



CARDIOLOGÍA DEL ADULTO - TRABAJOS LIBRES

Caracterización de los síntomas de angina en un grupo de mujeres con prueba de esfuerzo positiva

Characterization of angina's symptoms in a group of women with positive stress test

Fanny Rincón O., RN.⁽¹⁾; Gloria Garnica, RN.⁽²⁾; María M. de Villalobos, RN. Mg.⁽¹⁾; Jaime Rodríguez, MD.⁽²⁾

Bogotá, DC., Colombia

INTRODUCCIÓN: la enfermedad coronaria es una causa importante de morbimortalidad en el mundo. Las características específicas del cuadro clínico de la angina en mujeres se desconoce; éste último influye en atención, tratamiento, mortalidad, calidad de vida y costos sociales.

OBJETIVO: caracterizar los síntomas de angina en relación con el patrón de presentación, la integración de roles y el esfuerzo percibido en un grupo de mujeres cuya prueba de esfuerzo resultó positiva para enfermedad coronaria.

DISEÑO: estudio descriptivo exploratorio con abordaje cualicuantitativo. Incluyó 15 mujeres con dolor o discomfort torácico y prueba de esfuerzo positiva para enfermedad coronaria.

RESULTADOS: grupo de 15 mujeres con edad entre 52 y 80 años; se describen los factores de riesgo, la caracterización en relación con la integración de roles, de esfuerzo percibido y patrón de presentación en donde se encontraron categorías como: «opresión», «poca importancia», «sensación punzante», síntomas respiratorios, y simultaneidad de síntomas. La mayoría refiere sentir el síntoma y no consultar ni pedir ayuda. El aumento de la actividad física es el factor determinante en 8 mujeres; la mayoría afronta la situación con reposo y respiración; conviven con el síntoma, toman medicamentos, informan a allegados; 3 consultan con profesionales de salud. Seis interpretan el evento como consecuencia de un trauma físico o estrés psicológico, cinco no sabe y para tres refleja una etapa de la vida.

CONCLUSIONES: se observa un patrón de expresión categórico que aporta a la construcción del perfil femenino en el diagnóstico de la enfermedad coronaria.

PALABRAS CLAVE: síntomas de angina, mujer, prueba de esfuerzo positiva, caracterización.

INTRODUCTION: coronary disease is an important morbimortality cause worldwide. The specific characteristics of the clinical picture of angina in women are unknown and this fact influences the attention, treatment, mortality, lifestyle and social costs.

OBJECTIVE: to characterize the angina's symptoms in relation to the presentation pattern, the role integration and the perceived effort in a group of women with positive stress test.

(1) Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia.

(2) Fundación Clínica Abood Shaio, Bogotá, D.C., Colombia.

Correspondencia: Fanny Rincón Osorio. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Unidad Camilo Torres. Bloque B-2 Postgrados. Oficina 703. Teléfono: 3165000 Ext. 18658. Bogotá, D.C., Colombia. Correo electrónico: frincono@unal.edu.co

Recibido: 12/01/06. Aprobado: 19/05/06.

DESIGN: this is an exploratory descriptive study with quality-quantitative approach. 15 women with pain or thoracic discomfort and positive stress test for coronary disease, were included.

RESULTS: Risk factors, characterization in relation with role integration, of perceived effort and presentation pattern were investigated. Different categories such as «oppression», «little important», «stabbing sensation», respiratory symptoms, and simultaneous symptoms were found. Most women refer feeling the symptom without consulting or asking for help. Increase in physical activity is the determinant factor in 8 women; most of them confront the situation with rest and breathing, living with the symptom, taking medications and informing their relatives; 3 consult health professionals. 6 relate the event to physical trauma or psychological stress, 5 don't know and for 3 it is a reflection of a life stage.

CONCLUSIONS: a categorical expression pattern that contributes to the construction of a female profile in the diagnosis of coronary disease is observed.

KEY WORDS: symptoms of angina, woman, positive stress test, characterization.

(Rev.Colomb.Cardiol. 2007; 14: 159-172)

Introducción

En Colombia, la enfermedad coronaria constituye la primera causa global de mortalidad en mujeres (1). Dentro de la literatura relacionada con esta problemática, se identifican estudios que señalan variables en el cuadro clínico de la mujer con enfermedad coronaria: síntomas «atípicos», afrontamiento variable de esta sintomatología, evidente demora en consultar, retraso en la atención prestada en los servicios de urgencias, variables en los medios diagnósticos ordenados y, por lo tanto, mayor morbilidad y mortalidad asociadas.

Se busca investigar acerca de las descripciones específicas de las mujeres, su afrontamiento y respuesta a la angina, con el objetivo de ampliar el perfil de signos y síntomas que comprometen la presentación «clásica», al igual que aumentar la comprensión de las formas en las que las mujeres describen y responden a la angina de pecho.

El objetivo general del estudio es caracterizar los síntomas de angina en un grupo de mujeres con prueba de esfuerzo positiva para enfermedad coronaria, en relación con el patrón de presentación, la integración de roles y el esfuerzo percibido.

El estudio aborda una problemática de gran impacto en el mundo y sobre la cual se ha identificado un vacío conceptual, dado el hecho de que la literatura sobre el cuadro clínico de angina, se basa en su caracterización con predominio en el género masculino. Se enmarca dentro del «SWAN: symptoms of women with angina», estudio internacional liderado por las Doctoras en Enfermería Marilyn Douglas y Afaf Meleis y constituye el primero de una serie de 10 estudios desarrollados en el marco de la sublínea de

investigación «Cuidado a la mujer con dolor torácico» de la Facultad de Enfermería. Se desarrolló en el marco del convenio docente asistencial entre la Clínica Abood Shaio y la Universidad Nacional de Colombia.

Referentes teóricos

El desconocimiento de las características específicas de la angina en el grupo femenino, el hecho de que las mujeres demoran más en consultar y, por lo tanto, en recibir una atención oportuna, las diferencias en cuanto al umbral del dolor según tipos específicos de estímulos entre hombres y mujeres y diferencias de género en cuanto a respuestas ante el dolor, constituyen una parte de la problemática relacionada con la mujer que presenta enfermedad coronaria.

Existen diferentes expresiones del dolor en relación con aspectos culturales y circunstancias socioeconómicas, las cuales determinan variables en el tiempo de atención y en la naturaleza del tratamiento, que influyen en costos sociales y económicos a corto, mediano y largo plazo; las mujeres expresan de diferente forma sus síntomas y el personal de salud no las identifica como tal, por lo cual se presenta una nueva demora en recibir la atención adecuada. Según Miller (2), desde el punto de vista fisiopatológico la muerte temprana después de un infarto agudo del miocardio es 40% más alta para mujeres que para hombres aún ajustando el factor edad, siendo el exceso de mortalidad de 20% más alto en mujeres. Una gran proporción de dolor de pecho no coronario en las mujeres, se asocia a variantes relacionadas con vasoespasmos en ausencia de lesión coronaria, lo que hace que sea un predictor

menos fidedigno en este grupo. Existe un número significativo de síntomas presentes en las mujeres que se pueden confundir o interpretar de manera inadecuada (náuseas, vómito, indigestión, etc.); para completar la gravedad, señala que sólo el 18% de las mujeres reconoce el infarto agudo del miocardio en comparación con el 30% de los hombres.

Según Salas (3) la variabilidad de la sintomatología constituye un punto central en la expresión de la angina en la mujer; la localización del dolor no varía en forma significativa, pero la característica de irradiación se identifica por constituir «movimientos de largo recorrido, y ondas y porque rememora varios órganos. Las mujeres describen subcategorías que se refieren a fuerza, resistencia, malestar, agresión, temperatura, dirección y sentido, metafóricas o con extrañas asociaciones».

