

Tipificación del síntoma dolor torácico tipo isquémico en la mujer, a la luz de la teoría de los síntomas desagradables

Categorization of the symptom thoracic pain type ischemic in the woman to the light the theory of unpleasant symptoms

LUIS ALBERTO CORTÉS CASTRO*

Resumen

La enfermedad coronaria ocupa el primer lugar como causa de mortalidad en la población femenina en Colombia (1) y constituye un problema de salud que implica deterioro de la calidad de vida de esta población.

El objetivo del estudio fue tipificar los síntomas del dolor torácico isquémico en la mujer, a la luz de la teoría de los síntomas desagradables. Su diseño fue descriptivo exploratorio con abordaje cualicuantitativo. Información recolectada a través de una entrevista semiestructurada; muestra conformada por la información aportada por 30 mujeres a quienes se les diagnosticó angina inestable o infarto agudo de miocardio en el Hospital San Rafael y en la Clínica San Sebastián de Girardot de julio a noviembre de 2005.

Los resultados mostraron mujeres entre 50 y 95 años, la mayoría clasificadas en estrato y nivel de escolaridad bajos. En cuanto al factor fisiológico, los antecedentes patológicos de origen cardiovascular más representativos fueron la hipertensión seguida de la diabetes.

Dentro de los factores psicológicos la categoría más representativa en frecuencia fue “lo que la mujeres creen y co-

nocen acerca del síntoma y la enfermedad” y en Factores situacionales “el calor me afecta”.

En la dimensión de calidad, la categoría destacada fue “gran compromiso del ser”. El síntoma fue referido con una intensidad severa en el 93% de los casos, y el promedio en calificación fue 9,48 en escala visual análoga.

Dentro de las consecuencias del síntoma la más representativa fue “controlando la actividad física”. Los síntomas más frecuentes fueron “vómito”, “mareo” y “dolor de cabeza”.

Se observa un cuadro sintomático expresado con riqueza lingüística, que muestra procesos concatenados dentro de su experiencia de salud, lo cual permite comprender mejor su situación para dar un cuidado pertinente.

Palabras clave: coronariopatía, síntomas, mujeres (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Coronary heart disease is the first cause of mortality among Colombia's female population (1) and constitutes a health problem that implies deterioration of the quality of life of this group.

The objective of this study was to categorize the ischemic thoracic pain in women in light of the theory Of Unpleasant Symptoms. The study was designed to be descriptive-exploratory with a qualitative-quantitative approach. The information was collected by means of a semi-structured interview and samples as gathered with

* Enfermero, Universidad de Antioquia. Especialista en Cuidado crítico, Universidad Javeriana. Magíster en Enfermería con énfasis en cuidado cardiovascular, Universidad Nacional de Colombia, 2006. Profesor de la Universidad de Cundinamarca de Girardot. E-mail: luis-cortes-castro@hotmail.com

Recibido: 06-12-06

Aprobado: 30-11-07

information supplied by 30 women who were diagnosed with unstable heart pain or acute heart attack at San Rafael Hospital and at San Sebastián Clinic in Giradot from July to November 2005.

The results showed women between 50 and 95 years of age, the majority classified to be within a low social class and level of education. As to the physiological factor, the most representative pathologic background from cardiovascular origin was high blood pressure, followed by diabetes.

Within the psychological factors, the most representative category in frequency was “what women believe and know about the symptoms and the disease” and in the situational factors “heat affects me”.

In terms of the quality dimension, the outstanding category was “major commitment with being a human being”. The symptom was referred to a severe intensity in 93% of the cases, and the average grade was 9,48 in a visual analogue scale.

Within the consequences of the symptom, the most representative was “Controlling physical activity”. The most frequent secondary symptoms were “vomit”, “dizziness” and “headache”.

A symptomatic profile is observed, which is expressed with a linguistic richness and that shows concatenation processes within her health experience that enables us to understand her situation better and consequently to provide adequate care.

Key words: Coronary disease, Symptoms, Women.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad coronaria que hace parte de las enfermedades crónicas no transmisibles constituye la segunda causa global de muerte en el país y la primera en el grupo femenino (según DANE 2001-2002); ésta se relaciona con un largo historial de antecedentes personales y familiares que constituyen factores de riesgo que van determinando cambios en el estado de salud y, como consecuencia, en otros ámbitos como el familiar o el laboral, lo que obliga a desarrollar diversas formas de adaptación en la vida cotidiana. Por otro lado, el abordaje del personal de salud y específicamente el de enfermería sigue aún los lineamientos del modelo biomédico a través de parámetros dirigidos al manejo de la enfermedad y no a la comprensión de la situación de salud del individuo en su contexto.

Para la enfermería es indispensable que sus esfuerzos se orienten hacia el enfoque del cuidado de la

experiencia de salud humana, que constituye su paradigma y favorece una comprensión amplia acerca de esta situación e identifica las diferencias individuales, culturales y de género que pueden coexistir frente a un mismo evento de salud.

La literatura señala diferencias de género en la presentación de las diferentes expresiones de enfermedad coronaria, tales como la mayor edad de presentación, la severidad, el retardo en la identificación de los síntomas en la mujer, demora en consultar y en la atención por inespecificidad semiológica, entre otros, menor número de medios diagnósticos ordenados, y por tanto, tratamiento más tardío y con resultados más pobres, deteriorando el pronóstico de calidad de vida de este importante grupo. Lo anterior puede estar relacionado con un abordaje de la paciente basado en la sintomatología típica masculina; por consiguiente, los protocolos de manejo existentes no tienen en cuenta las posibles diferencias de género, y esto da lugar a valoraciones inadecuadas.

Para la disciplina de enfermería, y específicamente para la sublínea de investigación Cuidado a la mujer con dolor torácico, constituye una necesidad contar con una teoría de enfermería que ofrezca un marco de referencia, estructure conceptos y especifique las relaciones entre los mismos; es posible a través de ella hacer una descripción organizada y categorizada de factores influyentes en la presentación de la angina, al igual que de las dimensiones de los síntomas presentados y sus consecuencias con base en las exploraciones obtenidas en la comunicación expresadas por las pacientes. Las manifestaciones verbales de las mujeres una vez analizadas y decantadas mediante una valoración apropiada proveen datos que sirven a la comunidad de enfermería, del área de la salud y a la mujer en general.

Se espera que con el enriquecimiento de este conocimiento, se contribuya a la prevención de evaluaciones inadecuadas y por tanto se reduzca el déficit en el tratamiento y cuidado de mujeres con dolor torácico de tipo isquémico; esto resultará en un tratamiento más oportuno de la mujer con enfermedad coronaria.

