.
- A nuestra Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Mariana y a nuestro querido programa de Enfermería por depositar su confianza en nosotras para la ejecución del proyecto.
- Al personal médico, de enfermería y administrativo de la Unidad Cardio-quirúrgica de Nariño, por su disponibilidad y colaboración para la ejecución del proyecto, el cual fue el insumo para el presente libro.
- A las pacientes mujeres diagnosticadas con enfermedad coronaria, por ser la fuente generadora del nuevo conocimiento y por sus valiosos aportes, los cuales se plasman en el libro, con la seguridad de que serán de utilidad para todas las que accedan a la lectura del mismo.



A la memoria de mi querido padre:
Carlos Magno Narváez Vallejo,
quien en su esencia vivió la experiencia de padecer
este síntoma.
¡A su noble y fuerte corazón, a su imagen
perpetua...!

Carmen Ofelia Narváez Eraso

A mi hija: Karen Gabriela, quien es la ins-
piración de mis días.

Fanny Patricia Benavides Acosta

A mis padres y hermanas, quienes
inspiraron parte de este proyecto al padecer
esta sintomatología.

Rosario Rosales Jiménez

Carmen Ofelia Narváez Eraso

- Enfermera Especialista en el Cuidado del Paciente en Estado Crítico
- Profesora Asistente de Electiva de Profundización:
Cuidado Avanzado de Enfermería en el Adulto
Programa de Enfermería
Facultad Ciencias de la Salud
Universidad Mariana

Fanny Patricia Benavides Acosta

- Enfermera Especialista en Educación con Énfasis en Pedagogía
- Profesora Asistente: Cuidado Básico de Enfermería
Programa de Enfermería
Facultad Ciencias de la Salud
Universidad Mariana

Rosario Rosales Jiménez

- Enfermera Especialista y Magíster en Docencia Universitaria
- Decana Facultad Ciencias de la Salud
Universidad Mariana

Índice

11	Prólogo
13	Presentación
15	CAPÍTULO I
	Parte 1
	Acercándonos a un Estado del Arte sobre Angina de Pecho en la Mujer
19	Parte 2
	Contexto de la Enfermedad Coronaria en la Mujer del departamento de Nariño
27	CAPÍTULO II
	Fundamentación Teórica: la Teoría de Lenz “Los Síntomas Desagradables”
31	CAPÍTULO III
	Marco del Diseño
37	CAPÍTULO IV
	Parte 1
	Información Demográfica del Grupo de Participantes
43	Parte 2
	La Calidad del Síntoma “Comprendiendo el Síntoma”
53	Parte 3
	Comportamiento del Dolor. La Cascada y Atipicidad de Síntomas

59	Parte 4 La Intensidad: “El Pequeño Gigante”
65	CAPÍTULO V Parte 1 Los Determinantes Psicológicos
71	Parte 2 Los Determinantes Situacionales
77	CAPÍTULO VI Parte 1 Las Consecuencias Funcionales
83	Parte 2 El Afrontamiento
91	CAPÍTULO VII Reflexiones: “¡volverte hacia ti misma y hacia tu corazón!”
93	Referencias Bibliográficas

Cuando el Corazón de la Mujer Falla...



Prólogo

Interpretar el dolor torácico constituye un reto diagnóstico, ya que sus causas pueden ser tan triviales e insignificantes en términos de riesgo para la vida, como una osteocondritis, hasta el otro extremo de un infarto agudo de miocardio o disección aórtica aguda, pero esto usualmente es lo que le importa al médico; sin embargo, para el paciente cualquier dolor de causa trivial puede estar acompañado de profundas sensaciones, emociones, preocupaciones, angustias y toda variedad de sentimientos que son muy valiosos para él; todas estas manifestaciones aparentemente sólo subjetivas tienen bases neurofisiológicas que, finalmente, por la compleja pero esencial conexión del sistema nervioso autónomo, pueden afectar la función cardiovascular.

La práctica médica por lo menos en Colombia, entre otras cosas por las dificultades de tiempo que impone el sistema actual de salud, cada vez ha venido perdiendo la valiosa atención en el componente afectivo del dolor, para centrarse en mediciones y análisis más objetivos y materiales de la enfermedad; pero por más avances tecnológicos que se aplique para su diagnóstico y tratamiento, si se quiere alcanzar los mejores resultados, no se puede descuidar esa parte afectiva de la enfermedad, para lo cual es necesario dedicar voluntad y tiempo a nuestros pacientes; esto precisamente es lo que hizo este grupo de investigadoras de enfermería de la Universidad Mariana, escucharon con paciencia una gran variedad de manifestaciones interesantes en las pacientes que presentaban dolor torácico debido a enfermedad coronaria arteriosclerótica; y se enfocaron en las mujeres cuyos estudios epidemiológicos y descriptivos en cardiología, demostraron que es más compleja la interpretación de este

dolor, y que seguramente esta complejidad será mayor, cuando se estudie a mujeres procedentes de una región llena de mitos y de creencias socioculturales profundas y curiosas, fuertemente arraigadas; esto además, dificulta extraer toda la información necesaria para evaluar con alguna objetividad los orígenes de este dolor.

Esta investigación de carácter cualitativo nos da una idea de las diferentes sensaciones experimentadas con el dolor coronario, sin embargo, por el número de pacientes estudiadas no es posible emitir algunas conclusiones sobre la presentación de esta frecuente enfermedad en nuestra región, no obstante, sus hallazgos son una base para: plantear hipótesis, realizar nuevos estudios más objetivos y con variables cuantificables en un mayor número de pacientes.

Dr. Álvaro Aux Revelo

Cardiólogo-Hemodinamista

Unidad Cardio Quirúrgica de Nariño

Presentación

El impacto de las enfermedades coronarias en nuestra sociedad es enorme y actualmente se constituye en la causa líder de morbilidad a nivel mundial. En Colombia de acuerdo a información del Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, el proceso de transición demográfica (teoría demográfica que explica el paso de un régimen demográfico preindustrial, presidido por altas tasas de natalidad y mortalidad a otro industrial, con un fuerte incremento de la población y posteriormente postindustrial, con tasas muy bajas de natalidad y mortalidad) ha traído consigo el envejecimiento de la población, cambios en los estilos de vida (tabaquismo, dislipidemia, dieta, obesidad, sedentarismo, estrés), aumento de enfermedades no transmisibles y crónicas como la diabetes y la hipertensión arterial, estas últimas como factores coadyuvantes a la enfermedad coronaria.

Si bien los factores de riesgo para la enfermedad coronaria se pueden clasificar de múltiples maneras, desde los más simples hasta los más complejos, (como los vinculados al género femenino, al estrés, fisiológicos ligados al ciclo vital y los relacionados con el medio social por la carga de responsabilidades), su prevención y tratamiento adecuados requieren del entendimiento completo de todos estos determinantes en la vida de cada mujer, los cuales obligan a desarrollar diversas formas de adaptación en la vida cotidiana. Por ello, se destaca que el abordaje por parte del personal del salud y el de enfermería debe estar enfocado a la comprensión de la situación de la salud del individuo, en su contexto, considerando las diferencias culturales y de género que favorezcan un cuidado personalizado, integral, humano, frente a un evento de salud similar, superando la consideración

exclusiva de los protocolos de atención, que muchas veces conllevan a valoraciones y manejos poco adecuados.

Gracias a la doctora Fanny Rincón y a su equipo, quienes nos invitaron a ser partícipes del multicéntrico: “Caracterización de la angina de pecho en mujeres de siete ciudades de Colombia”, tuvimos la oportunidad de entrevistar a un grupo de mujeres nariñenses con enfermedad coronaria, encontrando muchos testimonios que nos permitieron conocer cómo les afecta la enfermedad en su cotidianidad y en sus diferentes dimensiones. La entrevista a profundidad permitió que nuestras mujeres salieran de esa connotación de ser una(s) *“persona(s) que poco se queja(n)”* al contar y desahogarse de aquello que posiblemente *“callaron para no preocupar”* ó *“no le pararon bolas”*, porque se *“acostumbraron al dolor”* o se *“controlaron a sí mismas”*, subvalorado así el dolor, hasta cuando sintieron *“Ya no ser las mismas”*.

A través de la presente obra queremos compartir la experiencia que vivieron algunas mujeres que tenían esta sintomatología, para que a partir de estos casos, otras mujeres conozcan los rasgos atípicos de la enfermedad, las sensaciones que puede generar y además, lograr concientizarlas acerca de la importancia del autocuidado en la prevención.

Las Autoras



Capítulo I

Parte 1

Acercándonos a un Estado del Arte sobre Angina de Pecho en la Mujer

Cuando el Corazón de la Mujer Falla...



Existen evidencias de que la población femenina con relación a la masculina, posee características físicas diferentes tanto en la presentación clínica de la angina de pecho como en la respuesta a las pruebas de esfuerzo y el cateterismo cardiaco; por ello se hace necesario obtener un diagnóstico de certeza para evitar estudios invasivos innecesarios y utilizar los mejores estratificadores de riesgo. Es interesante conocer que la disfunción coronaria micro vascular está presente en aproximadamente la mitad de las mujeres con dolor torácico en ausencia de enfermedad coronaria obstructiva. Por otro lado, hay mayor prevalencia de un vaso en especial en las pre menopáusicas (1). El estudio Wise del 2001 encontró que las mujeres tienen angina atípica más frecuentemente asociada a vaso espasmo y angina micro vascular, de ellas un 34% es no detectable.

Cuando se presenta un episodio de dolor torácico, la mujer puede experimentar una serie de síntomas relacionados con la enfermedad coronaria (dolor en el cuello, dificultad para respirar, náuseas, vómito fatiga, vértigo); estos síntomas son llamados desde la fisiopatología de la enfermedad como síntomas asociados (2). Lo primero en el diagnóstico de la enfermedad isquémica cardiaca para ambos sexos es hacer una historia clínica cuidadosa con énfasis en las características del dolor de pecho, aunque los estudios muestran que las mujeres pueden tener síntomas atípicos como: dolor abdominal, náuseas y vómito (3).

En estudios de orden nacional e internacional, se ha determinado que la mujer ha sido habitualmente excluida de los grandes protocolos clínicos cuando de evaluar la patología isquémica se trata, la evaluación y valoración (diagnóstico, tratamiento y pronóstico) está generalmente basada en los resultados obtenidos de esta enfermedad en varones, (4) (5) (6) (7) puesto que en muchos ensayos de diagnóstico coronario no han incluido mujeres o han incluido un número pequeño (3).

Respecto a factores protectores, se ha considerado tradicionalmente que la mujer está protegida de esta patología por la presencia de las hormonas femeninas durante su etapa fértil, luego se aceptó la gran utilidad del uso de la terapia de reemplazo hormonal, entre otras razones, para continuar con la protección cardiovascular (8) (9) (10) (11); la menopausia como factor de riesgo, acelera tres veces el riesgo de enfermedad coronaria. No obstante, estas afirmaciones han sido fuertemente controvertidas por diversos estudios en los que se analizó a mujeres que recibieron este tipo de terapia, debido a la excesiva frecuencia de casos de cáncer de seno: el estudio WHI (*Women'Shealth Initiative*) y el estudio HERS (*Heart and Estrogen /Progestin Replacement Study*) (1) demostraron que la terapia de reemplazo hormonal en la mujer no es cardio protectora, y por eso, en la actualidad la terapia de reemplazo se plantea sólo para la prevención de osteoporosis.

Existen algunas diferencias en los factores de riesgo en la mujer además de la edad y los cambios hormonales: la presencia de diabetes, el uso de tabaco, (en especial en mujeres con lipoproteínas elevadas), el colesterol total y las proteínas de baja densidad (LDL) son predictores pobres en mujeres, a diferencia del hombre; y las de alta densidad (HDL) están asociadas en forma inversa y fuerte en cuanto a riesgos de enfermedad coronaria. Los triglicéridos son predictores independientes. Los subgrupos de mujeres con lupus eritematoso sistémico, ovario poliquístico, y pre-eclampsia también están en mayor riesgo para enfermedad coronaria.