En el estudio «The symptoms experience of angina in women» de Cadwel (4), se utilizó el modelo de manejo del síntoma (SMM), el cual cuenta con tres componentes o constructos: la experiencia del síntoma (percepción, evaluación y respuesta al síntoma), las estrategias de manejo y el resultado del síntoma (calidad de vida, morbilidad, mortalidad). Este estudio documental resalta la claridad que tiene la comunidad acerca de que el dolor de pecho es un síntoma de ataque cardíaco, pero no así, otros síntomas auxiliares; las mujeres juzgan los síntomas como insignificantes: tienden a atribuirlos a causas benignas, en sus respuestas influyen creencias previas, experiencias pasadas, compromisos anteriores, preocupación por otros, o creencia de que la situación se resolverá sola. Incluso, con la experiencia de un evento previo, no se asegura que la paciente responda al dolor y que sea evaluada de manera adecuada. Por el contrario, si los síntomas son típicos y por lo tanto se evalúan como de origen cardíaco, la evaluación y respuesta serán más apropiadas.

El mismo estudio indica que las mujeres demoran más en responder a los síntomas; utilizan una amplia gama de comportamientos personales, lo que fue interpretado por los investigadores como un esfuerzo por mantener el control por lo cual se tratan a sí mismas durante un período variable antes de consultar.

El estudio «Cue sensitivity in women with cardiac disease» de Miller (5), buscó identificar la relación de los problemas interpersonales y sociales y el comportamiento de la búsqueda de cuidado de salud en mujeres que tienen enfermedad cardíaca. Mediante la metodología de teoría fundamentada, planteó los resultados a través de las tres fases del proceso sensitivo de la señal cardíaca:

- **Aprehensión de la señal:** la mujer reconoce o identifica una señal; con frecuencia de naturaleza física y en ocasiones por percepción de situaciones de riesgo. Si sucede una combinación de señales, la estimulación será alta y mejor aprehendida. Se pueden dar dos opciones: estimar o desestimar la señal y por lo tanto atenderla o no, según intensidad, especificidad y validación con otros. Aparecen conceptos importantes tales como vulnerabilidad, estimación y desestimación que pueden ser personales o de funcionarios de salud.

- **Asimilación de la señal:** empieza una vez que la señal es juzgada de forma tal que se desestima, es decir que los síntomas se interpretan como una situación de menor importancia; si estos síntomas se suman o son persistentes y comprometedores de su capacidad, empieza a utilizar mecanismos alternos de tratamiento y si realmente le implican cambios en su cotidianidad, piensa más directamente en referirlo en próximas consultas. La normalización ocurre debido a la penumbrosidad de los síntomas, por lo que se implementan medidas también generales y puede convertirse en un fenómeno crónico por su manejo e insidiosidad. Cuando la normalización falla y la situación empeora, la desnormalización sucede y la mujer decide comentar a otros para validar sus síntomas o entrar en el servicio médico.

- **Consulta médica:** en este ámbito también se observan etapas en las que cursan una serie de legitimaciones, debido a que la mujer no sólo percibe la incertidumbre sino que también lo hace el personal de salud; la mujer sigue buscando un medio diagnóstico seguro por lo que surgen otras estrategias: nuevo concepto médico, remedios caseros, etc.

De otra parte, el estudio WISE (Women ISchemic Evaluation) (6), reveló disfunción miocárdica coronaria en el 47% de las mujeres con dolor de pecho en ausencia de enfermedad coronaria obstructiva. Las mujeres que en fase postmenopáusica recibían hormonas, mostraron una prevalencia significativamente menor de disfunción microcirculatoria; en cambio, aquellas que no lo hacían, no mostraron diferencias significativas tanto en el grupo con disfunción como en el grupo sin ésta.

Estos datos muestran, a grandes rasgos, la importancia de profundizar en el conocimiento sobre la naturaleza del dolor precordial y sus posibles relaciones y formas de expresión en el grupo femenino, con el fin de optimizar la atención que se brinda, dado que existen diferencias en la percepción y expresión de la angina de pecho desde el paciente mismo pero también en relación con el enfoque que se le da desde el sujeto que brinda la atención o el cuidado.

Objetivos

General

Caracterizar los síntomas de angina en un grupo de mujeres con prueba de esfuerzo positiva para enfermedad coronaria en relación con el patrón de presentación, la integración de roles y el esfuerzo percibido.

Específicos

- Describir el patrón de presentación de los síntomas en cuanto a calidad, localización, intensidad, duración, factores precipitantes, afrontamiento e implicaciones y significados.
- Describir la integración de roles de la mujer en relación con los síntomas de angina.
- Describir la caracterización de los síntomas experimentados en relación con el puntaje de esfuerzo percibido.

Materiales y métodos

Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo exploratorio con abordaje cuali-cuantitativo.

Muestra

Mujeres con historia de dolor precordial o sensación de incomodidad en una zona entre el mentón y la cintura (hospitalizadas o ambulatorias), remitidas por su servicio de salud para prueba de esfuerzo a la Clínica Abood Shaio y cuyo resultado es positivo.

Criterios de inclusión

- Mujeres con historia de dolor precordial o sensación de incomodidad en una zona entre el mentón y la cintura.
- Resultado de prueba de esfuerzo positivo para enfermedad coronaria.
- Hablar y leer en Español.

Criterios de exclusión

- Angiografía que documente ausencia de enfermedad coronaria.
- Demostrar incapacidad para respaldar el consentimiento informado (por ejemplo, tener desórdenes cognitivos).

Procedimiento

La recolección de información se realizó durante un periodo de dos años; bimensualmente se revisaban los registros para identificar las mujeres cuyo resultado de la prueba de esfuerzo hubiese sido positivo. Se tomaban los datos y se establecía contacto telefónico para fijar una cita para la entrevista, si la mujer aceptaba participar.

Definición de conceptos

Síntoma: indicación subjetiva de enfermedad o cambio en la condición que percibe el paciente (Mosby's Medical, Nursing and Allied Health Dictionary, 1998).

Angina de pecho: síntoma complejo recurrente, usualmente descrito como un discomfort en el pecho o en áreas relacionadas. Se asocia con isquemia miocárdica resultante de un desbalance temporal entre la suplencia y la demanda de oxígeno (O'rorke, 1994). Este discomfort es producido por esfuerzo físico, frío, calor, emociones, comida pesada o taquicardia, y se alivia pronto con el reposo o la administración de nitroglicerina (Schalant & Alexander, 1994).

Prueba de esfuerzo positiva: se tuvieron en cuenta los criterios de positividad eléctrica y clínica:

Positividad eléctrica: presencia de los siguientes cambios electrocardiográficos:

- Descenso del punto J con respecto al nivel basal de 0,1 mV o más, seguido de un segmento ST horizontal o descendente a los 60-80 ms.
- Descenso del punto J con respecto al nivel basal seguido de un segmento ST lentamente ascendente que a los 60-80 ms continúa deprimido al menos 0,15 mV por debajo de la línea isoelectrica.

Elevación del segmento ST más de 0,1 mV en ausencia de necrosis previa, excepto aVR (Arós Fernando, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en Pruebas de Esfuerzo. En: Revista Española de Cardiología España. 2000. p. 1063-1094).

Positividad clínica:

- Aparición de dolor anginoso durante la prueba de esfuerzo.
- Hipotensión arterial.
- Aparición de síntomas como disnea o fatiga muscular desproporcionadas al esfuerzo realizado.