OBJETIVO GENERAL

Describir la tipificación del síntoma dolor torácico isquémico en la mujer, a la luz de la teoría de los síntomas desagradables.

OBJETIVOS CONTRIBUTORIOS

- Identificar cuál es la tipificación del síntoma dolor torácico isquémico en la mujer en relación con los factores fisiológicos.
 - Identificar cuál es la tipificación del síntoma dolor torácico isquémico en la mujer en relación con los factores psicológicos.
 - Identificar cuál es la tipificación del síntoma dolor torácico isquémico en la mujer en relación con los factores situacionales.
 - Identificar las dimensiones de los síntomas asociados al dolor torácico de tipo isquémico en la mujer.
 - Identificar las consecuencias del dolor torácico de tipo isquémico en la mujer.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio tiene un diseño descriptivo, exploratorio, transversal con abordaje cualicuantitativo. Se llevó a cabo en dos instituciones hospitalarias de la ciudad de Girardot (Hospital San Rafael y Clínica San Sebastián).

La población y muestra fue conformada por 30 mujeres con dolor torácico de origen isquémico hospitalizadas en el Hospital San Rafael y la Clínica San Sebastián de Girardot, con diagnóstico de angina inestable o infarto durante el segundo semestre (julio a noviembre) de 2005, que cumplieran con los criterios de inclusión y que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de inclusión:

- Mujeres con diagnóstico definitivo y confirmado por evidencia clínica (síntomatología, cambios específicos electrocardiográficos, enzimas cardíacas) de angina inestable o infarto agudo del miocardio.
 - Hemodinámicamente estables.
 - Con nivel de comunicación oral adecuado.

La información se recolectó mediante una entrevista semiestructurada organizada a partir de una guía

temática basada en la teoría de los síntomas desagradables de Lenz y colaboradores (1997) con 23 ítemes.

ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

El estudio se circunscribió en el marco legal vigente para las investigaciones en personas en Colombia, Resolución número 8430 de octubre 4 de 1993, según la cual fue clasificado como de baja complejidad por no presentar riesgo para la salud humana; contó con el consentimiento informado por escrito del sujeto de investigación para dar cumplimiento al artículo respectivo.

PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Una vez recolectada la información, los resultados se organizaron en tres partes teniendo como guía la teoría de los síntomas desagradables de Lenz y colaboradores en cada uno de los elementos que la componen (factores influyentes, dimensiones del síntoma y consecuencias del síntoma) para lo cual se distribuyó la presentación en la siguiente secuencia:

1. Cálculo de frecuencias para información demográfica, otra mediada por instrumentos, como la escala visual análoga (VAS), localización en el esquema del cuerpo humano parte anterior y posterior.

2. Para el estudio de las respuestas correspondientes a preguntas abiertas, se desarrolló el Análisis de contenido; este constituye una técnica para estudiar y analizar la comunicación de una manera objetiva, sistemática y cuantitativa (2); está contemplada desde el punto de vista metodológico dentro de los estudios cuantitativos y cualitativos. Se desarrolló esta técnica para cada una de las respuestas en forma individual y luego grupal en la siguiente forma:

- Identificación de variables o códigos: en este caso, dadas por la teoría, y orientadas a través de los objetivos específicos: Factores influyentes, Dimensiones del síntoma y Consecuencias del síntoma.

- Determinación de las unidades de análisis: en este caso, se tomaron las unidades temáticas del texto transcrito de las narrativas, las cuales “se identifican por su correspondencia con una definición estructural particular del contenido de los relatos, explicaciones e interpretaciones” (3).

- **Identificación de categorías:** las categorías se determinaron por la teoría disponible o como “categoría emergente” emanada del texto o narrativa.

- **Muestreo:** constituido por los códigos sustantivos o frases que expresan el tema dentro de la misma entrevista y dentro de la información total.

- **Análisis:** se identificaron los aspectos o ideas más notables dentro del análisis de contenido de cada una de las respuestas. Una vez realizado este paso, se procedió a cuantificar casos en cada categoría y se jerarquizó el material según su frecuencia de presentación.

3. Exploración de relaciones entre datos cuantitativos donde se utilizaron frecuencias y cualitativos y se realizó análisis de contenido.

Debilidades del diseño

El tratamiento de la información a través del análisis de contenido puede tener debilidades relacionadas con la objetividad del investigador en la interpretación e identificación de categorías, lo cual se manejó mediante el análisis por parte de dos investigadores en forma independiente.

RESULTADOS

1. Descripción demográfica del grupo estudiado

Se entrevistaron 30 mujeres con un rango de edad de 45 a 95 años, de las cuales el 20% (6) oscilaba entre 45 a 59 años en tanto que el restante 80% (24) tenía una edad superior a 60 años. El 36,6% de las mujeres eran viudas, el 20% casadas, otro 20% solteras, el 10% separadas y otro 10% vivía en unión libre.

El 70% de las mujeres pertenecía a estratos bajos (1 y 2), el 26,6% al estrato 3 y el 3,4% al estrato 5. El nivel de escolaridad en general era bajo: solo el 23,3% tenía primaria completa y el 16,6%, bachillerato completo.

El 60% de las mujeres convivía con sus hijos y solo el 23,4% con su pareja.

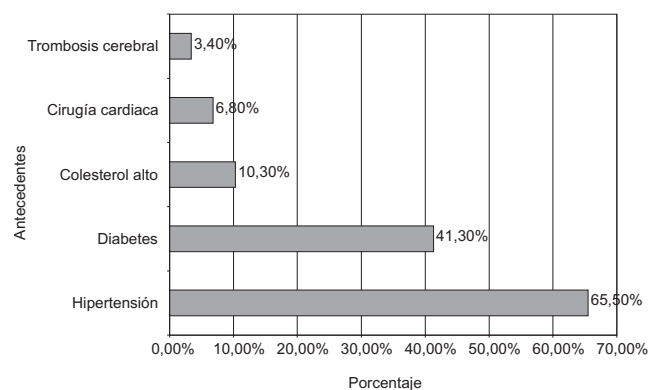
El 86,6% desarrollaba actividades en el hogar y eran amas de casa, en tanto que el 13,4% trabajaba para satisfacer sus necesidades económicas y laboraban como comerciantes en el sector informal, especialmente

en la compraventa de productos alimenticios; de estos un caso (3%) tiene un trabajo formal y contrato laboral vigente.