Los estudios epidemiológicos han señalado una estrecha asociación entre las enfermedades coronarias y los factores de riesgo como: la hipertensión, el colesterol, el consumo de tabaco, la obesidad o la inactividad física y junto con estos factores otros de naturaleza psicosocial como "el estrés psicosocial y ocupacional" (12).



Capítulo I

Parte 2

Contexto de la Enfermedad Coronaria en la Mujer del Departamento de Nariño

Cuando el Corazón de la Mujer Falla...



El territorio del departamento de Nariño posee tres regiones fisiográficas, correspondientes a: la llanura pacífica, la región andina y la vertiente amazónica (13).

Nariño presenta variedad en su territorio y en sus pobladores, una de sus características principales es la condición pluriétnica de los mismos: 166.531 (10.8%) son indígenas, 289.888(18.83%) afro descendientes y 1085537 (70.4%) son mestizos, según datos poblacionales del DANE para el 2005. Para ese mismo año, la densidad de su población fue de 45 habitantes por Km. cuadrado (14). “De acuerdo a datos suministrados por el DANE, la población del Departamento para el año 2008 ascendía a 1.599.646 habitantes de los cuales 801.807 son hombres que corresponde a 50.13% y 797.759 mujeres, equivalente al 49.87%”(15).

La población afrodescendiente le aporta a la cultura su amigable relación con un territorio particularmente biodiverso, al igual que la fiesta y la alegría que le son propias. Todas estas cualidades propias de su cultura influyen en su percepción hacia la experiencia de salud y enfermedad, hábitos, costumbres, entre otros.

Desde el punto de vista cultural de los pueblos indígenas, hay que destacar su cosmovisión integradora de la naturaleza, la economía, el hábitat y la vida espiritual; así mismo su capacidad de resistencia, su sentido comunitario y de solidaridad expresado en las mingas que, en buena hora, sobreviven en los andes latinoamericanos (15).

En las comunidades campesinas confluyen pobladores enraizados en sus territorios, colonos caracterizados por labrar su futuro en lugares distintos a los de sus ancestros y artesanos que viven de su capacidad creativa; así conformadas, esas comunidades, con sus valores, conocimientos, costumbres y manifestaciones artísticas, contribuyen a fortalecer la riqueza multicultural del Depar-

tamento; a pesar de ello, el carácter mayoritariamente rural de la población ha sido siempre visto como sinónimo de atraso, timidez y rezago frente al desarrollo de la modernidad (15).

Esta interculturalidad es la que dio paso a la coexistencia de dinámicas sociales muy propias en las ciudades de Nariño, donde se encuentran procesos de diversificación cultural que enriquecen y que se diferencian en “ritos, costumbres, vestuarios, expresiones lingüísticas, hábitos de vida, grados de progreso”, así expresados por Alberto Quijano Guerrero, al referirse a los hitos históricos del Departamento.

La situación de la salud en la población nariñense corresponde estructuralmente a sus condiciones de vida, que para la mayoría son precarias, como lo demuestra el hecho de que 57% pertenece al nivel uno del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales, SISBEN, el 15% a nivel dos y el 1.7% al nivel tres, de acuerdo con las estadísticas presentadas por la Secretaría de Planeación Departamental en el 2007; la población total asciende a 1.187.273 habitantes (15).

Según estadísticas presentadas en el plan de desarrollo departamental, sobresalen las enfermedades crónicas del sistema cardiovascular, con el 20.8% del total, y afectan principalmente a mayores de 40 años, constituyéndose estas en la segunda causa de muerte. A nivel departamental la red hospitalaria de mediano nivel registra baja capacidad resolutive para enfermedades que como las cardiovasculares e isquémicas coronarias, requieren de tecnología avanzada, por ello la mayoría de los pacientes son remitidos a la ciudad de Pasto para su respectivo manejo; a este tipo de instituciones confluyen pacientes procedentes de diferentes municipios, incluso del departamento de Putumayo.

De acuerdo a estadísticas del Instituto Departamental de Salud, para el 2007 se presentaron 365 casos de angina de pecho en mu-

jeros, de los cuales el mayor número es de 136 que están entre los 15 y 44 años, 107 a mayores de 60 años y 100 a aquellas cuyas edades oscilan entre los 45 y 59 años; comparando lo anterior con los datos arrojados para el 2008 se observa una tendencia al aumento, puesto que se presentaron 397 casos de mujeres con esta alteración, de las cuales 150 están entre los 15 y 44 años, 131 son mayores de 60 años y 107 tienen entre 45 y 59 años. Lo anterior permite ver una tendencia semejante a lo que ocurre en países desarrollados como los Estados Unidos, donde se observa un creciente aumento en la tasa de morbilidad por enfermedad coronaria en la mujer, incluso se observa que se ha duplicado al comparar mujeres de 40 años con las de mayor edad (16). Esto evidencia que la enfermedad está afectando cada vez y con mayor frecuencia a mujeres jóvenes en edades productivas. Estos datos van en contra de una creencia largamente sostenida de que las mujeres hispanas, tienen menor riesgo coronario que las mujeres europeas (caucásicas más específicamente). En la práctica se observa lo contrario, parece que las pacientes hispanas desarrollan enfermedad coronaria antes que las caucásicas, así lo demostró el estudio de Teeters y cols., citado por Gardner, donde sugieren que los factores de riesgo se presentan a edad más temprana en las hispanas, por ello los autores recomiendan un tratamiento más agresivo y la aplicación de medidas para prevenir la enfermedad coronaria en esta etapa de la vida femenina (17).

El estudio denominado: “Evaluación de la Participación del personal de Enfermería en el cuidado del paciente pos infarto agudo de miocardio del Hospital Departamental de Nariño” de Cristina Pabón, realizado en Pasto, en el año 2003, en un grupo de personas que sufrieron angina de pecho e infarto agudo de miocardio, encontró asociados como factores de riesgo dentro de la mayor parte de la población objeto de estudio, la hipertensión arterial, seguida de sedentarismo y estrés sin descartar diabetes, alcoholismo y tabaquismo; en promedio se observó 2 y 3 factores de riesgo asociados. Teniendo en cuenta el aspecto demográfico, con-

cluyeron que la mayor parte de la población la constituye el sexo femenino que en su mayoría son personas con una edad de 54 y más años sometidas a conflictos familiares.

En el 2004 la Alcaldía Municipal de Pasto, y el Instituto Nacional de Salud identificaron como principales factores de riesgo para la enfermedad coronaria y otras crónicas en la mujer: los niveles elevados de sedentarismo y el sobrepeso, el cual fue más notorio especialmente en aquellas con un nivel de escolaridad inferior. Si bien la diabetes mellitus es responsable de las complicaciones como factor de riesgo para la enfermedad coronaria, resultó preocupante que una tercera parte de quienes han sido diagnosticados con diabetes, no estén llevando a cabo algún tipo de tratamiento para su control, lo mismo ocurre con pacientes diagnosticados con hipercolesterolemia (18). En el mismo estudio se encontró que los profesionales de la salud, no están aconsejando a la población con la frecuencia deseada sobre la práctica de la actividad física, como factor protector para la enfermedad coronaria.

El estudio de Mary Erazo, titulado “Efectividad de un programa de Capacitación en Menopausia dirigido a mujeres de 40 a 50 años que asisten a consulta en un centro de Salud en Ipiales Nariño” realizado en San Juan de Pasto en el año 2003, encontró que “el comportamiento y actitudes de las mujeres de 40 a 50 años frente a la menopausia como factor de riesgo para la enfermedad coronaria, estaba influenciado por deficiencias en cuanto a conceptos, costumbres y creencias arraigadas a la tradición de la región” (19). El estudio de Aleida Martínez permitió observar que “el sexo femenino asiste al médico sólo cuando éste se lo indica, a pesar de que el 70% de los participantes tiene conocimiento acerca de los factores de riesgo” (20), posiblemente este fenómeno tiende a agravar el problema e indicaría posteriormente una escasa atención al síntoma si éste ocurriera, “al atribuirlo a causas menos serias y de origen extracardiaco” (21) (22).

El estudio de Miller y cols., enuncia que a pesar de que las mujeres conocen las manifestaciones de la enfermedad, no solicitan atención en salud por diferentes motivos como: la necesidad de

tratarse así mismas para mantener el control, el cumplimiento de roles y de responsabilidades, la falta de claridad o el desconocimiento para el reconocimiento de los síntomas relacionados con isquemia miocárdica, experiencias negativas de salud, entre otros, y la subestimación de los síntomas por parte de los proveedores en salud al clasificarlos como atípicos (2). El estudio de Soto Morales realizado en el año 2005 mostró la presencia de 3 nuevos factores: la influencia de terceros, la desprotección de los seres queridos y el deseo de no preocupar a otros, los cuales no han sido descritos con anterioridad en los estudios de Cadwell, Miller y de la Cuesta (21).

Las percepciones y conceptos que se tengan acerca de lo que es salud y enfermedad, son otros elementos que como los enunciados anteriormente, son conducentes a un retraso indebido en su terapéutica. A partir del propio concepto de corporeidad, “la percepción del cuerpo enfermo” (23) y por ende, los síntomas que éste manifieste, influyen en la forma como se actúe para buscar ayuda oportuna. Los conceptos de “cuerpo” y “cuerpo femenino” se construyen en una serie de metáforas históricas, considerando que el concepto que de éste se tiene hoy, no es el mismo que existía en la Edad Media: cuerpo religioso, teológico, universal (24).

De acuerdo con lo anterior, las dimensiones y acciones corporales difieren en el hombre y en la mujer: el hombre emplea su cuerpo para hacer cosas, desea que funcione bien, que no falle, pero no hace lo necesario para cuidarlo y lograr su perfecto funcionamiento; por su parte, la mujer, se identifica más con su cuerpo, no sólo por cuestión hormonal sino, además, por aspectos antropológicos. La mujer, por decirlo de alguna manera, le dedica más atención a su cuerpo y ejecuta diversas acciones para el cuidado de todas y cada una de sus partes; si el hombre se preocupara por su cuerpo de modo similar al de la mujer, seguramente se entendería como pérdida de tiempo o afectación; esto resulta contradictorio con los hallazgos citados en párrafos anteriores, respecto a la prevención de determinantes que condicionan la aparición de la enfermedad por cuanto la dimensión y acción de la mujer no es instrumental como la del hombre (25).

Cuando el Corazón de la Mujer Falla...





Capítulo II

**Fundamentación Teórica:
la Teoría de Lenz “los Síntomas Desagradables”**

Cuando el Corazón de la Mujer Falla...



Teoría de los Síntomas Desagradables

Esta teoría se desarrolló a través de un esfuerzo colaborativo de investigadores norteamericanos comprometidos en la práctica clínica: Lenz y cols.; se inició con dos investigaciones sobre fatiga y disnea (26), y encontraron que sus observaciones también podían ser aplicables a otros síntomas desagradables como el dolor.

Posee tres componentes mayores:

1. Los síntomas que el individuo está experimentando.
2. Los factores influyentes que aumentan o afectan la naturaleza de la experiencia del síntoma.
3. Las consecuencias de la experiencia del síntoma.

Los síntomas

Son de vital importancia en el cuidado de enfermería, son los **indicadores** percibidos del cambio en el funcionamiento normal, como lo experimentan los pacientes. Cada síntoma se entiende como una experiencia multidimensional, que puede conceptualizarse y medirse separadamente o en combinación con otros síntomas. Se pueden caracterizar con dimensiones comunes en poblaciones clínicas:

- **Intensidad**, se refiere a la severidad, fuerza o cantidad del síntoma que experimenta, siendo fácilmente cuantificable.
- **Coordinación**, se refiere a la duración, frecuencia de la ocurrencia, grado de incomodidad y molestia, nivel percibido de angustia y calidad. Se asume que estas dimensiones son separadas, pero relacionadas entre sí.