Caracterización de síntomas de angina en la mujer: conjunto de síntomas presentes en la mujer que experimenta angina, en relación con:

- Protocolo de integración de roles: balance entre el rol de estrés y el rol de satisfacción para los cuatro principales roles de trabajadora, esposa, madre y cuidadora. Utiliza el instrumento de integración de roles: WRIP. Para cada rol, el rango de la tasa de estrés, va desde uno (ningún estrés) hasta diez (muy estresada) y la tasa de satisfacción en la escala desde uno (ninguna satisfacción) hasta diez (máximas satisfacciones) (Meleis, Norbeck, Laffrey, 1989).
- Esfuerzo percibido: percepción del paciente sobre su desempeño físico o «qué tanto trabajó» durante el ejercicio en la prueba. (Escala de Borg).
- Patrón de presentación de los síntomas: es la descripción de los síntomas según:
- Calidad: descrita a través de términos obtenidos de la entrevista, cuestionario de síntomas en preguntas abiertas y en los términos señalados en el instrumento de McGill.
- Intensidad: descrita a través de la escala visual análoga (VAS).
- Localización: sitio de la sensación, sitio de mayor sensación e irradiación descritos dentro del esquema del cuerpo.
- Duración: se refiere al tiempo de duración del síntoma, tiempo en el cual lo ha venido presentando y tiempo en solicitar ayuda.
- Afrontamiento: implicaciones y significados descritos a través de términos y frases obtenidas dentro del cuestionario de síntomas.

Limitaciones del estudio

La información que se obtiene a través de la entrevista semiestructurada, se aborda metodológicamente por medio de la técnica de análisis de contenido, la cual tiene criterios de rigurosidad: estabilidad (incongruencias del observador), reproducibilidad (congruencia entre dos observadores), exactitud (los anteriores más desviación en relación a una norma) y teniendo en cuenta los criterios de validez semántica y de muestreo (7).

El nivel de sensibilidad de la prueba de esfuerzo es variable para enfermedad coronaria: la depresión del

segmento ST en el electrocardiograma de ejercicio, tiene una sensibilidad entre 38% y 72% (con lesión de uno a tres vasos respectivamente) y entre 67% y 72% de especificidad (Arós, F 2000) aspecto de mayor interés en este estudio; es decir, el porcentaje de mujeres cuya prueba de esfuerzo fue positiva y no tienen enfermedad coronaria la cual es relativamente baja.

Consideraciones éticas

El estudio se respalda en la normatividad explicitada de la Resolución No. 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia. Según esta norma, artículo 11, se clasifica como «sin riesgo» y se basó en la normatividad específica:

Título II, capítulo 1: artículo 5: «En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar». Artículos 14, 15, 16 y sobre consentimiento informado.

Técnica para el análisis de la información

La información cuantitativa como los datos demográficos, de salud y generada a través de instrumentos se describió mediante frecuencias a excepción del instrumento de integración de roles, en el cual se obtuvieron medianas.

La información que se obtuvo mediante las preguntas abiertas, se sometió a la técnica de análisis de contenido. Según Berelson referido por Hernández (8), el análisis de contenido es una técnica para estudiar y analizar la comunicación de una manera objetiva, sistemática y cuantitativa.

A partir de estos códigos originados en la teoría o del interés del investigador, se plantean preguntas y se explora la narrativa para identificar las respuestas correspondientes a través de la identificación de unidades de análisis, en este caso frases que señalan un tópico, idea o asunto específico y que tienden a presentarse en forma frecuente dentro del total de la narrativa, constituyendo las denominadas categorías.

De esta forma, al muestreo lo constituyen los códigos sustantivos o frases que expresan el tema dentro de la misma entrevista y dentro de la información total y el análisis de la información «se ocupa de los procesos más convencionales de identificación y representación de las pautas más notables, estadísticamente significativas o que por algún otro motivo dan cuenta de los resultados del análisis de contenido o los describen» (9). Este procedimiento se resuelve a través de la cuantificación

de casos en cada categoría y de la jerarquización del material con un criterio predefinido. Dentro de esta técnica, se identifican unidades de análisis que corresponden a una categoría en cualquier parte de la entrevista, que no necesariamente se relacionan con la pregunta planteada para tal fin, pero sí de otra narrativa alusiva a temas relacionados, no directos; de igual forma, constituye información que da pautas para obtener la frecuencia con la que se presenta esta categoría.

Resultados

Los resultados se presentan en el siguiente orden:

- Datos demográficos, perfil de salud.
- Categorización de la información correspondiente al patrón de presentación de los síntomas según: calidad, localización, duración (tiempo), factores precipitantes; afrontamiento, implicaciones o consecuencias y significados.
- Complementación con la información generada por los instrumentos: cuestionarios de Rose, McGill, prueba de esfuerzo en banda y escala visual análoga.
- Descripción de la caracterización de los síntomas experimentados en relación con el protocolo de integración de roles.
- Descripción de la caracterización de los síntomas experimentados en relación con el puntaje de esfuerzo percibido.

Información general del grupo: datos demográficos

Se estudió un grupo de 15 mujeres con edades entre 52 y 80 años (media de 65); diez de ellas casadas (66,6%), tres solteras y dos divorciadas, con un nivel educativo entre 3 y 18 años (media de 10,4 años). Cuatro con formación primaria, cinco con secundaria, dos con nivel técnico, tres con formación universitaria y una con maestría. Una se ocupa de las actividades domésticas (6,7%), cuatro de ocupaciones de orden administrativo (26,6%), dos de trabajo docente (13,3%), cinco trabajan con manualidades (33,3%) y tres no tienen ningún tipo de ocupación (20,0%).

Ocho (53,3%) consideran que tienen ingresos adecuados, seis (40%) escasamente adecuados y una (6,6%) no adecuado. Doce (89%) están cubiertas por seguro privado, dos por seguro por empleador y una por seguro estatal. Catorce (93,3%) señalan ser católicas. Nueve (60%) viven con una pareja, cinco con otro pariente

(33,3%) y una (6,6%) sola. Diez están al cuidado de entre una y dos personas; dos cuidan tres y cuatro personas, y tres no cumplen este rol.

Perfil de salud

Ocho mujeres (53,3%) exhiben un índice de masa corporal normal (menor de 24); seis (40%) sobrepeso (25-29) y una (6,66%) obesidad. De seis mujeres que contaban con laboratorios, se observó que sólo una tenía el colesterol total por debajo de 200 mg/dL; tres de ellas de 200 a 300 mg/dL y una cuyo valor estuvo por encima de 300 mg/dL. Cuatro presentaban triglicéridos mayores de 200 mg/dL y de cuatro mujeres con datos de hemoglobina glicosilada una estaba por debajo de 10% y cuatro de 10% a 20%. Cuatro (26%) reciben terapia de reemplazo hormonal: una, hace diez años, dos hace cinco y otra hace tres. Nueve personas (60%) refirieron tener antecedentes de enfermedad cardiaca familiar y nueve (60%) hipertensión arterial. Sólo una mujer refirió tabaquismo actual y cinco (33%) lo habían dejado hace más de diez años. Las quince mujeres refieren sentirse ansiosas: seis con frecuencia, siete a veces y dos rara vez. Nueve mujeres (60%) refieren sentirse tristes: tres frecuentemente y seis a veces.

Nueve mujeres (60%) realizan actividad física: cinco caminan y cuatro caminan y hacen otro ejercicio, con una frecuencia de 2 a 43 veces por semana por 30 minutos a una hora. Cuatro mujeres (26%) no realizan ninguna actividad y dos (13,3%) hacen actividades domésticas.

Antecedentes farmacológicos

Medicamentos que consumen actualmente por frecuencia: vasodilatadores, once; anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios, cinco; vitaminas, tres; tranquilizantes, una; hormonas y calcio, tres; tiroides, una; hipolipemiantes, seis; broncodilatadores, una; diuréticos, cuatro; antiulcerosos, tres e hipoglicemiantes, dos. Sólo cuatro personas consumen un medicamento y cinco están por encima de cinco.

Descripción del patrón de presentación del dolor precordial

A continuación se describe el patrón de presentación de dolor precordial en cuanto a localización, calidad, tiempo, factores precipitantes, afrontamiento e implicaciones y significados.