2. Tipificación del síntoma dolor torácico isquémico en la mujer

2.1 Tipificación según factores fisiológicos

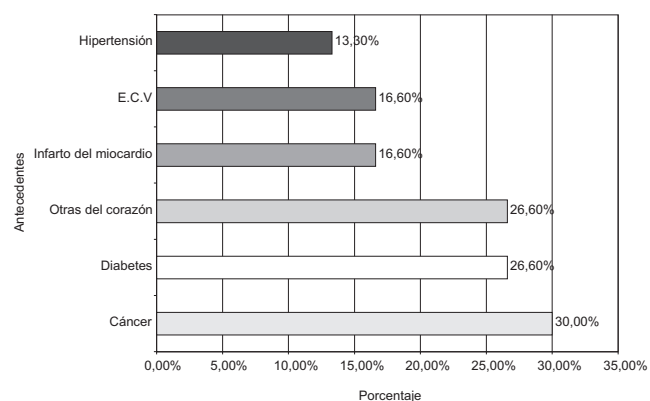
Antecedentes patológicos personales. La gráfica 1 muestra que los antecedentes que más predominaron fueron aquellos de origen cardiovascular y el primer lugar lo ocupa la hipertensión con un 65,5% (19), seguido por diabetes, 41,3% (12), colesterol alto, 10,3% (2), cirugía cardiovascular, 6% (2) y por último la trombosis cerebral asociada con un caso (3,4%).



Gráfica 1. Antecedentes patológicos personales de las mujeres con dolor torácico tipo isquémico de origen cardiovascular

Antecedentes familiares. En la gráfica 2 se puede observar que entre los antecedentes de origen familiar se destaca el cáncer, 30%, la diabetes y enfermedades inespecíficas cardíacas, con un 26,6% cada una, seguidas por el infarto, el accidente cerebrovascular y la hipertensión, que solo se refirió en un 13,3% (4).

Actividades que estaba realizando cuando se presentó el dolor. El 30% de las mujeres que presentaron dolor torácico, manifestó estar realizando actividades de bajo esfuerzo: en reposo, sentada, acostada o mirando televisión. Otro 30% informó que se encontraba realizando actividades de mediano



Gráfica 2. Antecedentes patológicos familiares de las mujeres con dolor torácico tipo isquémico de origen cardiovascular

esfuerzo, como caminar, rociar plantas, brillar ollas y demás de la vida diaria y del autocuidado, como el comer, el baño diario, y recreativas como jugar parkés. El restante 40% refirió desarrollar el dolor o la sintomatología al realizar acciones como subir y bajar escaleras, caminar, lavar, barrer y trapear.

2.2 Tipificación según factores psicológicos

Al evaluar el factor psicológico se tuvieron en cuenta el estado mental, la reacción afectiva frente a la enfermedad, los posibles significados y el nivel de ansiedad o depresión. Aparecieron las siguientes categorías con sus respectivas frecuencias:

- Lo que las mujeres creen y conocen acerca del síntoma y la enfermedad (17): “Pues yo pienso que es del corazón”.
- Lo que les dicen a las mujeres (15): “Me dicen que es del corazón”.
- La identificación de la necesidad de pedir ayuda (11).
- Lo que las mujeres no saben (7).
- La identificación de la necesidad de cambio (5).

Llama la atención el hecho de que en el ámbito del conocimiento femenino tienen un gran peso las diferentes interpretaciones culturales, sus propias interpretaciones acerca del síntoma y la posible enfermedad, y la importancia que tiene el conocimiento lego.

2.3 Tipificación según los factores situacionales

Se identificó que la mayoría de las mujeres, 86,6% (26) desarrollan actividades en el hogar y son amas de casa; allí realizan actividades de la vida diaria relacionadas con su autocuidado y el del hogar, y por consiguiente no reciben remuneración alguna; un 10% (4) trabaja para satisfacer sus necesidades económicas y labora como comerciante en el sector informal. Ellas desempeñan varios roles, sea como esposa, madre, compañera o amiga; el apoyo que reciben especialmente es ofrecido por el núcleo familiar; sin embargo se puede identificar que un número alto y significativo carece de una relación afectiva marital pues son viudas, separadas o solteras. Respecto a su afiliación a la salud, todas tienen algún tipo de afiliación al sistema. Solo se identificó una categoría denominada “El calor me afecta”, con una frecuencia de 8.

Como se puede observar, la mayoría de mujeres durante su enfermedad desarrolla cualquier tipo de actividad con predominio de las del hogar, reciben apoyo y algunas carecen de relación marital.

3. Dimensiones de los síntomas asociados al dolor torácico de tipo isquémico en la mujer

Según la teoría de los síntomas desagradables, las dimensiones del síntoma son la intensidad, la duración, la angustia y la calidad.

3.1 Dimensiones del síntoma calidad

La calidad incluye la localización o sitio, la irradiación del dolor, nombre que la mujer le da al sitio de la sensación dolorosa, las palabras con las que expresa o manifiesta la sensación del dolor torácico y síntomas simultáneos. Las categorías con las frecuencias que sobresalieron fueron:

- Gran compromiso del ser (13). “Una opresión muy intensa, no sé cómo se llamaría ese dolor pero eso ya era muy cruel”.
- Cascada de síntomas (10). “Primero fue como una borrachera, dolor muy extenso en donde pierdo el

sentido y después mucho vómito, ahogada, no tenía respiración”.

- Síntomas gastrointestinales (8).
- Subvalorando una gran sensación (7). “Es un dolorcito que no me cabe y se me queda ahí”.
- Vínculo o conexión entre manifestación y afrontamiento del síntoma (6).
- El dolor como sensación de agresión (6).
- Síntoma como proceso creciente (5).
- El dolor expresado como opresión (5).
- Desconexión con el entorno vital (4).

Sitio o localización del dolor

El sitio o localizaron del dolor contempla tres aspectos: el sitio, la irradiación y la denominación del sitio.

Sitio señalado. El 53,2% (16) de las mujeres lo ubica en el tórax anterior; el 39,9% (12) lo describe en el abdomen parte superior, en tanto que solo el 6,8% (2) lo refiere en zonas múltiples como el antebrazo, tórax y cuello o en escápula, tórax y hombro.

Irradiación del dolor. Las mujeres señalan que el dolor se irradia hacia el tórax posterior: 52,8%, y el 6,6% lo señala hacia el brazo izquierdo.

Denominación del lugar del dolor. El 33,3% de las mujeres denomina al sitio doloroso como pecho, el 20% lo señala como corazón, en tanto que el 6,6% lo indica como úlcera, pecho o espalda, estómago, esternón y tórax. El 3,3% lo señala en el tórax izquierdo, al lado izquierdo y pecho y espalda. Se destaca la ubicación abdomen superior y escápula izquierda.

3.2 Dimensión del síntoma: intensidad

La intensidad del síntoma está integrada por la cantidad del dolor, su frecuencia y la asociación. La intensidad fue valorada por medio de una escala visual análoga de 10 puntos.