Los factores determinantes

Se identifican tres categorías de variables como influyentes: la **ocurrencia**, que es el momento que condiciona la aparición del síntoma; la **intensidad**, que ya se describió; y la **calidad**, que está condicionada por los factores fisiológicos, psicológicos y situacionales.

Los factores fisiológicos son los procesos de alteraciones patológicas, de la funcionalidad de los sistemas y del sustrato energético (la nutrición).

Los factores psicológicos son el estado mental (depresión), la reacción al estado de la enfermedad (apoyo social).

Los factores situacionales que involucran el estilo de vida son las experiencias personales.

Consecuencias de la experiencia del síntoma

Son el componente final de la teoría de los síntomas desagradables, es la realización, el “resultado o efecto de la experiencia del síntoma” (26), incluye actividades cognitivas y funcionales. Actividad física: actividades de la vida diaria, sociales e interacciones; Actividades cognitivas: incluyen concentración y resolución de problemas.

La teoría en la práctica es clínicamente aplicable, útil en servicios de urgencias, cuidado intensivo y hospitalización; desarrolla escalas de valoración en pacientes e incluye no sólo la intensidad de los síntomas, sino su duración, angustia y calidad del dolor, la disnea, entre otros. Su aplicabilidad puede generar la estructuración de guías y/o protocolos del cuidado de enfermería.



Capítulo III

Marco del Diseño

Cuando el Corazón de la Mujer Falla...



Marco del Diseño

El proyecto tuvo un abordaje cualitativo, de acuerdo al protocolo formulado por la Dra. Fanny Rincón en el multicéntrico: “Caracterización de la angina de pecho en mujeres de siete ciudades de Colombia” 27). La información fue brindada por mujeres que cumplían los criterios de inclusión.

Teniendo en cuenta que la investigación cualitativa tiene como meta descubrir significados y realidades múltiples, el presente estudio utilizó un muestreo teórico o intencionado que “según Strauss y Corbin significa que: el muestreo más que predeterminado antes de comenzar la investigación, evoluciona durante el proceso; se basa en conceptos que emergen del análisis y que parecen ser pertinentes para la teoría que se está construyendo. Son conceptos que se encuentran: A) repetidamente presentes (o notablemente ausentes) en los datos cuando se compara incidente por incidente y B) actúan como condiciones que le dan variación a una categoría principal, se hace un muestreo de incidentes, acontecimientos o sucesos y no de personas” (28).

Muestra Significativa

Teniendo en cuenta el criterio de muestra adecuada para el abordaje cualitativo, se consideró el concepto de “saturación”, es decir, cuando a través de nuevas entrevistas consecutivas, las informantes no adicionan datos o información nueva.

Criterios de Inclusión

- Mujeres con arteriografía coronaria mayor del 70% de uno o varios vasos o que se encuentren post síndrome coronario agudo.

- Mujeres hemodinámicamente estables, conscientes y con patrón de comunicación conservado.
- Mujeres que hayan experimentado molestia, dolor o sensación de incomodidad en alguna parte entre la mandíbula y la cintura ya sea en la parte anterior o posterior.
- Mujeres que sean nariñenses y que habiten en este departamento.

Técnicas de Recolección de Información

Previo consentimiento informado se aplicó una entrevista a profundidad a partir de una guía temática basada en la teoría de Lenz, creada y utilizada en el protocolo liderado por F. Rincón y cols., en sus primeros estudios sobre la temática en algunas ciudades de Colombia tales como: Bogotá, Cartagena entre otras.

Marco de Análisis

Para el manejo de la información se integraron los conceptos de Rincón (investigadora principal del multicéntrico), los cuales se soportan desde su experiencia personal y de expertos en Metodología de Análisis de Contenido como: Bardin, Navarro, Krippendorf, De Souza Minayo y F. Vásquez.

Las fases desarrolladas para el análisis de contenido fueron:

1. Identificación del material empírico

Constituido por el corpus textual (producto de la transcripción de las narrativas de las mujeres entrevistadas) y extratextual (datos demográficos u otros útiles para el análisis pragmático).

2. Lectura Superficial

Significa entrar en contacto con el material y dejar surgir libremente las impresiones, tal como lo conceptualiza Bardin, puede dar lugar a hipótesis; de igual manera, puede sugerir la primera

idea que posteriormente dará lugar a una categoría o inclusive plantear cambios en una codificación previamente planteada. De Souza Minayo denomina esta etapa como “Lectura Flotante” (28) (29), la cual permite la impregnación en el contenido de los textos y da lugar a una organización pertinente al corpus textual.

3. Definición de Unidades de Registro (UR)

Palabra, frase, párrafo. Navarro señala que las unidades de registro constituyen unidades básicas de relevancia, es decir, de significación. Es un tipo de segmento textual claramente discernible:

- Por procedimientos sintácticos (palabras, frases delimitadas por puntos).
- Por variables semánticas (términos, conceptos).
- Por variables pragmáticas (turnos de conversación, cambios en la dinámica).

En el presente estudio es de gran importancia la frase que encierra un tema, dentro de la cual se estructura la palabra de importancia.

4. Análisis en contexto

Se analizan las unidades de registro en las correspondientes frases u organizaciones que las contiene y también hacen parte de un párrafo que constituye la unidad de contexto desde el punto de vista semántico. Se analiza así la palabra en la estructura en que se encuentra, con el fin de darle un sentido o marco interpretativo, en donde pueden salir conectores de relación entre unidades de registro. Las unidades de contexto definen el sentido de las unidades de registro y pueden ser textuales o extra textuales.

El anterior proceso se denomina **codificación** (28) es decir, la adscripción de todas las unidades de registro a las de contexto. En el presente estudio, las unidades de contexto corresponden a cada una de las partes que conforman la estructura de la teoría, media-

das por las preguntas, que a su vez representan cada parte, y éstas a cada una de las ciudades.

5. Categorización

Se define como la clasificación de las unidades de registro según similitudes y diferencias desde diferentes puntos de vista: frecuencia, ausencia, concurrencia, intensidad, dirección, relación y asociación u oposición. Es clasificar o conceptualizar mediante un término o expresión breve, que sea claro e inequívoco, dentro del contenido o idea central de cada unidad (28).

Para definir las categorías se incluyeron los términos insertos en sus testimonios que, de alguna forma tenían alguna sinonimia entre ellos

6. Tejer relaciones

Una vez identificadas las categorías, y prácticamente a medida que se iba avanzando en el análisis, se establecieron relaciones entre éstas, lo cual constituye un árbol de nodos que es la expresión gráfica de un meta texto.

Según Navarro (30) el meta texto representa el corpus textual de manera transformada; este es producto del investigador, a diferencia de lo que normalmente ocurre con el corpus, pero debe ser interpretado conjuntamente con éste.

El resultado es una doble articulación: del sentido del texto y del proceso interpretativo que lo esclarece. Mediante este proceso se busca plantear una interpretación que defina un perfil de la caracterización de los síntomas de angina en la mujer del departamento de Nariño y a la vez permita avanzar en la comprensión de su experiencia (30).



Capítulo IV

Parte 1

Información Demográfica del Grupo de Participantes

Cuando el Corazón de la Mujer Falla...



Se realizaron entrevistas a 9 mujeres participantes en el estudio, procedentes de diferentes municipios de Nariño: Pasto (2), Túquerres (2), Guaitarilla (1), Ancuya (1), Tumaco (1), Guachavéz (1), El Tambo (1).

Se encontró un rango de edad entre los 52 y los 79 años; de ellas: dos mujeres de 52 años, dos de 65, una de 58, una de 71, una de 76, una de 77 años y una de 79. Respecto al estado civil: cinco eran casadas, tres viudas y una separada.

Con relación a la ocupación, se encontró: siete amas de casa, una modista y una comerciante informal. Dos con una escolaridad de primaria incompleta; dos, primaria completa; cuatro, secundaria incompleta, y una, secundaria completa. Tres mujeres pertenecen a los estratos 5 y 6. Seis mujeres al estrato 2.

Respecto a la convivencia: dos conviven con su esposo; dos con sus hijas; dos con el esposo e hijo; una con las hijas y nietos; una con la nieta y otra, con el esposo, hijo y nieta.

Antecedentes Patológicos Personales

Se encontró que los antecedentes de mayor predominio eran:

- Dislipidemia: por historia clínica y/o expresiones de la paciente (5 mujeres).
- Hipertensión arterial: por expresión de la paciente *“sufro de la presión alta”* (3 mujeres).
- Diabetes: por expresiones de la paciente: *“soy diabética”* (2 mujeres).
- Arteriosclerosis: por expresiones de la paciente: *“Mi Sangre no está oxigenada por las arterias, me dió hasta....eso ¿cómo es que se llama de las arterias? Arteriosclerosis”* (1 mujer).
- No saben o la historia clínica no documenta (2 mujeres).

En este orden de ideas se encontraron algunas mujeres con hábitos de riesgo cardiovascular:

- Tabaquismo:	2 mujeres
- Sedentarismo:	1 mujer
- Obesidad:	1

En el informe de Vicente Sayaschulia, se cita que el estudio de Framingham reportó a la hipertensión como el factor de riesgo más importante para el desarrollo de todas las formas de enfermedad cardiovascular, para ambos sexos entre los 35 y 64 años de edad. La prevalencia de esta enfermedad en mujeres es mayor y por tanto la aparición de infartos subsecuentes (31). Igualmente la diabetes se convierte en un factor que aumenta el riesgo de enfermedad coronaria en las mujeres con respecto a los varones.

La menopausia, como otro factor de riesgo, acelera tres veces el peligro de padecer la enfermedad coronaria. En el estudio las nueve mujeres cursan esta etapa. El riesgo se agrava máxime cuando a esto se le añade otros factores como: hipertensión, hipercolesterolemia, sobrepeso, tabaquismo. Dichos eventos estuvieron presentes en las entrevistadas, lo cual favoreció de alguna forma el surgimiento del síntoma.

Antecedentes familiares

Se encontró que entre los antecedentes de origen familiar, los infartos cardiacos estuvieron presentes en familiares de tres mujeres. Al respecto el estudio de Miller, encontró que los antecedentes de infarto en familiares de mujeres en primer grado de consanguinidad, son asociados a enfermedad cardiaca 2 a 5 veces más que en las mujeres que no tienen este factor (32).

Actividades que Ejecutaban Cuando se Presentó el Síntoma

Dos mujeres, quienes estaban realizando actividades de bajo esfuerzo como estar en reposo o dormir, refirieron presentar el síntoma por emociones fuertes como un **disgusto** o una **alegría**,

angustia generadas por una situación familiar. Las cinco mujeres restantes realizaban actividades como caminar, barrer o hacer oficios domésticos, cuando apareció el síntoma.

Para las mujeres en quienes el síntoma evolucionó hasta presentarse incluso cuando dormían, las obligó a la búsqueda de ayuda médica inmediata; las otras buscaron ayuda solamente cuando el dolor hizo que *“ya no fuera la misma”*, debido a la intensidad.

Cuando el Corazón de la Mujer Falla...





Capítulo IV

Parte 2

La Calidad del Síntoma. “Comprendiendo el Síntoma”

Cuando el Corazón de la Mujer Falla...



Comprendiendo el síntoma

"Un dolor que oprime"

"Un dolor desgarrante"

"Un dolor centrado"

"Un dolor feo"

Como enfermeras hemos comprendido que un síntoma se convierte en la referencia subjetiva, que da un enfermo sobre la percepción de un cambio que reconoce como anómalo y que es causado por un estado patológico o de enfermedad. Aunque el dolor como síntoma es conocido por todos los seres humanos, se expresa de manera distinta en cada persona, quien tiene su propia historia y vive en una cultura particular. La tolerancia y percepción al mismo está influida definitivamente por múltiples variables personales, físicas y culturales. Desde esta perspectiva, el dolor para algunas mujeres puede ser o no definido como tal, y así será referenciado.