Localización

Pecho

El nombre asignado a la zona de localización del dolor o sensación, es el que se refiere en la literatura también el hombre: «pecho» con 80%. De igual forma, en cuanto a localización, la región precordial representa la más alta frecuencia (once), así como el brazo izquierdo (ocho) y el cuello (cuatro). Sin embargo, llama la atención otros lugares no usualmente señalados: el hemitórax derecho (dos) y la escápula izquierda o espalda alta (tres), tal como se halló en el estudio de Everts y colaboradores en Suiza, referido por Devon y Zerwic (10) en el cual a las mujeres a quienes se les confirmó infarto agudo del miocardio, revelaron altas incidencias de dolor de cuello y espalda en comparación con los hombres en la misma situación. Los puntos de mayor intensidad se comportaron de igual forma.

Calidad

Se exploró con la pregunta: «Con sus propias palabras, ¿Cómo le llama a esa sensación?» (Figura 1) y se encontraron las siguientes categorías referidas según frecuencia, con excepción de la segunda:

- Opresión: 13 mujeres (86,6%) respondieron un total de 24 expresiones: «Como si alguien se parara sobre mi pecho, como una fuerza», «como una sensación de pesadez», «no es dolor; es opresión propiamente», «como si me apretaran», «como un apretamiento interior». Dentro de esta categoría se hallaron dos subcategorías: «La opresión generada desde afuera» y «la opresión generada desde adentro», es decir, desde la misma persona.

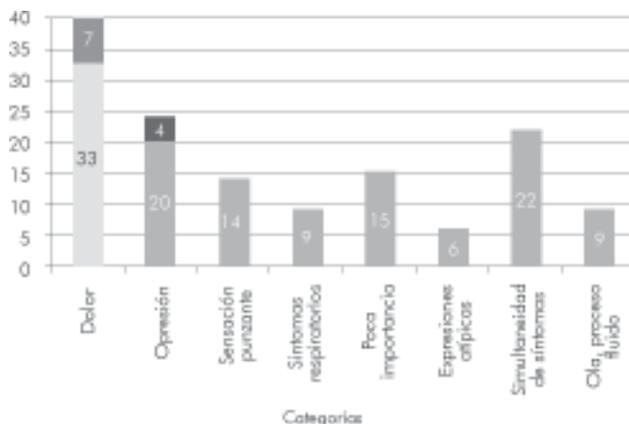


Figura 1. Patrón de presentación del dolor. Calidad.

- Sin embargo, durante toda la entrevista, al referirse al síntoma, las mujeres utilizaron prioritariamente el término categorizado como dolor, con cuarenta referencias del mismo, tal como lo muestra la figura 1; llama la atención que siete mujeres de este grupo (17,5%) le dan una connotación diferente al referirse a éste como algo pequeño «es un dolorcito».

- Simultaneidad de síntomas (22 referencias): expresiones que refieren una sumatoria de síntomas (entre dos y seis síntomas): «Es una sensación de palpitations, angustia, a veces me oprime el pecho»; «me fatigo mucho cuando camino, hace unos días me dio dolor en el pecho, en el brazo, y desaliento en la pierna»; «un dolor en el pecho, cansancio y dificultad para respirar»; «me oprimía el pecho, sensación de mareo y desaliento»; «escalofrío, temblor, dolor de cabeza, un gran estado de angustia, palpitations que oprimen el pecho».

Llama la atención la poca o nula presencia de otros síntomas referidos en la literatura como frecuentes en las mujeres: náuseas y vómito (Zucker 1997) (11).

- Poca importancia (15 referencias): expresiones en las que se advierte la intención de subvalorar el síntoma con una frecuencia relativamente alta: «Una molestia»; «tengo una molestia, pero es tan insignificante»; «era una molestia bobá»; «es algo incómodo pero pasajero»; «era una molestia bobá para mí».

Aquí se puede observar el proceso de «valoración del síntoma» referido por de la Cuesta Benjumea (12); es decir, se le atribuye importancia y clasifica por lo tanto, lo cual define el afrontamiento que se le da: «Esperé toda la noche», «espero que se quite», etc.

- Sensación punzante (14 referencias): fue otra categoría con expresiones que rememoran que hay un sitio selecto de la sensación, en el marco del dolor o la opresión permanente: «Dolor, pero me había dado una picadita»; «como un pinchazo fuertísimo en el corazón, como una picada durísima... Pero aparte de eso tengo el dolorcito continuo»; «es como una picada y es como opresión a ratos y el dolorcito que esta ahí...»

- Síntomas respiratorios (9 referencias): representó una categoría emergente, que señala la necesidad de identificar síntomas asociados: «Un poquito de ahogo», «dificultad para respirar», «como fatiga», «alcance de la respiración».

- Ola o proceso fluido (9 referencias): se refiere a una serie de sensaciones y/o hechos concatenados en un

hilo sintomático que compromete importantes áreas del cuerpo y de la autopercepción: «Primero es como un dolor en la mano, me sube por el brazo, y luego en el pecho como opresión y ahogo»; «sí, me comienza como un dolor y un destemplamiento hacia el brazo, y el corazón».

- Expresiones atípicas (6 referencias): pueden estar relacionadas con aspectos culturales y experiencias previas asociadas: «Me comienza como un dolor y un destemplamiento hacia el brazo y el corazón, es como un "chapaleo"»; «sentí como un cortocircuito a nivel cerebral... no del corazón... y me trató de dar mareo».

Tiempo

Se encontró que la duración del episodio en siete mujeres (46%), fue menor de una hora: «Pasa rápido, dura como unos 5 a 7 minutos»; «eso me dura segundos»; «me da un momentito la sensación más fuerte, luego se va yendo el dolor y me dura como 10 minutos». Tres (20%) describieron lapsos de una hora a un día: «Siempre dura como dos horas»; «me duró toda la noche y al otro día ya estaba bien»; «me da por ahí a las 9 p.m. y me duermo con el dolor, le pongo cuidado a esa hora, porque antes estaba ocupada». Tres (20%) por un tiempo inespecífico: «No puedo decir cuánto duró pero la sensación que tengo es que duró mucho»; «a veces dura mucho tiempo generalmente para en las noches y a veces amanezco igual», «no es constante; varía». Dos (13,3%) señalaron que el dolor es permanente: «Ocho días alcancé a durar mientras pedí la cita cuando salió», «el dolor es permanente». En este ítem se identifica la naturaleza adaptativa al síntoma y las implicaciones en términos de riesgo y calidad de vida.

En cuanto al tiempo en que viene presentando la sensación, se encontró que seis mujeres (40%) llevaban un lapso entre un mes y un año y cinco (33,3%) más de un año. Es decir, 11 (73,3%) mujeres llevaban más de un mes conviviendo con la sintomatología: «No mucho, hará como unos seis meses sentí la primera vez y normalmente me ha dado como unos seis, ocho, digamos así... dolores, de resto, no más»; «duré dos mesecitos con el dolor, pero me había dado una picadita», «no mucho, hará unos seis meses», «duré dos mesecitos con el dolor», «cinco años más o menos que estoy en eso, con ese dolor en el pecho». Se destaca nuevamente la categoría poca importancia o subvaloración del síntoma también en los aspectos relacionados con el tiempo.

En relación con el tiempo esperado para pedir ayuda se encontró que ocho mujeres (53,3%) no piden

ayuda por diferentes causas: «Estaba sola, no pude comentarlo con nadie»; «no, yo me basto por mí misma, no les digo, si veo que se me agudiza mucho llamo a alguien»; «depende de qué tan fuerte sea, pero yo no digo nada, ya estoy acostumbrada»; «era una molestia boba para mí y a nadie le conté y jamás consulté por dolor»; «si ellos están les digo, si no están no les cuento nada porque creo que no hay necesidad». Sólo tres mujeres consultaron inmediatamente, dos de las cuales a servicios de salud: «Cuando me da, les digo de una vez», «desde el primer momento yo me manifesté». Las otras mujeres que consultaron más tarde, señalan: «Hasta por la noche... (risa) cuando no hay nada que hacer», «esperé toda la noche: como 12 horas»; «cuando ya no aguataba el dolor».