Cantidad de dolor. La intensidad del dolor fue referida por las mujeres en el 93,4% como severa con un promedio de 9,48 cm en escala visual análoga de 10 cm. El 6,6% de las mujeres lo consideró moderado y lo calificó en promedio con 6,25 cm.

3.3 Dimensión del síntoma: distribución en el tiempo

La duración incluye el tiempo que dura el episodio doloroso y el tiempo que lleva experimentando el dolor.

Frecuencia del síntoma referido. El tipo de dolor referido por las mujeres con dolor torácico indica que la mayoría, 66,6% (20) lo clasifica como permanente o continuo, en tanto que el resto del porcentaje, 33,3% (10) lo cataloga como intermitente.

Duración del síntoma referido por la mujer. En cuanto a la duración del dolor, el 40% de las mujeres refirió que duraba hasta 30 minutos; según otro 40% duró menos de 6 horas.

3.4 Dimensión del síntoma: angustia y/o desazón

La dimensión angustia fue interpretada por medio del análisis de contenido, y se desprendieron las siguientes categorías con sus respectivas frecuencias:

- Angustia (12)
- Pensamientos relativos a la muerte (10)
- Incomodidad por el dolor (10)

Pese a que las mujeres subvaloran el síntoma, la mayoría lo valoran dentro de un alto grado de severidad.

4. Consecuencias del síntoma

Las consecuencias del síntoma incluyen actividades cognitivas y actividades funcionales. Las primeras presentan la concentración, el pensamiento y la resolución de problemas, en tanto que entre las funcionales se encuentran las actividades físicas, de la vida diaria, las sociales de interacción y realización del papel incluyendo el trabajo. Las categorías y sus frecuencias resultantes son:

- Controlando la actividad física (19)
- Incapacitada por el síntoma (16)
- Conviviendo con el síntoma (10)
- Aumentando los olvidos (10)

Como es natural, la presentación del síntoma genera limitaciones en la actividad, lo que a su vez altera el rol que viene desempeñando la persona: a su vez, la respuesta es controlar la intensidad de actividad física para evitar

el síntoma y esto cierra el círculo vicioso enfermedad-factor de riesgo (sedentarismo). Llama la atención la alta frecuencia de referencias relacionadas con la convivencia con el síntoma que incluiría tanto la primera referida, como la señalada “conviviendo con el síntoma”.

5. Discusión de los resultados

Respecto a la edad de las mujeres cuyo mayor porcentaje, 80%, tiene una edad superior a 60 años, Caldwell (4) afirma que las mujeres con enfermedad coronaria tienen mayor riesgo a medida que presentan mayor edad. Por su parte, Caraballo (1998) (5) confirma que la morbilidad por enfermedad coronaria en la mujer puede ser consecuencia de la mayor edad en el momento de los síntomas, al igual que esto se relaciona con la mayor severidad.

En cuanto a la convivencia de las mujeres, los datos sugieren que los hijos son una fuente de apoyo familiar; además la mayoría de ellas son amas de casa y su labor socialmente no es reconocida. Tal actividad implica consumo de energía, gasto físico, lo cual puede influir en su condición general y en su salud cardiovascular.

Como la mayoría de mujeres provienen de estratos socioeconómicos bajos, tienen carencia de recursos económicos que faciliten su autocuidado, por lo que socialmente están más expuestas a pasar dificultades y necesidades en situaciones de enfermedad cardiovascular.

Factores determinantes: fisiológicos

En cuanto a los antecedentes patológicos personales, el primer lugar fue ocupado por la hipertensión, seguido de la diabetes; esto se relaciona con el estudio de Framingham (6) en donde se reportó que el factor de riesgo más importante para el desarrollo de todas las formas de enfermedad cardiovascular para ambos sexos entre los 35-64 años de edad, es la hipertensión. Sin embargo, la prevalencia de hipertensión en mujeres es mayor y, por tanto, la aparición de infartos subsecuentes. Al parecer el porcentaje de las mujeres diabéticas es superior al de los varones (7), y se convierte en un factor que aumenta más el riesgo de enfermedad coronaria en las mujeres que en los varones; la

prevalencia de la diabetes en adultos mayores de 45 años, favorecida por la obesidad, sigue siendo mayor en las mujeres. Se ha encontrado que el control óptimo sobre la diabetes disminuye la disfunción microvascular, la frecuencia de las complicaciones cardíacas y retrasa su aparición (7).

En cuanto a los antecedentes familiares, se pudo observar que el cáncer, la diabetes y las enfermedades inespecíficas ocuparon los primeros lugares. Al respecto Miller (2000) informa que los antecedentes de infarto de familiares de mujeres en primer grado de consanguinidad son asociados a enfermedad cardíaca 2 a 5 veces más que en las mujeres que no tienen este factor (8).

Respecto a las actividades que desarrollaban las mujeres cuando presentaron la sintomatología, la mayoría informa actividades de alto y mediano esfuerzo. En un estudio realizado en México, en el proyecto Síntomas en mujeres con angina (9), al indagar qué causaba el dolor, las mujeres respondieron: “Labores domésticas como lavar, trapear, barrer, caminar rápidamente, cargar cosas pesadas; por el contrario, otras lo desarrollaban en reposo, acostadas, de ocurrencia súbita. Al preguntar por los problemas y las emociones, manifestaron que los problemas las predisponían, también por el estrés”.

Factores determinantes: psicológicos

Las mujeres aparentemente han recibido información de su situación en salud por parte de personal de salud y exhiben la tendencia a repetir las palabras que han escuchado y que se refieren a su condición. Saben que el padecer del corazón es algo grave, de gran riesgo y lo relacionan con otras patologías como la hipertensión, el preinfarto, la angina o situaciones relacionadas con el exceso de trabajo y ejercicio. Para Lockyer (2004) (10), las ideas de las personas sobre su condición en salud pueden provenir de los medios de comunicación, de los informes científicos y de los informes de la enfermedad de la familia, amigos y vecinos. Por otra parte, expresan desconcierto de su situación, crean interrogantes sobre su estado de salud, pronóstico y recuperación; se presentan reservadas sobre su enfermedad y

síntomas. Igualmente las mujeres encuentran varias causas del dolor, identifican la afección en uno o más órganos, y también hacen referencia al funcionamiento circulatorio, a los cambios en el estado emocional y a actividades de la vida diaria y a esfuerzos.

Con sus expresiones, las mujeres reconocen que la enfermedad produce limitaciones y señalan algunas medidas de autocuidado y hábitos para modificar: estas medidas se dirigen a los factores referidos por ellas mismas como factores causales o asociados.