En el grupo de mujeres nariñenses entrevistadas, fue común encontrar entre sus testimonios el término "*dolor*" para referirse al dolor torácico de tipo anginoso. En sus diversas acepciones se ven inmersos términos y expresiones propios de la cultura y/o regionalismos característicos con los cuales calificaron y describieron esa experiencia del síntoma.

Si bien la presencia de comorbilidad afecta por demás la vivencia de esta experiencia, los hallazgos mostraron en efecto como las variaciones fisiológicas influyen en la experiencia del síntoma, las siguientes descripciones fueron dadas por mujeres quienes presentaban antecedentes personales de patologías como la hipertensión y la diabetes, aunque para esta última se presume que el infarto de miocardio ocurre en forma silenciosa, es decir sin dolor:

“Es un dolor que oprime”

Las mujeres refieren el dolor por angina de pecho como aquella sensación que *“aprieta”, “que comprime”, “que oprime”, “que estruja”, “es como si me están ahorcando”,* al igual que quien experimenta la sensación de tener algo trancado en el pecho y le oprime: *“Por dentro me oprimía, parecía que yo había tragado algo grueso, se me quedaba aquí en el pecho, algo que se me quedaba trancado”.*

Algunas mujeres son más gráficas para describir la calidad del síntoma y lo asocian con situaciones que resultan más representativas para hacer entender la opresión que sienten:

- *“Como opresión, así como ya te trepaste encima y me empieza a doler, así empieza y con la sensación de estar alguien encima mío”.*
- *“Es como un abrazo de oso”.*
- *“Como si a uno lo cogieran por dentro el corazoncito y se lo retorcieran”.*

La expresión *“un abrazo de oso”*, es una forma propia para describir que el apretamiento es alrededor de todo el pecho y no solamente por delante, en cierta forma permite intuir que la mujer se está refiriendo además a la irradiación del mismo: del tórax anterior hacia el tórax posterior. Otras descripciones relatan que: *“Le estuvieran retorciendo el corazoncito internamente”* y esto le genera la sensación de opresión.

“...yo digo era como un abrazo de oso....”.



"El dolor desgarrante"

Esta descripción fue dada por mujeres para quienes el dolor anginoso fue muy similar al que se produce con un elemento corto punzante. Teóricamente los instrumentos punzantes penetran en los tejidos actuando a modo de cuña, disociando y rechazando lateralmente los elementos anatómicos del tejido atravesado, produciendo así un verdadero desgarro al vencer los límites de su elasticidad. Para comprender la semejanza que la mujer refiere, puesto que le genera una sensación similar, se podría decir que la isquemia genera la sensación de un desgarro derivado de un corte. Mientras que el dolor producido por el elemento corto punzante es proporcional a la profundidad y grosor del mismo, en la angina el dolor es proporcional a la isquemia; en otras palabras: a mayor isquemia coronaria, habrá mayor sensación de puñalada:

- *"Es un dolor con tirante, hace un tiro adentro como si estás arrancando algo".*
- *"Como que me meten algo en el pecho, como si tuviera un puñal".*
- *"Como si me incrustaran algo, pero era aquí en el esternón".*
- *"Dolor como si tuviera un puñal clavado ahí".*
- *"Piquetes a la espalda".*
- *"Picadas, picadas al lado izquierdo".*
- *"Me iba como picando, así picando algo por dentro así, hasta que llegaba aquí". (Señala el área precordial)*
- *"Me tira más en el lado izquierdo".*
- *"Es como que le meten algo en el pecho".*

"Dolor, como si tuviera un puñal"



Ahora bien, ¿qué es desgarrar? Al recabar información, la mujer lo asemeja efectivamente a la lesión generada por un elemento cortopunzante (corta tejidos). Inclusive se asocia con el término fraccionar o dividir una estructura, tal como se encontró en el caso referido a la estructura ósea, algo muy similar a una fractura:

- “Un dolor en los hombros que parecía se me iban a partir”.
- “Sentía como a los huesos que se me fueran partiendo”.
- “Los huesos parecía que me iban a partir, a quebrar”.



Al parecer el dolor anginoso se asocia con la sensación de **desgarre de tejidos** -como se ve en los comentarios-, mientras para unas se asimila al de una **fractura ósea** que produce discontinuidad, y para otras se asimila al dolor producido por una **cortadura**.

Tanto para aquellas, en quienes el dolor es opresivo, como para quienes lo es desgarrador, éste no aparece solo y es simultáneo o secuencial con otros síntomas (ver capítulo IV, parte 2) que se apoyan en intensidad, fuerza y duración y que tal como lo explicitan: Lenz, Pugh, Milligan, Gift y Suppe en la teoría del rango medio de “Los síntomas desagradables: una actualización”(26): suponen expresiones que son una secuencia de conceptualizaciones multidimensionales, experimentadas en la presencia de los síntomas donde son las mujeres quienes indican esa severidad.



Así pues, los términos relacionados con la opresión conducen a la sensación de ahogo, es decir, una dificultad temporal que se asocia con **fatiga** y **falta de respiración**. El primero lleva al segundo y esto se vuelve a relacionar con lo primero: *"Dolor como apretamiento que quita la respiración"*.

"Un dolor centrado"

Para algunas mujeres la caracterización de la sensación fue referida al sitio donde la perciben:

- *"Lo llamo dolor muy centrado"*.
- *"Una fuerza que se moviliza hacia el centro, hacia el pecho"*.
- *"Era de adentro"*.

Lo corroboran las expresiones no verbales tales como colocarse exactamente la mano en la región torácica, al parecer según las narraciones, es en un lugar inaccesible y por lo tanto inalcanzable:

- *"Es un dolor desde adentro"*.
- *"Lo llamo muy centrado. Un dolor sí, muy centrado, es un dolor fuerte y mortificante"*.
- *"Era como que una fuerza se iba hacia el centro, hacia el pecho, era de adentro"*.
- *"Y era un solo dolor así"* (con su mano hace un movimiento circular en el tórax).

El calificativo de *"centrado"* parece referirse al sitio de donde él proviene, el hecho de llevarse la mano a la región precordial, don-



de está ubicado el órgano afectado: el corazón, señala un punto concreto que denota seguridad y conciencia de que su problema está relacionado con ello de que su origen es cardíaco, a pesar de que a la mujer le han dicho: *“que el corazón no duele”*.

No obstante, estos aspectos están relacionados con el nivel educacional y con las habilidades del lenguaje de la mujer, reflejan además indirectamente la experiencia de haber padecido el síntoma más de una vez. La experiencia a largo plazo con un síntoma puede realzar un reconocimiento del individuo de las varias sensaciones asociadas con éste y su presentación, que en los sujetos que tienen menos experiencia con el síntoma (26).

“El dolor feo”

La búsqueda de la información permitió conocer que el dolor además de *“no dejar respirar”*, puesto que se acompaña de la sensación de *“fatiga”*, tampoco *“deja hablar”*, siendo por ello calificado como *“dolor feo”*, en los comentarios esto fue reiterativo: *“corta la respiración y no deja hablar”*.

La sensación así descrita y generada por un factor situacional produce el dolor y la fatiga y esto a su vez le impide hablar porque le *“corta la respiración”* y produce la sensación de *“tener la lengua gruesa”* por lo cual no puede articular palabras. Otras lo refieren como que se detuviera la respiración y nuevamente arranca impidiéndoles hablar, esto genera incomodidad, lo que hace que se lo califique como *“dolor feo”*, que conlleva a un ahogo que no solamente se describe verbalmente, sino además con gestos de desagrado para explicar estas sensaciones.

Para el grupo de mujeres nariñenses, *“lo feo”* es aquello asociado a la sensación de falta de aire y de no poder hablar, *“no poder respirar”*, y *“estarse ahogando”* o *“que falta aire”* sobre todo en aquellas que describen el dolor como una puñalada o un pinchazo que secciona tejidos.

Si tratáramos de resumir lo anterior, la situación se presenta así:

<i>“La opresión” y/o “la picada” + “fatiga”+ “dificultad para hablar” = “dolor feo”</i>

Las mujeres nariñenses participantes en el estudio utilizaron expresiones muy descriptivas de lo que vivieron respecto al síntoma, algo muy semejante al dolor de un **desgarro**, u otra **lesión ósea**. Los descriptores encontrados por Cortés (33), Romero (34), Torregroza (35) y Rincón (36) en la primera fase del estudio multicéntrico, fueron comunes a los hallados en los comentarios de la nariñenses: El dolor como algo opresivo que produce **angustia**, **fatiga** y **ahogamiento**, no fue común encontrar en ellos la descripción hallada en las nariñenses: *"me crecía el pecho"* rica por su valor semántico.

Cuando el Corazón de la Mujer Falla...





Capítulo IV

Parte 3

Comportamiento del Dolor “la Cascada”* y Atipicidad de Síntomas

*Término acuñado por la doctora Fanny Rincón en estudios previos sobre angina de pecho en la mujer.

Cuando el Corazón de la Mujer Falla...



“La Cascada” y Atipicidad de Síntomas”

*“Un dolorcito que corresponde hacia la espalda”
“Era como que hasta las uñas me dolían”*

Tal como la doctora Fanny Rincón lo había anunciado en estudios previos, la mujer describe una *cascada* de síntomas que acompañan el dolor torácico opresivo. En este orden de ideas el dolor es percibido conjuntamente con otras molestias que hacen que se experimente una sumatoria o cascada de síntomas y para algunos casos se confirma la *atipicidad* (27):

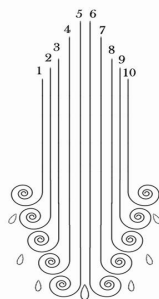
“Dolor”, “picada”, “adormecimiento”, “apretamiento”, y todo eso sumado y consecutivo: la opresión es como atragantamiento y este lleva la trayectoria de la irradiación, a su vez se expresa en dos síntomas: el atragantamiento, que señala que el dolor no se queda en el tórax anterior, sino que se profundiza hasta la sensación de atoramiento que es interna.

- Dolor que se acompaña de *“vómito”, “malestar en el estómago”*.
- Dolor que se acompaña de alteraciones *“visuales”, “dolor de cabeza”, “mareos”, “síncope”*.
- En otro caso la intensidad es tal que la paciente refiere la irradiación del dolor hacia las falanges y sus anexos *“me dolía hasta las uñas”*.



La siguiente ilustración muestra los síntomas que fueron referidos por las pacientes y que acompañan el síntoma anginoso, semejándose a una cascada:

1. Adormecimiento
2. Vómito
3. Malestar en el Estómago
4. Alteraciones visuales
5. Dolor de cabeza
6. Mareos
7. Síncopes
8. Dolor de uñas
9. Dificultad para hablar
10. Atragantamiento



El dolor “centrado”, que algunas veces se irradia a la espalda y compromete miembro superior indica también alguna trayectoria:

- “Un dolor grave en el pecho y me corresponde hacia la espalda”.
- “Me da un dolorcito fuerte al pecho y me pasa a la espalda”.
- “Hace opresión y pasa a la espalda en línea recta, a lo que es el pecho hacia atrás”.
- “Empieza a un lado, a veces a ambos lados, luego el pecho, luego la espalda, ya me molestan los hombros... por eso es que le digo, es como que inflaran por dentro y ya no tuviera para dónde escapar”.
- “Me empezó con dolor del brazo derecho, pero no era tan duro, sino que después fue lentamente siguiendo, siguiendo, siguiendo”.
- “De aquí al corazón pasa como atrás, al pulmón”.
- “Solamente era en el esternón, después como a las 11:30 ya iban a ser las 12 cuando empezó a subirse a la clavícula y al oído”.
- “Se iba al brazo primero, a este brazo (señala el derecho) y después era el otro. Era como que hasta las uñas me dolían”.