Es evidente la magnitud tanto del tiempo que viene presentando la sintomatología, como del tiempo para solicitar ayuda; más complejo aún, sólo dos personas solicitaron ayuda profesional de manera oportuna. Se observan expresiones que pueden interpretarse como el resultado de la tendencia a mantener el control sobre la situación, establecimiento de mecanismos adaptativos, nuevamente subvaloración del síntoma y sus consecuencias en términos de pedir ayuda y, además, expectativas frente a la familia, que pueden generar mayor demora.

Factores determinantes

Se identificó una categoría predominante: la actividad física como factor desencadenante, con ocho referencias: «Empecé a sentir al caminar muy intensamente o al subir o bajar escaleras, que me oprimo un poquito en el pecho»; «cada vez que camino largo o un poquito ligero o subo escaleras, sí, cuando me agito un poquito entonces siento eso»; «por andar me da, si barro, me da el dolor, si lavo me da la fatiga, me da decaimiento, cuando subo escaleras, tengo que andar despacio».

Es evidente la implicación funcional de la angina y su carácter restrictivo en cuanto a lo ocupacional y sin embargo, con esta situación limitante, las mujeres pueden durar mucho tiempo sin consultar. El estrés y la ansiedad no fueron referidos con mayor frecuencia, lo que contrasta con las apreciaciones comunes dentro del ámbito hospitalario.

Afrontamiento

Se identificaron cinco formas de afrontamiento de la sintomatología las cuales se presentan como las siguientes categorías descritas según frecuencia:

- Cambios en la intensidad de la actividad física (19 referencias): dentro de esta hay dos subcategorías: «Cambios de posición» con cuatro referencias: «Y el dolor cuando me sentaba me aliviaba y cuando me levantaba era fuerte»; «me duele... yo me volteo y me pasa, me cambio de posición respiro y ya»; y, «Reposo y respiración» con quince referencias: «El reposo me ayuda y me desaparece», «me quedo quieta y me concientizo de mi respiración, respiro más moderadamente y más rápido»; «paro, tomo aire y sigo»; «nada, pues me siento, me quedo quieta y se me pasa».

- Convivencia con el síntoma: (14 referencias): «No le pongo cuidado, tomo agua», «no, yo no hago nada, así respire el dolor está»; «nada, no le pongo cuidado... como es permanente»; «noo... me hago así (masaje en región paraexternal izquierda y ríe) como nunca le paro bolas...»; «me da por ahí a las 9:00 p.m. y me duermo con el dolor, le pongo cuidado a esta hora, antes no porque estoy ocupada»; «cuando me da por la noche duermo sentada»; «continúo con la actividad, trato de no parar bolas»; «a mí no me para nadie (ríe), yo sigo haciendo mis cosas».

- Informando a allegados (13 referencias): «Sí, al marido y al hijo y me dijeron que viniera donde el médico»; «a mis hijos, a mi esposo... él se da cuenta»; «no, yo a veces lo siento, de pronto en un gesto lo transmito y se dan cuenta pero como es pasajero, y mis hijos ya están acostumbrados y saben que estoy en tratamiento del corazón, me dicen que tengo que ir al médico, que tengo que adelgazar».

- Consumo de medicamentos, medicinas alternativas o agua (6 referencias): «Irregularmente esencias florales», «Xánax®», «tomo agua, agua pura», «tomo isordil», «no, pues el inhalador», «tomo metoprolol».

- Consultando con personal de salud (3 referencias): «Sí, el sábado fui a urgencias, como es que los médicos no le dicen a uno qué está pasando sólo me mandaron a tomar este examen»; «yo decidí abrir una historia médica y yo ni siquiera iba por lo del dolor pero le comenté al doctor que tenía un dolorcito permanente y me da un destemplamiento».

Las modalidades de afrontamiento muestran coherencia con lo que las mujeres señalan como factor predisponente: la actividad física. Por lo tanto, la respuesta es controlar la actividad física, es decir, disminuirla, lo cual puede llegar a modificar roles tal como se deduce de algunas frases, pero interpretadas en asocia-

ción con la edad; esta forma de afrontamiento genera a su vez la intensificación del factor de riesgo sedentarismo, lo que convierte la situación en un círculo vicioso. Llama la atención que dentro del consumo de medicamentos, a pesar de tener una baja frecuencia, se tomen indiscriminadamente nuevas dosis de algunos medicamentos cardiovasculares o aún, de otros formulados para alteraciones respiratorias, aspecto que se identificó en otros estudios de la línea de investigación y que constituye un nuevo riesgo.

Se resaltan la importante frecuencia y jocosidad con la que conviven con el dolor, lo que se relaciona con otros estudios en donde se analiza el proceso que sigue la mujer: valora sus síntomas y además intenta hacerse cargo de su dolencia a través de estrategias tales como la referida o el consumo de medicamentos corrientes o alternativos; lo más preocupante es la poca consulta que hacen a los profesionales de la salud (3 mujeres). Estos son antecedentes que se derivan de la tardanza en consultar y por lo tanto conducen a mayores complicaciones.

Consecuencias o implicaciones del síntoma

- Se identificó una categoría sobresaliente: adaptación de los roles asociado con la etapa en el ciclo vital (32 referencias): «Con mi esposo pues no ... uno con el tiempo se va alejando»; «las cosas con él siguen siendo igual, no han cambiado»; «mis hijos se comportan de igual forma, ni se han unido más o menos a mí»; «yo no le doy mucha trascendencia a estos dolores y mis formas de cuidar a mi esposo o a mí siguen igual».

- También se observaron otras categorías que no lograron saturación, tales como el miedo (3 referencias) y la limitación física (3 referencias), experiencias naturales frente a una enfermedad en la que es propio generar limitaciones en la primera fase y en la que si el paciente no recibe orientación adecuada puede continuar restringido y aumentar el sedentarismo.

- Reconocimiento (3 referencias): es una categoría emergente como las dos anteriores, pero que tiene especial importancia debido a que refleja una situación especial de cuidado dentro del círculo familiar: «Por lo que estoy enferma, porque estoy delicada, es que él ha sido una persona tan consagrada, sí él vive muy pendiente»; «mis hijos siempre están pendientes de mí, me llevan al médico».

Es de interés identificar que como consecuencias no se observan grandes impactos o que si los hay, se han relacionado con la etapa vital y no con el evento coronario.

Significados

Se observaron dos categorías (Figura 2):

- Enfermedad ocasionada por un antecedente: factor de riesgo, trauma, etc. (6 referencias): «Que es consecuencia de un accidente que yo tuve, porque desde ahí yo gritaba, porque yo sentía que el corazón se había desprendido y sentía una angustia; de ahí en adelante siguió el dolor»; «que es herencia, no hay más que hacer»; «pues... que esto es como de herencia, porque mi papá murió de un infarto y mi hermana también»; «no, pues que la hipertensión es algo preocupante y que también ese problema pudo haberse derivado de eso».

- Desconocimiento (5 referencias): «No tengo una idea muy clara... una vena tapada, creo que estoy grave por la cantidad de exámenes que me hacen»; «no, yo no tengo idea, yo jamás pensé...», «ni idea, yo no me afano, yo confié mucho en Dios y espero que sea lo que Él quiera».