La categoría más representativa del factor psicológico estuvo en “lo que las mujeres creen y conocen acerca del síntoma y la enfermedad”, “creo que del corazón”, “se me tapan los vasitos”. Los elementos contenidos en esta categoría tienen similitud con los resultados del estudio de Salas Segura (6), quien afirma que al indagar lo que causaba el dolor, las mujeres de su estudio respondieron “labores domésticas como lavar, trapear, barrer, caminar rápidamente...”; en cuanto al significado que le daban al síntoma, manifestaban que “podía ser de un infarto, que fueran las arterias tapadas, que no me llega sangre al corazón...”.

De la Cuesta (1999) señala que “la experiencia de la enfermedad hace parte de un proceso en donde la toma de decisiones es comprendida por autovaloración; se intenta interpretar el significado del síntoma atribuyéndole importancia y clasificándolo determinando la necesidad” (11). A su vez, la interpretación se estructura sobre los conocimientos aprendidos formalmente o como rasgos culturales del grupo social al que pertenece, lo que da pautas para enfocar procesos educativos individuales y comunitarios en forma pertinente.

Factores determinantes: situacionales

La mayoría de las mujeres, 86,6%, desarrollan actividades en el hogar, son amas de casa, allí realizan actividades de la vida diaria relacionadas con su autocuidado y el del hogar, y por consiguiente no reciben remuneración alguna; un 10% trabaja para satisfacer sus necesidades económicas y labora como comerciantes en el sector informal. Ellas desempeñan varios roles, sea como esposa, madre, compañera o amiga; el apoyo que reciben especialmente es ofrecido por el núcleo

familiar; sin embargo se puede identificar que un número alto y significativo carece de una relación afectiva marital pues son viudas, separadas o solteras.

Dimensiones del síntoma dolor torácico: calidad

Las mujeres expresan que el dolor es una experiencia desagradable que la compromete profundamente en su comportamiento y vivencia; la expresión literaria es rica en adjetivos y metáforas, señalando una urgente intención de hacer saber al otro acerca de su experiencia. Por otra parte es contradictorio, dado que pueden expresar el gran impacto del síntoma y luego referirse a este con palabras que le restan importancia; la categoría es subvalorando una gran sensación “como un dolorcito”, “unas picaditas como unas punzaditas”. Las expresiones de las mujeres indican que el dolor se presenta en forma gradual y progresiva: “Dolor apretado porque así me principia, me principia un dolorcito y así se me va aumentando apretado”; “me principia como un dolorcito lento, lento, hasta que ya después siento que ya no aguanto”, y los síntomas referidos se presentan en secuencialidad o cascada acompañados o asociados a otros síntomas. El dolor, por su parte, se torna indescriptible, altera el bienestar, las hierde e incomoda; es expresado como opresión y puede estar acompañado de síntomas gastrointestinales.

En cuanto al sitio señalado, los datos fueron similares a los de Salas Segura (2003) (9), quien encontró que a la hora de referirse a la localización, las mujeres ubican el dolor en el tórax (pecho, espalda y precordio), también en el brazo izquierdo, mandíbula y garganta. Para el caso que nos ocupa, el 53,2% ubica el dolor en el tórax anterior, y de ellos el 36,6% en el tórax superior izquierdo; solo el 10% en el tórax inferior izquierdo.

Respecto a las palabras que utiliza la mujer, se presentó con mayor frecuencia el dolor, seguido en su orden por dolorcito, fuerte, opresivo, tremendo, muy duro, pincha como aguja, agudo, cruel, extenso, horrible, ardor, ardiente, ahorcaba y reventaba. Con estas palabras, las mujeres ofrecen una idea de lo que sienten, pero casi nunca lo pueden definir con una sola palabra, y

generalmente lo plantean en su propio contexto, específicamente lo describen como un proceso. Caldwell (2000) (4) al respecto informa que la angina es frecuentemente percibida por actividad y aliviada por descanso; sin embargo, solo el 30% percibió el dolor en reposo; un número alto de personas (32%) de la población refirió experimentar síntomas atípicos de angina incluyendo dolores localizados en el pecho izquierdo, abdomen, espalda o brazo, en la ausencia de dolor en el pecho medio; un dolor que se caracteriza por ser agudo o pasajero en carácter, palpitaciones sin dolor en el pecho y un repetido o prolongado dolor que no guarda relación con el ejercicio físico y que no se alivia con la administración de nitroglicerina o el descanso, pero sí por antiácidos. Llama la atención el bajo porcentaje en el sexo femenino que manifiesta dolor en el tórax izquierdo inferior, siendo un síntoma típico del sexo masculino.

Dimensiones del síntoma: intensidad

Respecto a la cantidad de dolor, al comparar estos datos con los reportados por el proyecto Testimonios de la mujer con angina (9), aunque no fue utilizada la escala visual análoga, el estudio reportó la intensidad de su fuerza en forma descriptiva; ellas “referían que era muy leve, otras muy fuerte, moderado, extremo”. Frente a la cantidad decían “bastante, muy feo, un dolorcito”. La duración variaba de 10 minutos a una hora, en tanto que, por el contrario, unas lo referían con duración de “unos segundos”. Llama la atención que la mayoría clasificó el dolor como de rango alto; en general lo describen como muy comprometedor, pero no les limita las actividades que están haciendo hasta suspenderlas y tampoco consultan prontamente. Además se refieren a este con diminutivos.

Dimensiones del síntoma: distribución en el tiempo

Los resultados de la dimensión Distribución en el tiempo son significativos en la medida que el 60% de las mujeres presenta dolor, siendo este superior en duración a una hora, lo que podría indicar que su situación de salud puede agravarse no solo por falta de atención, sino por las complicaciones en la lesión del tejido miocárdico;

ahora en caso de requerirse trombolización como medida terapéutica, el 80% (24) se podría usar en ellas.

Dimensión angustia y/o desazón

En las mujeres el dolor trastorna el estado emocional y de ánimo. Por lo general refieren estar desesperadas, agitadas, asustadas, lo cual les quita la tranquilidad y produce angustia por el miedo a lo desconocido. La angustia aparece en la medida en que las mujeres carecen de experiencia sobre la sensación dolorosa; por otra parte manifiestan angustia no solo a lo desconocido sino temor a la muerte, más aún cuando reconocen que el dolor proviene de un órgano tan vital como el corazón; “es un ataque de muerte porque con el corazón no se juega”, “sé que me voy a morir”. El dolor y los síntomas asociados hacen que las mujeres utilicen cambios posturales incluso de alta intensidad: “Me sentía muy incómoda, me tocó sentarme y levantarme”, “me dan ganas de sentarme, me acostaba boca abajo, me acostaba boca arriba, si como un desespero”, como medida de afrontamiento; con esto se pretende alivio a la dolencia. Se reconoce que la duración puede variar y también estar relacionada con la angustia. Es importante identificar que durante este tipo de movilización, se puede generar mayor descompensación en la perfusión miocárdica, llevando a mayores daños: señala un área de educación extremadamente importante.