La sensación de dolor referido a sus huesos como en los casos en que hace irradiación hacia los hombros es descrita “como si se fueran a partir”, como si se tratara de una estructura que no soporta lo que

está pasando que está a punto de quebrarse o fracturarse, tal como ocurre con un hueso.

Si bien los síntomas son de vital importancia en la atención de la salud, y son los indicadores percibidos del cambio en el funcionamiento normal siendo por demás, *“las banderas rojas de amenazas a la salud”* (26), el afrontarlos a tiempo por parte de la mujer permitirá mantener su salud e impedir que estos se vuelvan persistentes y que busquen ayuda oportuna y adecuada aumentando la posibilidad de recuperación, sin espera de que terceros decidan por ella, es decir que su enfermedad no se convierta en objeto de decisión de otros.

Los comentarios en las entrevistas permitieron reconocer y señalar un tema relacionado con el cuerpo como objeto de procedimientos (afrontamiento) y de decisiones por parte de otros, estos demuestran que la mujer acude a buscar ayuda no por iniciativa propia sino porque otros (familiares) la inducen o imponen sus propias medidas, convirtiendo así su cuerpo en objeto de decisión de terceros:

- *“Me iban a regresar otra vez a la clínica, pero como yo tengo las dos hijas enfermeras ellas me inyectaron”.*
- *“Allá me dijeron de que me tomara un electro, me sacaron un examen de sangre y me dijeron de que tenía que ver al cardiólogo, entonces pues yo saque la cita y fui allá me detectó y me dijo de todas maneras hay que reunir unos exámenes y con esos exámenes cuando esté listo me los trae, y vamos a ver si te hacemos un cateterismo”.*
- *“Me regañaban me decían vean mamita no salga, eso le puede perjudicar con ese cansancio que tiene no salga”.*
- *“Y mi otra hija me dijo mamita no se esté haciendo aplicar eso, vamos por urgencias donde el médico que el revisa y no se haga aplicar así no más”.*
- *“Vámonos al hospital porque aquí qué droga se le puede dar”.*
- *“Ya llegó la familia y me dijeron pues que me vaya al hospital, pero es que yo ya no aguantaba hasta que llegue aquí no aguantaba del dolor”.*

Cuando el Corazón de la Mujer Falla...





Capítulo IV

Parte 4

La Intensidad: “El Pequeño Gigante”

Cuando el Corazón de la Mujer Falla...



El Pequeño Gigante

“Un dolorcito...”

“Es un dolor que crece”

“Es un dolor grave”

“Un dolor desesperante”

Aunque el dolor es conocido por todos los seres humanos y se expresa de manera distinta en cada persona, su intensidad muchas veces es difícil de medir.

La intensidad se refiere a la severidad, fuerza o cantidad del síntoma que se experimenta, pudiendo ser cuantificada relativamente a través de escalas. En el presente estudio se utilizó la Escala Visual Análoga, EVA, mediante la cual la mujer dio un valor cuantitativo al dolor, así se encontró que: tres mujeres le dieron un valor de 9, tres no le otorgan valor y las restantes le asignaron un valor de 10. En términos generales fue catalogado como severo. La interpretación se sintetiza en las siguientes palabras: *“no dejar hacer”*; las expresiones también reflejan esta experiencia a través de: *“no me deja caminar”*, *“no me deja hablar”*, *“no me deja ser la misma”*.

“Es un dolorcito”

Se encontró vocablos como: *“dolorcito”*, *“bobadita”*, *“molestia”*, acompañados de gestos que indican lo opuesto al diminutivo. El hablar de *“dolorcito”* normalmente evocaría algo pequeño; pero, es necesario aclarar que este uso es particularmente diatópico en el departamento de Nariño; el dolor no es insignificante y por lo tanto debe concedérsele la importancia y valor que éste representa en la vida de la mujer. Al respecto de los diminutivos, el diario *El Tiempo* en su edición del 21 de abril de 2010, en su página de Opinión publicada como *“Colombianos en el exterior: mundo de hoy”*, describe como es propio de este país la tendencia de hablar en diminutivo, como si aquello que se pide o hace no tuviera que ser lo mejor, ni pudiera serlo, ni fuesen capaces de lograrlo, por

ejemplo: no mandan a levantar un puente sino un “*puentecito*”; no construyen una carretera sino una “*carreterita*”. El uso de diminutivos denota sin querer la incapacidad de enfrentarse a un evento (37) y al parecer, por los hallazgos, la mujer subvalora la intensidad del síntoma:

- “*Me da un dolorcito fuerte al pecho*”.
- “*Se me viene el dolorcito*”.

No obstante, las entrevistas realizadas permitieron comprender que a pesar de ser llamado “*dolorcito*” = “*pequeño*”, este no deja de ser molesto, pues lo fuerte del mismo lo hace ver como un “*gigante*” que le complica y dificulta su cotidianidad, por lo anterior el grupo de investigadoras le asignó el calificativo de **pequeño gigante**.

El pequeño gigante

“Es un dolor que crece”

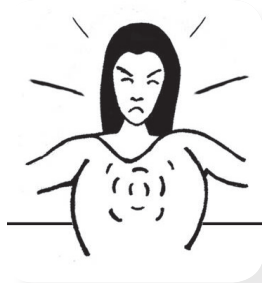


Se encontró una categoría muy especial por la sintáctica y la semántica: “*se me criaba un dolor insoportable*” para denotar que ese dolor se hace progresivo y creciente, y proporcionar la sensación de que “*el pecho se me creciera*” y además: “*Era como que hasta las uñas me dolían*”. De acuerdo con el conocimiento se sabe que las

uñas no duelen, la mujer utiliza esta expresión popular que refleja su resistencia en cuanto a la intensidad del dolor, en este caso se incluye una frase muy apropiada, pero a la vez común frente a un dolor muy grande y comprometedor. Así fue definida la categoría desde la propia paciente:

- *“El dolor crecía”.*
- *“Crecía, sentía como latidos fuertes y que crecía el pecho, como si me aumentara de tamaño y el dolor intenso, insoportable”.*
- *“Se me criaba un dolor insoportable...”*

En términos que denotan como ese dolor se hace progresivo se en-



contraron expresiones como: *“apretar, apretar, apretar, hasta que no, no resistía”* es calificado como una sensación que se hace cada vez más fuerte y que es reiterativo en: *“no dejar hacer”, “es tan fuerte que no permite caminar”*.

“Es un dolor grave, un dolor desesperante”

A pesar de ser calificado por las mujeres como constante y generador de incomodidad hasta el punto de tornarse desesperante y darle el máximo valor en la escala, éste es tolerado, expresa así una cultura del aguante, la cual condiciona ciertos comportamientos y conductas. Esta categoría se acompaña de respuestas contempladas en el nodo de consecuencias, las cuales se relacionan con el afrontamiento y los comportamientos asumidos por la mujer frente al síntoma.

Los comentarios demuestran que esto ocurre muchas veces por adhesión a su familia, hijos, cónyuge, donde se alcanza a percibir que la mujer antepone a la familia antes que admitir el síntoma que experimenta, así se ve reflejado en expresiones tales como:

- *“me pongo a pensar en toda mi familia”.*
- *“me genera angustia porque cuando uno está enfermo le da duro porque me preocupo mucho por mi hogar”.*
- *“no quiero preocupar a mis hijos ni a mi marido”.*

Tal como cita Parra sobre los escritos de Don Juan Montalvo: “para la mujer Nariñense y Pastusa lo primero es la familia (38). He oído que para esposa, ella es leal, constante, su adhesión no se detiene ni ante el sacrificio”(39).

Para otras, a pesar de ser un dolor que se presenta por momentos, lo desesperante las conduce a que adopten conductas agresivas tales como:

- *“darse golpes al pecho”.*
- *“golpearse la espalda”.*
- *“colgarse de un armario o del antepecho de una ventana”.*

El fin es buscar alivio a la sensación de ahogamiento que también, refieren, acompaña al dolor.

A pesar de todo, de acuerdo con sus saberes y nivel de escolaridad, algunas mujeres tienen claro que el dolor y demás síntomas son compatibles con un infarto: *“con todos los síntomas de un infarto”* pero que ella, muy convencida de sus capacidades para **soportar**, parece tolerar, comunica con esto que padece la **cultura del aguante**.



Capítulo V

Parte 1

Los Determinantes Psicológicos

Cuando el Corazón de la Mujer Falla...



El Pensar y el Saber

"Lo que pensaba y sabía del síntoma"

"Lo que no sabía"

Las categorías citadas incluyeron todas las expresiones referidas a: *"yo pensaba"*, *"creí que"*, *"sabía que"*, además de vocablos relacionados con: *"me dijeron"*, *"me comentaron"*, *"escuche que"*, *"me explicaron"*, *"dijo el médico"*, *"me han dicho"*. Del mismo modo, se narraron términos como: *"no conocía"*, *"no sabía"*, *"¿no sé qué será?"*, *"no pensé que era tan grave"*, *"no sé de qué se trata"*.

En el ámbito del conocimiento femenino tienen un gran peso: las diferentes interpretaciones culturales, sus propias interpretaciones acerca del síntoma, la posible enfermedad y la importancia del conocimiento lego, (33) ya que éstos constituyen la base de su saber.

En términos generales, la tesis afirma que el individuo (mujer) es protagonista en la elaboración del conocimiento, el cual debe hacer parte de la actividad del sujeto, quien en interacción con el medio físico y cultural crea su realidad; para ello cuenta con un equipamiento cognitivo básico que le permite adquirir, elaborar, interpretar y utilizar su capacidad cognoscitiva (40).

Las entrevistas permitieron conocer que de acuerdo a lo que la mujer sabe o cree, también asume comportamientos de intentar "dar la cara" a su realidad; estos dos aspectos se encuentran ligados y permiten afirmar: *"pensaba que eran nervios"*, *"yo pensaba que no era grave"*, razón por la cual no acuden a buscar ayuda médica sino que **toleran, aguantan** o más aún, realizan actividades encaminadas a *"controlarse a sí mismas"*; ésta última fue una categoría encontrada

para el capítulo del afrontamiento, mientras tanto la enfermedad coronaria va cogiendo ventaja. Miller, Cadwell y Miaskowski citados por Soto Morales (21), enuncian que a pesar de que las mujeres conocen las manifestaciones de la enfermedad no solicitan atención en salud por diferentes motivos: la necesidad de tratarse a sí misma para mantener el control; el cumplimiento de roles y responsabilidades; la falta de claridad o desconocimiento para el reconocimiento de los síntomas relacionados con isquemia miocárdica; experiencias previas de salud negativas, incluso se identifican demoras por parte del grupo de proveedores en la instauración de medidas adecuadas de manejo, al subestimar los síntomas, clasificarlos como atípicos y no relacionarlos con enfermedad isquémica coronaria.