También se identificaron dos aspectos presentes en las expresiones pero con poca frecuencia: «Esta situación hace parte de una etapa de la vida» (3 referencias): «Qué le digo yo... de pronto es que se está cansando esa máquina (señala el corazón y ríe) o falta de ejercicio y entonces como que se resiente»; «yo creo que es ya cansancio o los años». Y «compromiso emocional» (1 referencia): «Si uno se golpea una pierna lo más normal es que salga un morado; pues ahí (señala el corazón) no se lo golpea uno pero puede que se lo golpeen los demás».

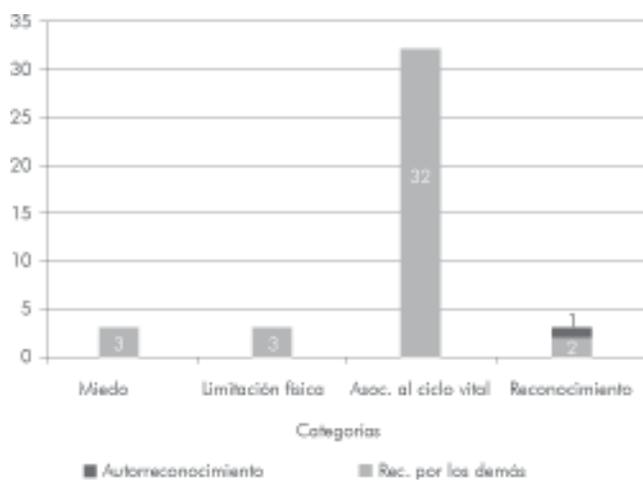


Figura 2. Angina en la mujer: patrón de presentación del dolor. Significados.

Llama la atención el bajo nivel de conocimiento específico acerca de la enfermedad, a pesar de que la mayoría de estas mujeres recibieron información institucional, además de la que usualmente está al alcance de todo ciudadano. Es de importancia resaltar que si la mujer considera que la enfermedad coronaria es una entidad que se relaciona directamente con la herencia y si entiende que es prácticamente natural en la etapa de la vida que cursa, es difícil que pueda asumir su autocuidado y por lo tanto la prevención de eventos cardiovasculares.

Complementación con la información generada por instrumentos

- Cuestionario de Rose: este cuestionario lanzó en forma consistente la presencia de dolor o incomodidad en el pecho; durante actividad de alta intensidad 10 (66,6%), cuando tienen la sensación, siete mujeres (46,6%) paran, dos (13,3%) disminuyen el paso; y 4 (26,6%) continúan al mismo paso. En 10 personas (66,6%) el dolor se localiza en las zonas precordial izquierda superior e inferior, tal como lo expresaron con sus propias palabras.

- Cuestionario de McGill: sólo cuatro mujeres presentaron dolor en el pecho durante la prueba de esfuerzo y señalaron el instrumento en la siguiente forma:

«Latente intensidad leve» (1 persona): «dolorcito, como «un puñal en intensidad moderada» con VAS de 84 mm (1 persona); «doloroso» moderado con VAS de 1,6 (1 persona); la otra mujer señaló en la entrevista que «la prueba concluyó porque ellos pararon», pero en el registro de la prueba se encuentra una nota que dice: «dolor precordial 5/10; además, en el cuestionario de McGill aparece la referencia de un «dolor latente, de intensidad leve».

En estos dos instrumentos se observa coherencia con lo descrito en palabras, pero existe incongruencia entre la palabra utilizada, el adjetivo para calificar la intensidad y la medida en la escala visual análoga.

- Prueba de esfuerzo en banda: todas se realizaron bajo el protocolo de Bruce modificado. La media de los MET alcanzados fue de 7,87 con un mínimo de 5 y un máximo de 10. Sólo una persona (6,6%) presentó bloqueo aurículo-ventricular de segundo grado. Todas tuvieron infradesnivel del ST, doce (80%) en las caras inferior y lateral, una (6,6%) en la cara inferior únicamente y una (6,6%) en la cara anteroseptal. Sólo cuatro mujeres (26,6%) presentaron dolor torácico durante la prueba o en la etapa de recuperación.

Descripción de la integración de roles de la mujer con los síntomas de angina

Se presenta análisis en relación con la mediana por cada rol en el grupo en general y datos de integración de rol para cada mujer como resultado total, en relación con el número de roles a evaluar de manera individual (Figura 3). Este constituye realmente el dato de integración de roles según Meleis y Norbeck, referidos por Barbosa (13).

Mediana por cada rol en el grupo en general:

- Rol de trabajo pagado (n=8): la mediana de integración de rol tuvo tendencia a un balance positivo, aunque moderado debido a que ni el nivel de satisfacción es tan alto como el nivel de estrés.
- Rol de entrega de cuidado (diferente al rol de esposa) (n=11): se destacó que la mayoría de las mujeres cumplen con el rol de cuidadoras y este es reconocido por ellas como tal. Se encuentra en un balance positivo, también moderado, el cual es común frente a valores moderadamente positivos en estrés como en aquellos de satisfacción.
- Rol de madre (n=12): se identificó un alto nivel de satisfacción pero también de una mediana que tiende a ser alta en cuanto a estrés en el rol de madre, lo cual hace que la mediana de integración indique un balance pobremente positivo. Este resultado se puede explicar con

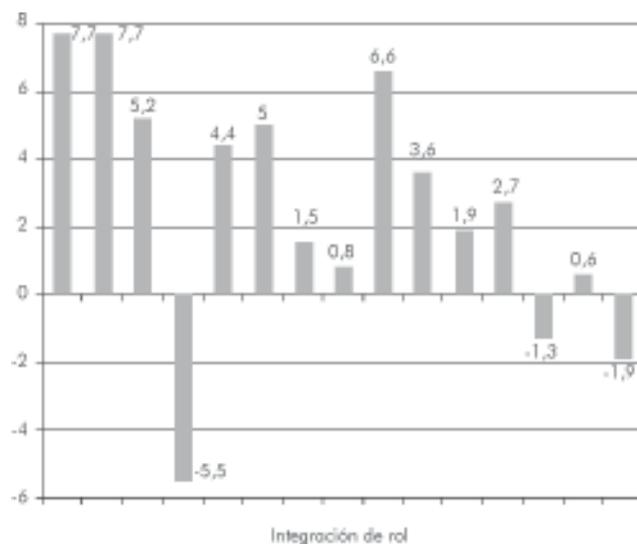


Figura 3. Angina en la mujer: integración de roles.

lo señalado por Baruch y Barnett (1986) (14): las gratificaciones en el rol de madre se relacionan con el amor por sus hijos, el placer a través de sus logros; las preocupaciones con los más adolescentes y el estado económico.

- Rol de esposa (n=12): este es el rol cuya integración da el valor más bajo. Se relaciona con un nivel de estrés relativamente alto en la mayoría y teniendo en cuenta la edad de la muestra, posiblemente implica un rol de cuidadora de la pareja el cual está referido por la literatura como un agente de estrés de importancia; según Baruch la salud física del esposo es un motivo de preocupación importante en este rol.

- Rol de trabajo en el hogar (n=15): la mediana tendió a valores bajos. Meleis señala que el mayor estrés de esposa ha sido relacionado con el trabajo doméstico; sugiere que la división en las labores del hogar constituyen un factor importante que media entre los roles femeninos y la salud, ya que estas labores equivalen a un tiempo completo fuera de casa. En la muestra llamó la atención el bajo nivel de satisfacción con este rol.