Consecuencias del síntoma

La mujer ante el síntoma doloroso asume conductas que se relacionan con el reposo (la disminución de la actividad física para la locomoción y el desplazamiento). A pesar de todas las limitaciones que le produce el síntoma, continúa con su labor y toma medidas como el reposo y la disminución de esfuerzos, y se aferra a sus creencias que son tenidas en cuenta por sus allegados. Algunas refieren la disminución de habilidades operativas, tienden a sentir desprotección y pérdida de su vitalidad, lo cual influye incluso en su relación de pareja, resultado de su condición patológica. Otras, en cambio, manifiestan olvidos en el desarrollo de sus actividades diarias; algunas aducen los cambios en su

capacidad para recordar las características y los cuidados a su enfermedad y envejecimiento. Unas informan que su memoria es normal; otras manifiestan tener concepciones previas por su experiencia, y asumen que los olvidos involuntarios son consecuencia de su enfermedad y su proceso del envejecimiento.

Se observa en general que tiene gran impacto la presencia de los síntomas para la vida cotidiana de la mujer, pues interfiere en sus diferentes roles y autopercepción en su proceso vital.

EXPLORACIÓN DE RELACIONES

Por interés del autor del presente estudio, a continuación se presenta una serie de exploraciones y reflexiones acerca de relaciones en los datos obtenidos, con el ánimo de dejar planteadas posibles hipótesis.

Dimensiones del síntoma dolor torácico isquémico: calidad y factor fisiológico. El dolor torácico que presentan las mujeres tiende a producir gran compromiso del ser al afectar varias esferas humanas; se presenta un compromiso mayor al sentir presión e impedirles respirar; los síntomas simultáneos de importancia son las náuseas y la sensación inminente de hacer deposición; sin embargo, subvaloran el dolor.

También existe desconexión con su entorno vital y posiblemente por bajo gasto puede ocasionarles mareo y pérdida de la conciencia. Teniendo en cuenta las expresiones de la mujer, se nota que el dolor aparece relacionado en un alto porcentaje con la actividad: significativo que un 30% presenta dolor en reposo, lo cual señala la gravedad de su situación.

Cabe señalar el hecho de que las mujeres presentan un perfil de riesgo cardiovascular que ampliamente se ha dado a conocer a través de los medios de comunicación; además presentan una sintomatología muy comprometedoras; sin embargo, esto no hace que consulten rápidamente, ya que el 53,4% señaló que venía presentando el síntoma en un tiempo mayor a dos meses. Siendo un grupo de mujeres en su mayoría adultas mayores, con ocupación primordialmente en el hogar, es posible que hayan utilizado medidas de autocuidado según sus creencias y según el conocimiento derivado

de los proveedores de salud y otros de tipo lego, especialmente este último grupo.

El subvalorar el dolor se ve reflejado en la tendencia de indicarlo con palabras que le restan importancia a pesar de su gran magnitud, y en algunos casos su sentir doloroso es señalado en forma atípica y poco explicable. Sin embargo, ellas también reconocen que este se presenta como una gran sensación, que rememora agresión, compromete la comodidad, altera el bienestar, algunas veces puede ser indescriptible y manifestarse en forma creciente, gradual y progresivo, y generalmente se acompaña de otros síntomas en forma de cascada. El afrontamiento y manejo de la sensación dolorosa depende de las creencias, las experiencias previas y los valores culturales.

Al respecto, Rodríguez Perón (12) informa que cuando se valora a las mujeres, ellas atribuyen el síntoma a causas benignas, y tienden a subvalorar el significado por causa de creencias preexistentes, experiencias pasadas del síntoma y rechazo.

Dimensiones del dolor torácico isquémico: angustia y factor psicológico. El total de las mujeres cuenta con apoyo familiar. A pesar de ello, el dolor al producir incomodidad les crea angustia, desespero, miedo y temor a morir; ellas reconocen que el dolor proviene de su enfermedad y son capaces de ubicar la causa en uno o más órganos, e incluso hacen referencia al funcionamiento circulatorio, información que fue recibida por personal de la salud. Saben con exactitud que tal situación les produce cambios en su estado emocional y en el funcionamiento normal que influye en las actividades de la vida diaria y las limita a esfuerzos menores. Identifican claramente que el cambiar de hábitos permite modificar su condición, para lo cual piden ayuda a otros. A pesar de ello pueden presentar desconcierto sobre su situación de salud, pueden crear interrogantes sobre su pronóstico y recuperación, y algunas presentan muchas reservas sobre su propia salud y síntomas.

Es evidente que la información relacionada con el factor fisiológico está ligada muy estrechamente por el contexto cultural así como los conocimientos obtenidos a través de la educación impartida por el personal de salud, tal como lo señalan las categorías obtenidas

en ese ítem: “Lo que creen”, aspectos que van creando, complejos procesos explicativos que llevan a largos procesos de adaptación y, por tanto, a poco poder resolutivo.

Al respecto, para evaluar la experiencia afectiva del síntoma del dolor en mujeres y hombres, Rodríguez et ál. (12) afirman que ellas utilizan las palabras “cansándose, aterrador e intolerable”, lo cual coincide en parte con la interpretación que tienen del síntoma.

Dimensiones del dolor torácico tipo isquémico: intensidad y factores psicológico y situacional. La mayor parte del grupo (93,4%) señala el dolor como severo según la escala visual análoga; sin embargo, al parecer es predominante la creencia previa sobre la causa del síntoma y variables interpretaciones que no permiten dar lugar a un afrontamiento acorde con la situación.

La única categoría del factor situación relativo al medio ambiente físico hallada, fue el calor como factor determinante del síntoma; es necesario aclarar que el estudio se realizó en una ciudad con altas temperaturas; no obstante, se observa que, en este caso, las ocho mujeres relacionaban el calor con hipertensión arterial, con la tarea que desarrollaban en ese momento y se acompañaba de cefalea; podría estar asociada a la etapa perimenopáusicas. Estos datos son similares a los referidos por Salas Segura, quien identifica que las mujeres reconocían que la causa del dolor se presentaba por labores domésticas como lavar, trapear y barrer, entre otras; igualmente el significado que le daban al síntoma podría ser por un infarto, arterias tapadas u otros. Por otro lado, De la Cuesta menciona que en las mujeres la necesidad de buscar ayuda o no, está dada por la forma como ellas interpretan el síntoma, y que este proceso lleva variables espacios de tiempo.