Desde la perspectiva sociocultural, el énfasis en el proceso de construcción de conocimiento se coloca en lo social, es decir que la elaboración de conocimiento no es producto del individuo en particular, sino que es una creación social que comparten los miembros de un determinado grupo, proporcionándoles ideas, pensamientos, creencias y pautas de comportamiento sobre ese mundo compartido (40). A partir de esto en la categoría “lo que pensaba” refleja cómo las conductas y comportamientos de la mujer frente al evento, también se ven influenciadas por lo que le han dicho acerca del mismo:

- *“Yo creía que la angina de pecho era cuando a uno se le congestionaba el pecho, cuando se ponía afónico”.*
- *“Un pinchazo horrible que yo dije en el corazón”.*
- *“Que puede ser por mi familia, por parte de mi papá; la familia de ellos son todos, todos tienen esta enfermedad y los han operado”.*
- *“No había parado nada de bolas; ¡qué iba a ser eso!, yo no creía que era algo grave”.*
- *“El personal de enfermería me explicó que tenía una alteración al corazón”.*
- *“Pues del corazón y los nervios me dicen”.*
- *“Según el médico es un estrés; eso es, por eso es que me duele, que se tensiona el músculo, eso me dicen ellos”.*
- *“El taponamiento de venas; eso es lo que me han dicho”.*

- *“El médico dice que es mi presión, que es muy alta, la presión mía es demasiado alta y la otra, que puede ser por mi familia”.*
- *“Me han dicho que debo evitar emociones fuertes, que debo cuidarme mucho en la alimentación, porque fuera de lo del infarto, lo mío se complicaba por la diabetes”.*
- *“La doctora dijo: no, esto ya no es normal; cómo va a ser que tanta pastilla y la presión sigue igual y me mandó a hacer el cateterismo”.*

O lo que no sabía

- *“Yo no había sabido de esta enfermedad, de angina de pecho, yo nunca había oído decir. Yo no sé de eso”.*
- *“Yo no sé si será del corazón o qué será, pues el dolor del pecho. No sé de qué será pero esta parte si me duele bastante” (se señala el tórax en el lado izquierdo).*
- *“Siempre me preguntaba por qué me agito cuando camino, qué será que me va a dar, por qué me duele tanto el pecho; pero yo nunca pensé que era tan grave”.*
- *“No, no sé de qué se trata”.*
- *“Yo no pensé que me iba a dar a mí”.*

Cuando el Corazón de la Mujer Falla...





Capítulo V

Parte 2

Los Determinantes Situacionales

Cuando el Corazón de la Mujer Falla...



“Cuando hay preocupación hay dolor”

Las narrativas permitieron conocer que las situaciones familiares y problemáticas cotidianas, de los miembros que conforman el núcleo familiar, son tomadas por la mujer como un problema personal que procura resolver, haciendo que *agarre los problemas* de todos y los asuma, pretendiendo con ello, dar soluciones a todos; esto se hizo manifiesto mediante expresiones que indican respuesta al estrés social y que incluye términos como:

“Preocupación por hijos”, “preocupaciones económicas”, “problemas”, “pobreza”, “dificultades” y todas las preocupaciones exacerbadas por la forma de ser de la mujer mediante palabras como: *“soy muy rabiática”, “soy muy nerviosa”, “soy hipersensible”* o *“soy así”*.

En el estudio se encontraron situaciones de diferente índole: de



tipo económico, conyugal, familiar, de hogar, laboral, que en la vida de las mujeres generan preocupación y la predisponen a sufrir dolor anginoso: *“cuando hay preocupación hay dolor”*.

- *“Es que mi esposo está muy grave y enfermo; entonces yo creo que eso es parte de preocupación”*.
- *“Cuando hay angustia, preocupación, hay dolor”*.
- *“Mucho problema, mucha cosa”*.

- *“Las preocupaciones económicas también influyen bastante”.*
- *“Cuando me preocupo por mis hijos, por no verlos, no saber de ellos; el no tener plata, me deprime”.*
- *“Porque soy una mujer pobre y en mi hogar siempre hay muchas dificultades, entonces, la preocupación”.*
- *“Ella estaba sentada (novia del hijo), me dio mucha rabia verla, eso fue”.*

Es así, como para aquellas mujeres que se califican como *“rabiáticas”*, *“hipersensibles”*, *“nerviosas”*, las preocupaciones resultan ser el detonante para que se desate dicha característica de su personalidad, se crean entonces situaciones o circunstancias que generen una serie de síntomas que acompañan el dolor anginoso.

- *“Soy hipersensible, esa sensibilidad mía hace que me agarre todo, eso sí me afectó”.*
- *“Yo soy muy rabiática, a la hora que me da rabia, me da esa fatiga”.*

Por lo tanto, es posible decir que las características propias de la personalidad de cada mujer influyen en la forma como se asumen las preocupaciones y como se afronten, máxime cuando: *“La mujer es más sensible al dolor emocional”* (41).

- *“Yo soy muy nerviosa, me da mucha rabia a veces”.*
- *“Mi esposo discute y me da mucha rabia”.*
- *“Creo que tal vez fue eso: alegría, angustia de que quedábamos sin crédito; esa fue la situación, yo pienso que fue eso”.*
- *“Yo creo que más fue por estado de ánimo, por una persona, diciéndome cosas negativas de mi vida privada”.*

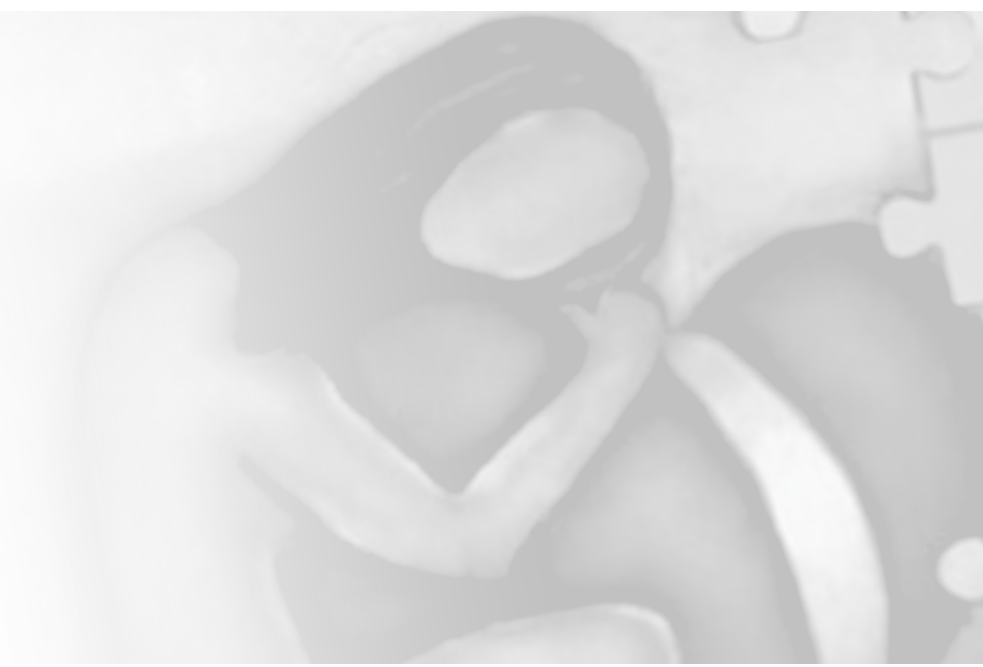
Aun así existen mujeres que se describen como *“tranquilas”*, *“no malgeniadas”*, pero que reaccionan con mucha rabia frente a situaciones como: *“que traten mal a sus hijos”*, *“peleas con el esposo”*, ante lo cual: *“no se hayan”*, es decir, se tornan *“rabiáticas”*, de manera que no se pueden controlar y según las mujeres, esto les genera por demás *“fatiga”* y *“dolor”*. Para otras en cambio, emociones fuertes como *“la alegría”* o *“situaciones preocupantes”*, crean el momento propicio para presentar el episodio doloroso que posteriormente las obliga a buscar atención médica.

Alguna mujer refirió sentir aumento del síntoma cuando el clima estaba frío, el cual fue asumido como otro determinante situacional. En el documento *La teoría del rango medio de los síntomas desagradables: Una actualización* (26), refiere que las variables ambientales físicas como: el calor, la humedad, ruido, luz y calidad de aire se consideran potencialmente importantes dentro de los factores influyentes que condicionan la experiencia del síntoma.

- “Cuando aguanto frío empieza, yo digo es como aire, porque me va empezando el dolor de las costillas”.

Cuando el Corazón de la Mujer Falla...





Capítulo VI

Parte 1

Las Consecuencias Funcionales

Cuando el Corazón de la Mujer Falla...



“Ya no soy la misma”

Se ha demostrado que la gente con síntomas más numerosos o más severos tienden a tener un estado funcional de salud deficiente, realizan menos efectivamente sus tareas, presentan un bajo funcionamiento cognitivo, una menor calidad de vida e incapacidad para realizar actividades físicas (26); esto se percibió en las entrevistas realizadas. El trabajo de la mujer o su rol como ama de casa, antes y después de la enfermedad, tiene un interés fundamental, puesto que la existencia de cardiopatía isquémica, independiente de la estratificación, respecto a la capacidad funcional, desaconseja para cualquier caso la realización de esfuerzo físico de carácter violento y las situaciones de estrés psíquico importante, la cual puede desencadenar el evento de angina de pecho (42). El *“tener que”* afrontar estas limitaciones para la ejecución de actividades, es la razón que crea en las mujeres sentimientos de inutilidad y minusvalía, por lo tanto, si no se corrige el problema generante del síntoma, se afectará su calidad de vida y ella sentirá que *“ya no es la misma”*.

- *“Ya no puedo hacer lo mismo que hacía antes, porque antes yo era una mujer fuerte para trabajar, pero hoy en día como estoy, no soy capaz ni de viajar”.*
- *“Tengo que dejar de hacer lo que estoy haciendo”.*
- *“Ya no salgo, ya me mantengo en la casa; yo que para todo era salir, viajar; pero ahora me tengo que quedar aquí, ya no puedo trabajar; me dijeron que no trabaje”.*
- *“Ya no tengo la misma actividad de antes y eso me hace sentir mal” (reacciona con llanto).*
- *“Porque no me siento capaz de hacer las cosas como antes las hacía, con toda la vitalidad”.*
- *“Ya me siento inútil. Yo si quisiera que el Señor se acuerde de mí..., qué hago con la juventud sin poder trabajar”.*

- *“Uno ya no es la misma, ya depende de que otro lo mantenga, enseñada yo a sostener la casa”.*
- *“Yo veía por las necesidades de la familia y ahora, que otra persona lo haga por mí...”.*
- *“Ya no tengo la misma actividad de antes”.*
- *“Prácticamente yo ya no podía hacer nada, yo ya me sentía inútil, no podía arreglar mi casa, no podía ni barrer; ellos tenían que colaborar en eso”.*

Varios estudios han analizado el afrontamiento sobre la calidad de vida percibida y vivenciada, y en ellas se ha develado la complejidad e importancia de su papel para entender las adaptaciones de un individuo a las situaciones nuevas o crónicas y poder percibir niveles positivos o negativos de su calidad de vida (43).

Lazarus y Folkman, en su estudio reconocen el valor que tiene el afrontamiento no sólo en el contexto salud-enfermedad, sino también dentro de otros contextos como son la familia y el trabajo, ante situaciones de la vida cotidiana y en la adquisición de aspiraciones y logros, aspecto común tanto en personas sanas como enfermas, en su lucha por mantener proyectos de vida. Muchos de esos proyectos de vida para las mujeres giran en torno a su familia, así pues el impacto de una enfermedad en el sistema familiar, es siempre una situación estresante en el marco de los cambios en las relaciones, la comunicación, las tareas y los roles (42). No obstante **el convivir** con un malestar que no ha sido resuelto, crea dependencia a otros por la incapacidad para realizar diferentes actividades, menguando en la mujer la capacidad de independencia y libertad para hacer las cosas y trabajar, esto fue más notorio en las mujeres cabeza de familia.

La mujer demuestra en sus comentarios una característica fundamental: la responsabilidad como cabeza de familia, lo cual le crea además independencia para salir adelante y sacar adelante a los suyos; se observó esto en las participantes en estado civil de viudez; la angina de pecho le genera ahora dependencia hacia otras personas del círculo familiar, lo cual le altera su bienestar personal.

Toda mujer ofrece y escoge sus sentimientos ocultos, que son abstractos pero hacen trabajar al máximo al corazón sintiendo palpitaciones conectadas con ideas de tristeza, por no atender bien a sus seres queridos sintiendo imposibilidad de poder resolver todos los problemas que se presenten.