Según Meleis, la integración del rol es un concepto subjetivo que se refiere a la calidad no sólo de un rol, sino al conjunto de ellos (15), por lo cual en el presente trabajo se toma la referencia de las anteriores investigadoras en su estudio de 1989: «integración de rol y salud entre mujeres trabajadoras de oficina» en el cual una de las hipótesis comprobadas fue la que predecía la relación entre la salud percibida y los síntomas psicológicos con la integración del rol, entendiendo ésta como el balance entre el estrés y la satisfacción para la totalidad de los roles evaluados. En ese estudio la escala de integración de rol tuvo un rango de -27 a +27, en relación con tres roles: madre, esposa y trabajadora. Extrapolando este dato para el número de roles pertinente, se muestra la figura 3, en donde se observa que:

- En general, el valor de la integración de rol se encuentra igual o mayor que 5 en cinco mujeres (33,3%); entre 0 y 5, en siete (46,6%) y menor de 0, en tres (20%).
- Cuatro mujeres desarrollan los cinco roles y de éstas tres están en niveles muy bajos o negativos.
- Siete mujeres cumplen con cuatro roles, cinco de las cuales exhiben puntajes de integración de rol menores de 5 incluyendo uno con valor negativo; dos muestran puntajes medios positivos.
- Una mujer cumple con tres roles y muestra un puntaje de integración de rol bajo pero positivo; dos

mujeres cumplen con dos roles y su puntaje de integración se encuentra en un rango alto y una con un solo rol y su puntaje es negativo.

- Sólo una mujer que cumple cuatro roles señala que la angustia y la depresión son factores que desencadenan sus síntomas. En el resto del grupo no hay ninguna otra información que pueda plantear una relación hipotética exploratoria, pues la más frecuente es la actividad física (4 mujeres) la cual está respaldada por la literatura como característica de personas con angina estable.

- Tres de ellas no consideran tener algún factor desencadenante o relacionado con la sintomatología; una señala la actividad física como factor desencadenante. Es posible analizar este fenómeno a la luz de la literatura, en el sentido de que, aunque cada rol por sí mismo no produce un balance negativo, la conjunción de todos sí puede cambiar la perspectiva de la mujer frente a una alta exigencia en diferentes campos, especialmente cuando en algunos de ellos, no se reconoce su rol.

La anterior información se puede analizar al integrar los datos aportados por la historia de salud en cuanto a estado de ánimo: las quince mujeres refieren sentirse ansiosas: seis con frecuencia, siete a veces y dos rara vez. Nueve (60%) refieren sentirse tristes: tres frecuentemente y seis a veces. Esto contrasta con lo señalado en los factores que predisponen a la sintomatología identificados por ellas; puede ser interpretado como que ellas consideran que permanecen ansiosas o tristes pero no identifican que este sea el motivo para que se presenten los síntomas. Esto se hace explícito al preguntar independientemente del síntoma la frecuencia de su tristeza o angustia, como una entidad no relacionada.

En conclusión, como es explícito, no se puede establecer correlación estadística dentro de estos aspectos debido a la limitación de la muestra; es posible que en el estudio internacional sí se pueda hacer; además los datos varían en forma notable y no presentan consistencia; lo que sí es claro, es que el factor estrés no tiene peso en el establecimiento de la sintomatología, diferente a lo que se encuentra en la literatura y en las causas asociadas a la consulta de las mujeres con dolor torácico. Por el contrario, se identifica una tendencia a la adaptación a una serie de circunstancias como lo demuestra el anterior punto y lo señalado en el ítem sobre caracterización de los síntomas observado en el cuadro referente al tiempo durante el cual ha soportado el dolor.

Descripción de la caracterización de los síntomas experimentados en relación con el puntaje de esfuerzo percibido

En la tabla 1 se observa la información integrada acerca del esfuerzo percibido, los MET alcanzados y los síntomas que tuvieron lugar durante la prueba de esfuerzo. Se observa que de 15 mujeres con prueba de esfuerzo positiva, sólo cuatro experimentaron dolor precordial y una informó al médico; de estas cuatro mujeres tres llegaron hasta la última etapa y dos de ellas señalan una escala visual análoga con valores de dolor bajos, con esfuerzos percibidos en forma variable. No es posible establecer ninguna relación entre el esfuerzo percibido, los MET alcanzados y los síntomas referidos; es evidente que la fatiga muscular es frecuente (40%); 33% cursan asintomáticas y 26% con dolor solo o combinado.

Al relacionar la escala de esfuerzo percibido con los niveles de actividad física, se observa que nueve mujeres (60%) realizan actividad física: cinco, caminata; cuatro, caminata y otro ejercicio; cuatro (26%) no realizan ninguna actividad y dos (13,3%) hacen labores domésticas. Esta actividad la realizan con una frecuencia de dos a cuatro veces por semana durante un tiempo de treinta minutos a una hora y en parte puede explicar que siete mujeres lograron llegar a la última etapa. También es necesario tener en cuenta que siete de las quince

Tabla 1
ANGINA EN LA MUJER: VALORES DE ESFUERZO PERCIBIDO DURANTE LA PRUEBA DE ESFUERZO, NIVEL DE CONSUMO DE OXÍGENO ALCANZADO Y PRESENCIA DE SÍNTOMAS

Código	Borg	Consumo de O ₂ (MET alcanzados)	Síntomas
5705	13	10	Fatiga muscular
5709	15	10	Fatiga muscular
5726	14	7	Fatiga muscular
5746	13	5	Dolor precordial: latente, leve; VAS: 5,0 cm
5757	15	5	Dificultad respiratoria y mareo.
5762	20	10	Dolor opresivo irradiado, molesto; disnea; VAS: 5,0
5766	15	5	Asintomática
5772	8	10	Asintomática
5773	16	10	Dolorcito, moderado, como un puñal. VAS: 8,4
57124	13	5	Fatiga muscular
57125	15	7	Asintomática
57126	13	10	Fatiga muscular
57127	10	10	Dolor moderado, presión en el pecho; molesto; fatiga. VAS: 1,6
57128	11	7	Asintomática
57129	14	7	Fatiga en las piernas

mujeres, presentan sobrepeso y obesidad lo que funcionalmente puede no favorecer su desempeño durante el ejercicio en banda.

Al revisar cada entrevista en forma individual se evidencia que es frecuente que los términos utilizados por la mujer para describir sus síntomas, no concuerden desde el punto de vista lingüístico con sus mismas evaluaciones de intensidad expresadas en dimensiones cuantitativas; por ejemplo: «era muy fuerte, como si alguien se me parara encima»: VAS: 3,8 cm. De igual forma, la información no es consistente a lo largo de la entrevista, por lo cual existen aparentes incoherencias entre lo referido en la entrevista abierta y posteriormente frente a la misma pregunta en la historia de salud.

Conclusiones

La caracterización de los síntomas de angina en el grupo de mujeres estudiadas, muestra lo siguiente:

- Localización: «pecho» es la palabra enunciada por 12 mujeres (80%) para describir la zona donde se experimenta el síntoma.

- La región precordial representa la más alta frecuencia de referencia (21 referencias) en cuanto a localización, tal como lo refiere la literatura para ambos géneros; el brazo izquierdo y el cuello (5 referencias). Llama la atención, sin embargo, otros lugares poco señalados: hemitórax derecho (6 referencias) y escápula izquierda o espalda alta (4 referencias). Los puntos de mayor intensidad se comportaron de igual forma.

- En cuanto a calidad y términos precisos o ideas relacionadas acerca de los síntomas, aparecen en su orden las siguientes categorías:

- Para referirse al síntoma, se identificó la categoría «dolor», con 40 referencias; siete referencias (17,5%) acompañan esta categoría con la connotación de subvaloración o subestimación.

- Le sigue un grupo de 24 expresiones categorizadas como «opresión»; al preguntar: «con sus palabras describa la sensación» trece de las 15 mujeres (86,6%) respondieron expresiones relacionadas con opresión.

- Sigue un grupo de 22 expresiones categorizadas como «simultaneidad de síntomas» (entre dos y seis síntomas), dentro de los cuales nueve son de naturaleza respiratoria.

- Quince expresiones tienden a reflejar poca importancia: «subvaloración del síntoma».

- Dentro de las narrativas se halló la categoría «onda o proceso» o fluido de hechos concatenados en un hilo sintomático que compromete importantes áreas del cuerpo con una frecuencia de nueve.