Dimensiones del dolor torácico tipo isquémico: distribución en el tiempo, factor situacional y consecuencia del síntoma. La mayoría de mujeres desarrollan labores domésticas y pertenecen a estrato socioeconómico bajo (1 y 2). Es característico por cuestiones de edad y salud que refieran presentar olvidos en el desarrollo de sus actividades diarias. Como consecuencia de su enfermedad han presentado sensaciones de limitación de la actividad

física y durante el desarrollo de los oficios en el hogar, que se pueden relacionar con la duración del dolor, el cual lo afrontan disminuyendo esfuerzos, o bien se han aferrado a sus creencias religiosas.

Algunas mujeres han manifestado incapacidad operativa por pérdida de su vitalidad y desprotección, un 93% señala sentir la intensidad del dolor en un valor de 7 a 10 en la escala visual análoga; sin embargo, la mayoría de ellas continúa haciendo sus actividades inmediatamente a la presentación del dolor.

Estas características aparentemente contradictorias constituyen la información que entrega la mujer en los diferentes servicios de consulta y que pueden constituir factores de subvaloración de la sintomatología por parte del personal de salud, que han sido asociadas a las variables de género documentadas en los servicios de urgencias que señalan que es posible encontrar que las mujeres con enfermedad coronaria son atendidas 30 minutos más tarde que los hombres y la trombolisis se hace 14 minutos más tarde si se compara con la realizada a los hombres (8), lo cual implica un aumento significativo del riesgo para la mujer en términos de tiempo desde el inicio del síntoma hasta el inicio del tratamiento adecuado.

CONCLUSIONES

1. El grupo de mujeres estudiadas muestra las siguientes características demográficas: edad que oscilaba entre 50 y 95 años. De ellas, el 80% (24) supera los 60 años, en tanto que el 20% (6) tenía edad entre 50 y 59 años. En cuanto al estado civil, se determinó que el 37% son viudas, el 20% solteras, el 20% casadas; el 86,6% desarrolla actividades del hogar, no tiene ninguna remuneración, en tanto que el 13,4% labora en el sector informal en la compraventa de productos alimenticios.

Se encontró que la mitad de las mujeres pertenecen al estrato 2, en tanto que el 27% pertenece al estrato 3 y el 20% al 1. Igualmente el 47% tiene nivel bajo de escolaridad representado en primaria incompleta; el 27% tiene primaria completa, y el 16% son bachilleres.

El 60% de las mujeres convive solo con sus hijos; el 23% con sus esposos, y el 10% vive con otras personas diferentes a sus familiares. De ellas, el 77% está

aflorado al régimen subsidiado en salud representado en la ARS, en tanto que el 23% está vinculado al régimen contributivo y recibe atención en las EPS.

2. La tipificación del síntoma dolor torácico tipo isquémico en la mujer, a la luz de la teoría de los síntomas desagradables, mostró los siguientes hallazgos:

a) En cuanto a los factores determinantes *fisiológicos*:

- Los antecedentes patológicos personales de origen cardiovascular señalaron la hipertensión arterial (65,5%) en primer lugar, seguida por diabetes (41,3%) y colesterol alto (10,3%).

- Los antecedentes familiares que predominaron fueron diabetes y enfermedades del corazón con igual porcentaje (26,6%), seguido por infarto agudo de miocardio y enfermedad cerebrovascular con un 16,6% y el 13,3% fue referido a la hipertensión.

- Según la clasificación por grado de esfuerzo cuando las mujeres presentaron el dolor, se pudo determinar que el 70% realizaba actividades de mediano y alto esfuerzo y el 30% manifestó que el dolor se presentó cuando estaban en reposo.

b) Entre los factores determinantes *psicológicos*, relacionados con la información sobre la enfermedad y la causa del síntoma, se pudo establecer que las categorías relevantes fueron en orden de frecuencia:

- Lo que las mujeres creen y conocen acerca del síntoma y la enfermedad (17), con las subcategorías “hay un daño en el corazón (6)”, “las emociones y el estrés físico y psicológico son causantes” e “interpretaciones variadas (6)”.

- Lo que les dicen a las mujeres (15), con las subcategorías “sobre la enfermedad, los exámenes y tratamientos (10)” y “sobre la enfermedad y el futuro (5).

- La identificación de la necesidad de pedir ayuda (11) con las subcategorías “Resignación a la situación mediada por creencias religiosas (8)” y “el tratamiento es la ayuda (3)”.

- Lo que las mujeres no saben (7).

- La identificación de la necesidad de cambio (5).

c) En cuanto a los factores determinantes *situacionales*, fueron identificados cuantitativa y cualitativamente. Se encontró que el 86,6% de las mujeres desarrolla actividades en el hogar sin ningún tipo de

remuneración, y el 10% satisface sus necesidades económicas y sociales laborando como comerciantes en el sector informal. Desempeñan varios roles entre los que se cuentan el de mujer, esposa, madre, compañera y amiga. Por lo general reciben algún tipo de apoyo de su núcleo familiar, aunque un número alto y significativo no presenta relación afectiva marital pues son viudas, separadas o solteras.

Se puede establecer que la enfermedad, su situación y otros factores afectan su desempeño, por lo cual se determinó únicamente la categoría “El calor me afecta (8)”. Algunas mujeres expresaron que los cambios físicos relacionados con la temperatura alta o la sensación de calor pueden afectar su salud y los afrontan con algunas medidas de autocuidado.

d) En relación con la *dimensión del síntoma* dolor torácico, se identificaron los siguientes hallazgos:

En cuanto a la *calidad*, respecto al sitio o localización del dolor torácico se determinó que el 53,2% de las mujeres ubica el dolor en el tórax anterior; de ellas, el 36,6% lo ubica en el tórax superior izquierdo; el 39,9% lo describe en el abdomen parte superior, y el 6,8% lo refiere en zonas múltiples entre las que se describen el antebrazo, cuello, escápula, tórax y hombro.

La irradiación del dolor se presentó hacia el tórax posterior en el 52,8% de los casos y hacia el brazo izquierdo en el 6,6%.

El 33,3% de las mujeres denominaron el sitio como pecho, seguido por la expresión corazón en el 20%, y como úlcera, pecho, espalda, estómago, esternón y tórax en el 6,6%, en tanto el 3,3% lo identifica como tórax izquierdo, pecho y espalda.

En cuanto a las palabras con las que la mujer expresa o manifiesta la sensación del dolor torácico isquémico está el dolor, el dolorcito, fuerte, opresivo, tremendo, muy duro, que pincha como aguja, agudo, cruel, extenso, horrible, ardor, ardiente, ahorcaba y reventaba.