La mujer nariñense se caracteriza por ser trabajadora, con igual o más ahínco que el hombre; acrecienta los sentimientos descritos, puesto que el síntoma impide la ejecución de sus actividades laborales, y si las ejerce debe someterse a que el dolor aparezca creando sentimientos de incapacidad e inutilidad, ejemplificando lo anterior, se presentó el caso de una mujer incluso que por el hecho de ya no ser la misma, por cuanto no puede hacer lo mismo, que hacía antes de iniciar la sintomatología, la hace desear no querer continuar *"viva"* y lo expresa con la frase: *"ojala Dios se acuerde de mi"*.

De especial interés son los problemas incapacitantes temporales o definitivos por lo que representan en el sistema familiar, si la mujer tiene su cónyuge o es el proveedor económico principal, su limitación puede llevar a otros miembros a asumir sus funciones, sin estar preparados para ello o aun sin quererlo (42). *"Mi hija salía a hacer los cobros y como no la conocían no le fue muy bien"*. Este fenómeno se observó en mujeres que llevaban más de dos meses con la sintomatología. La paciente se crea así una serie de dificultades y conflictos en el manejo de la autoridad, del afecto, y de la toma de decisiones.

Cuando el Corazón de la Mujer Falla...





Capítulo VI

Parte 2

El Afrontamiento

Cuando el Corazón de la Mujer Falla...



La Cultura del Aguante

"No le hago cama a ese dolor"

"Callar para no preocupar"

"Me acostumbre al dolor"

"Me controlo a mí misma"

"Me engrandeció espiritualmente"

"No le hago cama a ese dolor"

Ya Don Juan Montalvo lo escribió: "si el hombre descansa ella toma sobre sí el trabajo de los dos, a todo atiende, todo lo hace, sin descuidar la crianza de sus hijos. Mujer trabajadora con igual o más ahínco que el hombre con una abnegación, dedicación incalculable, si el hombre descansa ella toma sobre sí el trabajo de los dos" (39), así se vislumbra ese carácter de resistencia y aguante que se prolonga incluso en su condición de enferma. Sentir la gratificación de dar todo lo mejor, inclusive evitando demostrar que está enferma: *"no le hago cama a ese dolor"*, y continuar haciendo actividades, es la fortaleza que quiere demostrar, es el *aguante al dolor*:

- *"No le paro bolas pues como que lo resisto".*
- *"No le hago cama a ese dolor; no influye en nada".*

Las mujeres entrevistadas evidenciaron tener mayor resistencia al dolor cardíaco y, por lo tanto, no buscaron la atención de salud que pudieran requerir, asumiendo frente a esto actitudes de *"no le paro bolas"* y *"no le hago cama a ese dolor"*; es evidente que culturalmente la mujer ha ido consolidando un característico patrón de afrontamiento de los eventos en salud, para dar respuesta a la función social determinada por los enfoques culturales clásicos (44).

Ya el sociólogo Guillan Bendellow de la Sociedad Británica de Sociología había anunciado cómo las investigaciones médicas sugieren que las mujeres más que los hombres están culturalmente dotadas de resistencia superior, ellas tienden a poner su dolor en un lado mientras continúan con sus responsabilidades: *“Yo sigo igual”, “sí alcanza a cambiarme la cara, mas no la actividad”*.

Otras denotan su fuerza de aguante y resistencia al dolor, asumiéndolo como algo pasajero frente al cual *“descansan un momento y siguen igual”* y así se refleja en la expresión *“poco me quejo”*, asumiendo de nuevo con ello una subvaloración del síntoma; particularidades que hacen parte del bagaje cultural de la región nariñense.

- *“Soy una persona que poco se queja; cuando me veo bien enferma, entonces sí, pero del resto no”*.

Así pues, *“el aguante”* se convierte en una situación que es motivo de alarde y de reconocimiento al soportar la intensidad de un síntoma por un largo tiempo. Las expresiones que combinan el factor tiempo con la resistencia y la tolerancia, pueden ser interpretadas como una declaración de las propias capacidades y devela la negación a pedir ayuda evidente:

- *“Si, yo llevaba ya cuatro días con un dolor en el tórax; al comienzo era leve pero ya al cuarto día fue demasiado”*.
- *“Pude soportar cuatro días ese dolor”*.
- *“Fuerte, fuerte, fuerte, y después uno ya no resiste, pero no perdí el conocimiento, ni tuve dolor de cabeza, que los médicos se aterraban; el caso mío era algo especial, pude soportar cuatro días ese dolor”*.
- *“Esto lo vengo presentando como unos ocho meses atrás; al principio era corto, era andando; andaba y me cansaba, me paraba, descansaba y continuaba, pero a lo último ya ahora era que, hasta en la ducha, bañándome, ese dolor me daba; tenía quedescansar para continuar bañándome. Subiendo las gradas, eso era horrible; barriendo, haciendo las cosas, cualquier actividad”*.

“¡Los médicos se aterraban que aguanté tanto tiempo con dolor....!”.

“Callar para no preocupar”



La expresión *“callar para no preocupar”* permitió conocer como la mujer siente más aprecio por su familia que por ella misma, pues prefiere *“callar”* lo que trastorna su bienestar y **se acostumbra al síntoma** a cambio del bienestar de los suyos. Montalvo afirma haber oído que para ella su **adhesión (a la familia)** no se detiene ni ante el **sacrificio** (39).

De acuerdo con lo anterior, los comportamientos que asume cuando el dolor llega la lleva a ejercer acciones para *“controlarse a sí misma”* antes que buscar ayuda médica; los testimonios reflejan algunas conductas que las mujeres asumen dentro de su *“controlarme a mí misma”* que en cierta forma hacen parte de la cultura del *“aguante”*.

- *“Yo prefiero callar para no preocupar a mis hijos y a mi marido”.*
- *“Cuando estoy mal, me voy a la tienda y callado de ellos (familia) me compro la pastilla que me recomendaron”.*
- *“Se encierra creo que una sucesión de acontecimientos que yo venía guardándomelos, porque no me gustaba exteriorizar mis cosas”.*

“Me acostumbré al dolor”

Los relatos permitieron conocer indirectamente la cronicidad del evento, de manera que las mujeres que ya han tenido una experiencia previa del dolor, *“ya no le hacen caso”* y se *“acostumbran”* a sentir el malestar o pierden el miedo a las consecuencias que este puede predecir; en este mismo sentido, el núcleo familiar se habitúa a la dolencia de esposa o madre, viendo el problema sin

la debida importancia, esto es fiel reflejo de que se ha llegado a un estado de convivencia con el síntoma, en el cual la angina de pecho se vuelve parte de la vida de la mujer y de su cotidianidad.

- *“El dolor ya se volvió costumbre y hace 37 años he tenido problemas de salud; eso quizás los enfrió (familiares) y ya no me prestan atención”.*
- *“Ya no le pongo tanto cuidado porque hace más o menos cuatro años me dio un pre infarto”.*
- *“Ahorita ya le he perdido miedo”.*
- *“No le paré bolas, no creí que era grave”.*

“Me controlo a mí misma”

Una vez se ha establecido el dolor, las mujeres practican actividades como: descansar, respirar e ingerir agua con el ánimo de mitigarlo; la ingesta de medicamentos es una medida que se aplica solamente cuando la dolencia es superior a su fortaleza y aguante. *“Me tomo una pastilla de esas que me formularon”* (aspirina), y lo hace en secreto, es decir sin que su familia lo sepa, todo con el fin de no preocuparlos. La actitud de la mujer de guardar silencio y esconder su dolor para sí misma es otro de los componentes que hacen parte del bagaje cultural de la región.

Igualmente, otros testimonios permiten ver como se utilizan medidas y prácticas inocuas: el consumo de agua o de aguas aromáticas, que proporcionan calma más no un efecto curativo. Es así como aquello que les sugieren sus conocidos o vecinos incluso lo que ha leído o visto, es llevado a la práctica con el fin de mejorar su estado.

Se encontraron además, otras medidas relacionadas *“con el propio control”*; alguna de las mujeres, incluso utilizan medidas desesperadas y agresivas al darse golpes en el pecho con su mano o *“golpearse”* contra objetos como la pared o armarios, todo con el fin de disminuir la fatiga y las ansias de respirar: *“uno brega a que le pase aire”.*

Para algunas, la idea de asistir a buscar ayuda en un centro asistencial no está entre las primeras opciones, debido a experiencias

previas vividas en estas instituciones; no obstante, alguna manifestó la necesidad de buscar ayuda para que *“la curaran”* en vista de la severidad del dolor, del cual refiere recordar: *“me hizo caer al piso y mi esposo me levantó”*, esto se encontró en el caso de un mujer que sufría por primera vez el evento doloroso.

Si se controla a sí misma, *“no tiene rabia y se procura el bienestar en la convivencia con los otros”*, obviamente el síntoma desaparecerá y no será necesario acudir al hospital en busca de ayuda, sitio que de por sí se torna como un lugar indeseable porque se asimila con ideas de muerte: *“no voy porque creo que me voy a morir”* o se justifica porque la distancia que existe entre la vivienda y el mismo obliga a tomar transporte, para el cual no posee recursos y en últimas *“tocaría caminar”*.

Aunado a lo anterior, se muestra la inconformidad causada por experiencias negativas vividas en las instituciones de salud, donde les ofrecieron un servicio encaminado sólo a calmar el síntoma, más no el de indagar por las causas y el estado integral de la salud de la mujer.

- *“No voy al hospital porque lo único que hacen es: “tome esa pastilla para que le quite el dolor”, nunca dicen vaya a un examen, ya de repente lo dicen cuando uno está muy mal”.*

“Me engrandeció espiritualmente”

La dimensión espiritual ha sido reconocida como parte integral de la salud, del bienestar y de la calidad de vida; diversos autores relacionan este componente con un afrontamiento positivo de las dificultades de la vida. Ellison, reconocido como el estudioso más destacado del tema del bienestar espiritual en diversas poblaciones y situaciones de vida, sostiene que éste es un sentido de armonía interna que incluye la relación con el propio ser, con los otros, con el orden natural o con un poder superior manifiesto a través de expresiones creativas, rituales, familiares, trabajo significativo y prácticas religiosas que generan una dimensión existencial (45):

- *“En mí veo la bondad de Dios”.*
- *“Este episodio me ha engrandecido mucho espiritualmente”.*
- *“No creo que me ha llegado la hora, quiera Dios que no” (se ríe).*
- *“Pero estoy ahorita más que segura que Dios ya me quitó todo eso”.*

Para varias de ellas, el sentir el dolor cuando éste se torna fuerte e insoportable está asociado con sentimientos de miedo a morir. Se incluye en la categoría las expresiones que reflejan miedo a morir, a dejar la familia sola y todos aquellos relatos que permitieron visualizar los sentimientos hacia el morir: *“Me sentía mal”, “me daba miedo que me vaya a dar algo”* y está relacionado con el temor de nombrar la muerte. (Se agacha y empieza a llorar. Esto fue común observarlo en todas las mujeres entrevistadas).

“Muchas mujeres se encargan de la problemática de otros, pero sin embargo la propia, la dejan de lado. Esto es algo que duele y que nos demuestra un ejemplo de nosotras mismas tenemos que solucionar la problemática.”

Rigoberta Menchú



Capítulo VII

Reflexiones

Volverte Hacia Ti Misma y Hacia Tu Corazón

Cuando el Corazón de la Mujer Falla...



***L**os sentimientos se producen directa y libremente, no podemos generar tristeza o alegría con la misma facilidad que lo hacen todos, en cada mujer esto es algo original que no se puede esconder, son espontáneos, pero podemos influir sobre ellos de un modo indirecto preparando un terreno interno para rechazar lo negativo que puede producirnos alteraciones coronarias.*

Recuerda que el papel de madre no termina en ningún momento, pero, los hijos crecen y forman otra familia, tienes un compromiso con el hogar, pero que ello no conlleve el descuidar tu salud, reserva tiempo para consentirte y esto se manifestará en la tranquilidad y felicidad que brindas a tus hijos que son un reflejo tuyo.