- Existe un pequeño pero importante grupo de expresiones totalmente atípicas que pueden relacionarse con aspectos culturales y experiencias previas asociadas.

- En cuanto al tiempo de duración del episodio, se encontró que fue menor de una hora en siete mujeres (46%); entre una hora y un día en tres (20%), permanente en dos (13,3%); tiempo inespecífico en tres (20%) y sólo tres personas consultaron inmediatamente. En cuanto al tiempo en que venían presentando la sintomatología, se encontró que dos personas (13,3%) lo habían venido experimentado entre un día y un mes, seis (40%) entre un mes y un año, cinco (33,3%) en un tiempo mayor de cinco años y dos (13,3%) en un tiempo inespecífico, y en lo relativo al tiempo de demora en pedir ayuda, siete mujeres (46,6%) respondieron no haber pedido ayuda, tres (20%) lo hicieron inmediatamente y 26,6% en el transcurso del primer día.

- Ocho mujeres (53,3%) consideran que su sintomatología fue generada por aumento de actividad física; una por herencia (6,6%) una por estrés y otra por angustia.

- Las modalidades de afrontamiento muestran coherencia con lo que las mujeres señalan como factor predisponente y se identifican las categorías de: «control de actividad física», expresadas en 19 referencias que señalan disminuirla. Este reposo se acompaña en forma importante de control de la respiración. Le sigue la «convivencia con el dolor» (14 referencias) y «comentando el síntoma con allegados» (13 referencias); el consumo de medicamentos o bebidas medicinales o agua se refiere en seis ocasiones y la consulta al personal de salud tan solo se expresó tres veces, lo cual hace evidente una tendencia a la adaptación a variables situaciones, consideradas, inclusive, como de riesgo.

En relación con la integración de roles, se observa lo siguiente:

- Mediana de integración de rol con tendencia a balance positivo, aunque moderado debido a que ni el nivel de satisfacción es tan alto como el nivel de estrés es significativo.

- La mayoría de las mujeres cumplen con el rol de cuidadoras y este es reconocido por ellas como tal; se encuentran en un balance positivo, también moderado, el cual es común frente a valores moderadamente positivos en estrés como en aquellos de satisfacción.

- En el ítem relativo a rol maternal, es evidente el alto nivel de satisfacción encontrado, acompañado de una mediana que tiende a ser alta en cuanto a estrés en el rol de madre, lo cual hace que la mediana de integración indique un balance pobremente positivo.

- Los roles de pareja y de ama de casa, exhiben los más bajos valores de integración; se relacionan con un nivel de estrés relativamente alto en la mayoría y teniendo en cuenta la edad de la muestra, posiblemente implica un rol de cuidadora de la pareja el cual está referido por la literatura como un agente estresante de importancia.

- En general, el valor de la integración de rol se encuentra igual o mayor que 5 en cinco mujeres (33,3%); entre 0 y 5, en siete (46,6%) y menor de 0, en tres (20%). Sólo una mujer que cumple cuatro roles señala que la angustia y la depresión son factores que desencadenan sus síntomas.

- Se observa que no es posible establecer ninguna relación entre el esfuerzo percibido, los MET alcanzados y los síntomas referidos; es evidente que la fatiga muscular es frecuente (40%); 33% son asintomáticas y 26% refieren dolor solo o combinado.

- Es frecuente que los términos utilizados por la mujer para describir sus síntomas, no concuerden en el aspecto lingüístico con sus mismas evaluaciones de intensidad expresadas en dimensiones cuantitativas; Existen variables entre lo referido en la entrevista abierta y posteriormente frente a la misma pregunta en la historia de salud dentro de la misma entrevista.

- No es posible establecer una exploración de relaciones entre el esfuerzo percibido, la fatiga muscular como síntoma y los MET alcanzados de manera individual.

- Indiscutiblemente es necesario analizar otros factores como edad, acondicionamiento físico por las actividades realizadas, etc., lo que hace impredecible alguna relación que facilite caracterizar con cierta especificidad el cuadro clínico del grupo, al menos teniendo en cuenta estos parámetros.

Recomendaciones

Este estudio plantea la base para continuar dentro de la línea de investigación «Cuidado a la mujer con dolor torácico» de la facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, con otros en la misma temática en los cuales exista una evidencia con mayor sensibilidad y especificidad de la enfermedad coronaria en la mujer; específicamente arteriografía coronaria positiva.

Es necesario, de igual manera, hacer un acercamiento a esta experiencia de la mujer a través de abordajes fenomenológicos que aporten mayor información acerca de los motivos que generan esta tipología expresiva y las aparentes contradicciones observadas dentro de la información.

Se requiere desarrollar estudios similares, mediante protocolo unificado en variables grupos de mujeres desde lo cultural y otros comparativos entre géneros.

Los resultados de estos estudios deben discutirse ampliamente para dilucidar nuevos conceptos asociados al cuadro sintomático de enfermedad coronaria y las posibles diferencias de género en el cuadro clínico y su característica forma de expresión.

Es indispensable fortalecer los convenios docente-asistenciales que aportan al desarrollo disciplinario y científico interinstitucional y que garantizan una permanente tendencia a la cualificación del cuidado de enfermería y a la atención en general que se le brinda al gran grupo de pacientes cardiovasculares.

Bibliografía

1. Disponible en: www.Dane.gov.co. Defunciones por grupos de edad y sexo 2002-2003. Según causas agrupadas 6/67CIE-10 (Basada en lista 6/66 de OPS).
2. Miller CL. Cue sensitivity in women with cardiac disease. En: *Progress in cardiovascular nursing*. Summer 2000. p. 82.
3. Salas SS, Alzaga MT, Landeros OE, Chávez DR. Testimonios de la mujer con angina. *Índex de Enfermería* 2003; 12 (42): 9-13.
4. Cadwel M, Miasowski C. The symptom experience of angina in women. *Nursing* 2000; 1 (3): 69-78.
5. Miller CL. Cue sensitivity in women with cardiac disease. En: *Progress in cardiovascular nursing*. Summer 2000. p. 84-88.
6. Johnson D. Coronary microvascular dysfunction is highly prevalent in women with chest pain in the absence of coronary artery disease: results from the NHLBI wise study. *Am Heart J* 2001; 141: 7735-41.
7. Krippendorff K. Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica. Traducción de Leandro Wolfson. Capítulo 13. Validez. Ediciones Paidós; 1990. p. 228-249.
8. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. Capítulo 9: Recolección de datos. Mc Graw Hill; 1999. p.293.
9. Krippendorff K. Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica. Traducción de Leandro Wolfson. Capítulo 4: La lógica del proyecto de análisis de contenido. Ediciones Paidós; 1990. p. 79.
10. DeVon H, Johnson J. The symptoms of instable angina: Do women and men differ? *Nursing Research* 2003; 52 (2).
11. Zucker DR, et. al. Citado por: DeVon H, Johnson J. The symptoms of instable angina: Do women and men differ? *Nursing Research* 2003; 52 (2).
12. De la Cuesta-Benjumea C. Las mujeres y el manejo de un síntoma: de la valoración a la selección. *Salud Pública Mex* 1999; 41: 124-129.
13. Barbosa G, Castañeda J, Cruz P. Validez de contenido del instrumento «Protocolo de integración del rol de la mujer modificado». Trabajo de grado. Especialización en Enfermería Cardiorrespiratoria. Universidad Nacional de Colombia; 2002. p.18.
14. Baruch G, Barnett R. Role quality, multiple roles involvement, and psychological well-being in midlife women. *J Personality Soc Psicol* 1986; 51: 578-585.
15. Meleis A, Norbeck J. Role integration and Health among females clerical workers. *Research Nursing Health* 1989; 12: 355-364.