La dimensión calidad del síntoma fue valorada en forma cualitativa obteniéndose nueve categorías:

- Gran compromiso del ser (13)
- Cascada de síntomas (10)
- Síntomas gastrointestinales (8)
- Subvaloración de una gran sensación (7)

- Vínculo o conexión entre manifestación y afrontamiento del síntoma (6)
- El dolor como sensación de agresión (6)
- Síntoma como proceso creciente (5)
- El dolor expresado como opresión (5)
- Desconexión con el entorno vital (4)

En la dimensión *intensidad* del síntoma se pudo identificar que el 93,4% de las mujeres refiere dolor intenso promediado en 9,48 cm (VAS); el 6,6% de las mujeres lo calificó como moderado, con un promedio de 6,25 cm.

En la dimensión de *distribución en el tiempo*, el tiempo percibido de duración del dolor estuvo en un rango de 30 minutos en el 40% de los casos, y el 60% restante se distribuyó en forma equitativa para los rangos de 30 minutos y una hora, entre una y seis horas, y más de 6 horas. De ellas, el 46,6% recientemente había empezado a presentar la sintomatología que cursaba las fases iniciales de la enfermedad coronaria, el 36% lo presentaba hacía menos de un mes, y el 10% ha demorado hasta dos meses.

En cuanto a la dimensión *angustia o desazón*, del síntoma de dolor, aparecieron las siguientes categorías: “Angustia”, que es la de mayor frecuencia (19), seguida por “Pensamientos relativos a la muerte”, e “Incomodidad por el síntoma”, cada una con diez expresiones.

e) En cuanto a las *consecuencias del síntoma* se identificaron cuatro categorías en total, de las cuales tres son de tipo funcional y una categoría de tipo cognitivo. Las categorías de tipo funcional son: “Controlando la actividad física” (19), “Conviviendo con el síntoma” (10), “Incapacitada por el síntoma” (16). La categoría de tipo cognitivo es “Aumentando los olvidos” (10).

f) En cuanto a los *síntomas asociados*, se pudo establecer que la mayor frecuencia fue referida al vómito (29), seguida del mareo (19) y el dolor de cabeza (16). Otros síntomas presentaron frecuencias menores y se destacan la sudoración, el decaimiento, la asfixia, la fatiga, la frialdad y la fiebre.

g) Al explorar las *relaciones entre las dimensiones* se pudo identificar que:

- El dolor torácico de las mujeres es subvalorado por ellas a pesar de producir gran compromiso de su

ser; el dolor les impide respirar, y se acompaña de otros síntomas simultáneos que pueden relacionarse desde lo fisiológico hasta lo funcional, lo cual produce angustia e incomodidad, desespero, miedo y temor a la muerte.

- Cuando tienen dolor torácico, las mujeres utilizan medidas cuidantes, se apoyan en sus creencias religiosas, en sus familiares y los servicios ofrecidos por las instituciones de salud.

3. Se pudo establecer que la mujer con enfermedad coronaria presenta una variedad de síntomas asociados al dolor que deben ser tenidos en cuenta para mejorar la calidad de atención y evitar complicaciones en su salud.

4. La teoría de los síntomas desagradables permite hacer un análisis del contexto donde se presenta el dolor torácico tipo isquémico en la mujer desde los factores que influyen, características del dolor según las dimensiones de calidad, intensidad, distribución en el tiempo y consecuencias del síntoma, facilitando una mayor comprensión de la experiencia en su contexto, dando lineamientos que describen en una forma organizada el comportamiento sintomático de la enfermedad coronaria en la mujer.

AGRADECIMIENTOS

Expreso mis más sinceros agradecimientos a la docente Fanny Rincón Osorio, por su participación como guía y asesora en la investigación. A María Mercedes Durán de Villalobos y a Lucy Barrera Ortiz, por sus aportes a la generación del conocimiento disciplinar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) MORTALIDAD COLOMBIA 2001-2002. DANE.gov.co
- (2) HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto. Metodología de la investigación, 2a. ed., México: McGraw-Hill, 1998. p. 487.
- (3) KLIPPENDORFF, K. Content Análisis. An introduction to this mythology, 1a. ed. Traducción de Leandro Wolfson. Ediciones Paidós Ibérica. S.A., 1990, p. 90.
- (4) CALDWELL, A., Mary; MIESKOWSKI, Christinee. The symptom experience of Angina in Women. En: *Nursing* Vol. 1, No. 3, (Sept. 2000), pp. 69-78.

- (5) CARABALLO GARCÍA, Domingo Iván. Detección oportuna de enfermedad coronaria en mujeres de la Universidad de Antioquia, enviadas al programa de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares (1998). Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.
- (6) STOKES J., KANNEL W. B., WOLF P. A. et al. The relative importance of selected risk factors for various manifestations of cardio-vascular disease among men and women from 35-64 years: 30 years of follow-up from the Framingham study. *Circulation* 1987 (suppl. V) 75: 65-73.
- (7) SAYAS CHULIA, Vicenta. ¿Existe diferencia en la evolución de IAM entre la mujer y el hombre? Un estudio descriptivo. En: www.fac.org.ar/tcvc/llave/c222/sayas.htm Bajado el 16/09/04.
- (8) MILLER, L., Christine. Cue Sensitivity in Women With Cardiac Disease. En: *Nursing Progress in Cardiovascular*, summer 2000, pp. 43-52.
- (9) SALAS SEGURA, Susana; ALZAGA BARQUIN, María Teresa; LANDEROS OLVERA, Erick; CHÁVEZ DOMÍNGUEZ, Rafael. Testimonios de la mujer con angina. El dolor de pecho en la mujer mexicana. En: *Index de Enfermería*, otoño 2003, año XII, No. 42.
- (10) LOCKYER, Lesley. Women's interpretation of their coronary Herat disease symptoms. En: *European Journal of Cardiovascular Nursing*. Vol. 4, 2005, pp. 29-35.
- (11) DE LA CUESTA BENJUMEA, Carmen. Las mujeres y el manejo de un síntoma: de la valoración a la selección. En: *Salud Pública de México*. Vol. 41, No. 2 (marzo a abril, 1999), pp. 124-129.
- (12) RODRÍGUEZ PERÓN, José Miguel; LEYVA MORENO, Urbano; PÉREZ REYES, Rogelio; GARCÍA MONTERO, Amel. Angina Microvascular: un reto diagnóstico en los servicios de urgencias. En: *Revista Cubana Médica Militar* 2004 33(4). Hospital Militar Central Dr. Luis Díaz Soto.