Si te cuidas seguirás contando con un hogar, cuídate y sigue manteniendo confianza y sobre todo tranquilidad para saber cuándo las cosas andan mal para siempre buscarles solución y tu corazón trabajará rítmicamente sin esforzarlo evitándote el dolor.

A veces amigas no es recomendable callar, sino permitirte manifestar lo que piensas, lo que sientes, lo que vives, dialoga y delega funciones y responsabilidades, marca tú el ritmo de trabajo y placer, para no renegar constantemente y que esto atente contra tu salud.

Las Autoras.

Cuando el Corazón de la Mujer Falla...



Bibliografía

- (1) Reis SE, Holuvkob R, Conrad Smith AJ, Kelsy SF, Shariaf BL, Reichel N, et al. The Wise Investigators: Coronary microvascular dysfunction is highly prevalent in women with chest pain the absence of coronary disease: results from the NHLBI Wise Study. *Am heart J*. N.Y. 2001; 141: 735 -741.
- (2) Miller LC. Cue sensitivity in women with cardiac disease. In: *Nursing progress in cardiovascular*, summer. 2000: 43-45.
- (3) Cadwell M. y Miaskowski C. The symptom experience of angina in women. In: *Nursing* September. 2000; 1(3): 69-78.
- (4) Peral V, Vilacosta I, San Román JA, Castillo JA, Batle E, Hernández M, et al. Prueba no invasiva de elección para el diagnóstico de enfermedad coronaria en mujeres. En: *Rev. Esp. Cardiol. Esp.* 1997; 50(6): 421-427.
- (5) Mc Sweeney J. Do you know them when you see them?: Women's prodromal and actual symptoms of myocardial infarction. In: *J. Cardiovascular nursing*. Philadelphia, 2001; 15(3): 26-38.
- (6) Kudenchuk PJ. Comparison of presentation, treatment, and outcome of acute myocardial infarction in men versus women (the Myocardial infarction Triage and intervention registry). In: *Am J Cardiol.* N.Y. July 1996; 78(1): 9-14.
- (7) Maynard C. Influence of sex on the use of cardiac procedures in patients presenting to the emergency department. A prospective multicenter study. In: *Circulation*, (94): 1193-98. Cited by: Chen W, Woods S, Puntillo K (2005). Gender differences in symptoms associated with acute myocardial infarction: A review of the research. In: *Heart Lung*. 1996; 34 (4): 240-247.

- (8) Gruchow HW, Anderson AJ, Barboriak JJ, Sobocinski KA. Postmenopausal use of estrogen and occlusion of coronary arteries. In: *Am heart J*. N.Y. 1988; (115): 954-963.
- (9) Colditz GA, Stampfer MJ. A prospective study of obesity and risk of coronary heart disease in women. In *engl. J. Med.* 1990; 882-888.
- (10) Stampfer MJ, Colditz GA. Estrogen replacement therapy and coronary heart disease: a quantitative assessment of epidemiologic evidence. In: *Rev. MED.* 1991;47-63.
- (11) Arteaga A, Paredes A. Plan de prevención primaria en enfermería sobre enfermedades Cardio vasculares 1993. San Juan de Pasto. [Tesis pregrado Enfermería]. Colombia- San Juan de Pasto: Universidad Mariana, Facultad Ciencias de la salud, Programa Enfermería, 2009.
- (12) Beneit PJ. Psicología de la salud: Aplicaciones para los profesionales de la salud, Aspectos Psicológicos de los trastornos Cardio-vasculares. Ed. Certeza. Zaragoza, 1992.
- (13) Martínez A. Colombia es mi Pasión. Bogotá. Lomadee, 2007. Disponible en www.todacolombia.com. Recuperado en Febrero 2009.
- (14) Vilora de la Hoz J. Documento de Trabajo Economía del Departamento de Nariño: ruralidad y aislamiento geográfico. No. 87. Marzo 2007. Banco de la república. Centro de Estudios Económicos Regionales, (CEER), Cartagena. ISSN1692-3715. Disponible en: <http://www.banrep.gov.co/publicaciones/pub.ec.reg4.htm>. Recuperado en Junio de 2011.
- (15) Plan de Desarrollo Departamental 2008-2011. “Adelante Nariño” Minga del pensamiento Nariñense. San Juan de Pasto: Gobernación de Nariño, Junio 2008.
- (16) Massardo T, Canessa García J. Estudio de la enfermedad coronaria en la mujer. En *Rev. Chil. Cardiol.* Santiago, Agosto 2010; 29(2): 250-262.

(17) Gardner A. Reportero de Healtday. Las Mujeres Hispanas enfrentan un alto riesgo cardiaco. Journal report 2007. fuentes: John Teeters, M.D., cardiology fellow, University of Rochester Medical Center, Rochester, NY; Suzanne Stein Baum, D.O., director, women & heart disease and the Heart & Vascular Institute, Lenox Hill Hospital, New York City; March 2, 2007, presentation, American Heart Association's Annual Conference on Cardiovascular Disease Epidemiology and Prevention, Orlando, Fla. Disponible en: <http://www.midieta.com/wirefeed.aspx?id=602443>. Recuperado en Febrero de 2009.

(18) Gonzáles M. Factores de Riesgo de enfermedades crónicas. Municipio de Pasto:Alcaldía Municipal de Pasto, Junio de 2004: 25.

(19) Erazo MI, Reina L. Efectividad de un programa de capacitación en menopausia dirigido a mujeres de 40-50 años 2003. [Tesis pregrado enfermería].Colombia, San Juan de Pasto: Universidad Mariana, Facultad ciencias de la salud, programa enfermería, 2009.

(20) Martínez A, Pérez X, Popayán M. Diseño y aplicación de un plan de autocuidado para pacientes diabéticos pertenecientes al programa de riesgo cardiovascular 1997. [Tesis pregrado enfermería]. Colombia, San Juan de Pasto: Universidad Mariana, Facultad Ciencias de la Salud, Programa enfermería, 2009.

(21) Soto AM. Factores que intervienen en la demora de solicitud de atención médica. Bogotá: Unal: 2006 [accesado Dic 2010] Disponible en: <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulosxxv2-6.pdf>. Recuperado en Diciembre de 2010.

(22) Camps S. Alertan sobre los riesgos de la angina de pecho en las mujeres estudio JAVA. Buenos Aires, Marzo de 2006. Disponible en: <http://edant.clarin.com/diario/2006/03/27/sociedad/s-02615.htm>. Recuperado en Abril de 2011.

(23) Toro AJ. El cuerpo en evidencia: reflexiones sobre aspectos sociales y clínicos de la corporalidad. Rev. Puertorriq. Psicol. 2007(18): 78-81. Disponible en: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scie->

lo. <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo>. Recuperado en Febrero de 2009.

(24) Botero D. Derecho a la utopía. 2000. Disponible en: www.monografias.com/trabajos11/.../ensafilo.shtml. Recuperado en Marzo de 2009.

(25) Burgos JM. Antropología una guía para la existencia. Colección arbatro. Madrid. 2005. Disponible en: <http://books.google.com.co>. Recuperado en Marzo 2009.

(26) Lenz E. Pugh L. Milligan R. Gift A. Suppe F. La teoría del rango medio de los síntomas desagradables: Una actualización. *AdvNursSci* 1997; 19(3):14-27 y en la Unidad 3. Módulo área de énfasis II Cuidado para la salud cardiovascular. Bogotá Facultad de Enfermería: Universidad Nacional.

(27) Rincón F. Diseño metodológico del proyecto. Taller del primer encuentro de investigadores participantes del estudio Multicéntrico “caracterización de la angina de pecho en siete ciudades de Colombia”. Bogotá Universidad Nacional de Colombia, Junio 2009: 6-19

(28) Grupo académico: “Cuidado para la salud cardio respiratoria”. Proyecto Multicéntrico presentado a Colciencias: Caracterización de la angina de pecho en siete ciudades de Colombia. Bogotá Universidad Nacional de Colombia, Junio 2009: 16-20

(29) De Souza MC. El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. Ed. Buenos Aires: Ed. Lugar. 2004.

(30) Rincón Osorio F. “Lineamientos generales para trabajar con la metodología de análisis de contenido”. Documento guía en el primer encuentro de investigadores participantes del estudio Multicéntrico “caracterización de la angina de pecho en siete ciudades de Colombia”. Bogotá Universidad Nacional de Colombia, 8 y 9 de Junio, 2009:1-4.

(31) Sayaschulia V. ¿Existe diferencia en la evolución de Infarto Agudo de Miocardio entre la mujer y el hombre? Un estudio descriptivo. Disponible en: www.fac.org.ar/tvc/llave/c22/sayas.htm. Recuperado en Marzo de 2010.

(32) Miller LC. Cue sensitivity in women with cardiac disease. In: Nursing progress in cardiovascular, summer 2000: 43-45.

(33) Cortéz LA. Tipificación del síntoma del dolor torácico tipo isquémico en la mujer a la luz de la teoría de los síntomas desagradables. Bogotá: Unal: 2007. Disponible en: <http://www.enfermeriaunal.edu.co/revista/articulos>. Recuperado en Diciembre de 2010.

(34) Massa E.R. Caracterización de los síntomas de angina de pecho en mujeres a la luz de la teoría de los síntomas desagradables. Clínica Cartagena del Mar. [Tesis maestría]. Colombia: Universidad Nacional, 2005-2006.

(35) Torregroza E.L.C. Caracterización del dolor torácico tipo isquémico en un grupo de mujeres a la luz de la teoría de los síntomas desagradables. [Tesis maestría]. Colombia: Universidad Nacional, 2005-2007.

(36) Rincón F. Caracterización de los síntomas de angina en un grupo de mujeres adultas con cateterismo cardiaco positivo para enfermedad coronaria en el marco de referencia de la teoría de los síntomas desagradables. [Tesis maestría]. Colombia: Universidad Nacional, 2004-2007.

(37) Quiroz F. Regalos y diminutivos en Página de Opinión, diario *El Tiempo*. Bogotá, 13-06-07. Disponible en: www.eltiempo.com/participación/blogs Blog el Tiempo.com. Recuperado el 10 de Abril de 2010.

(38) Parra Garzón E. Un matriarcado justo y pastuso. Diario *El Tiempo*. Sección: Información general, 27 de febrero de 1994.

(39) Mora J. El Sur de Colombia. Fundación en Biblioteca Virtual Miguel Cervantes. Imprenta del Doctor Roberto Arias. Dispo-

nible en: <http://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/juan-montalvo> Recuperado en Noviembre de 2010.

(40) Sánchez L. Una mirada al conocimiento científico y lego. Rev. Anales de Psicología. Murcia (España): servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia, Junio de 2003; (19)1.

(41) Duelo J. (Ed.) Mujer y aspecto emocional del dolor. Investigando e innovando en biofuncionalismo en Herat Care. Disponible en: <http://biofuncionalismo.com>.

Recuperado en Noviembre de 2010.

(42) Botero R. Yépez L. Fundamentos de medicina. Psiquiatría. Respuesta familiar a la enfermedad. 2da edición. Medellín: Ed CIB, 1986: 153-154.

(43) Díaz I. Afrontamiento y calidad de vida percibida y vivenciada. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos16/calidad-de-vida/calidad-de-vida.shtml>. Recuperado en Junio de 2011.

(44) Rincón Osorio F. La mujer con enfermedad coronaria: reflexiones para volver a pensar en su cuidado. En Enfermería cardiovascular. Bogotá: Ed Distribuna, ISBN 978-958-8379-00-5, 2008.

(45) Sánchez Herrera B. Comparación entre el bienestar espiritual de pacientes del programa de enfermería cardiovascular y el de personas aparentemente sanas. Revista Avances en enfermería. Bogotá: Ed Unal, Enero-Julio 2008; 36 (1).