



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

“HASTA QUE MI CORAZÓN YA NO AGUANTÓ”

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN ENFERMERÍA
EDUCACION EN ENFERMERÍA

PRESENTA:
LISETHE JIMENEZ SANTIAGO

TUTORA: DRA. MAITE VALLEJO ALLENDE
PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERIA

TUTORA: DRA. LAURA A. PEDROSA ISLAS
PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERIA

MÉXICO, D. F. MARZO 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

DR. ISIDRO AVILA MARTÍNEZ
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR, UNAM.
P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día **21 de noviembre del 2013**, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Educación en Enfermería) de la alumna **LISETHE JIMÉNEZ SANTIAGO** con número de cuenta **406017947**, con la tesis titulada:

“HASTA QUE MI CORAZÓN YA NO AGUANTÓ.”

bajo la dirección del(a) **Doctora Maite Vallejo Allende**

Presidente : Maestra Rosa María Ostiguín Meléndez
Vocal : Doctora Maite Vallejo Allende
Secretario : Doctor Marco Antonio Cardoso Gómez
Suplente : Doctor José Salvador Sapién López
Suplente : Doctora Laura A. Pedrosa Islas

Sin otro particular, quedo de usted.

A T E N T A M E N T E
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
MÉXICO D. F. a 30 de enero del 2014.


MTRA. ROSA MARÍA OSTIGUÍN MELÉNDEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá Oli y mis cuatro hermanos: Roberto, Efraín, Leonel y Mario por ser mi aliciente, por su apoyo, comprensión y por compartir esta experiencia de vida.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) institución que me otorgó una beca para cursar la maestría en enfermería en la Universidad Nacional Autónoma de México.

A la Dra. Maite Vallejo Allende por la confianza, la paciencia, por compartir y despertar en mí el interés y el gusto por la investigación, por el tiempo y el ánimo para ingresar y permanecer en la maestría y por su guía para concluir la tesis.

A la Dra. Laura A. Pedrosa Islas por compartir sus conocimientos, por despertar en mí el interés por la metodología cualitativa y por ser guía en el desarrollo de mi tesis.

A la Mtra. Verónica Flores Fernández por su amistad, apoyo y asesoría en mi tesis.

Al equipo de trabajo del proyecto “Violencia de pareja y SICA” del departamento de investigación sociomédica del INCICH y facultad de psicología de la UNAM, por brindarme las facilidades para obtener los datos de dicho proyecto para realizar este trabajo.

DEDICATORIA

A Dios por todo lo que he recibido durante este viaje, por la oportunidad de vivir esta experiencia y muchas más que han contribuido a la realización de mi persona y de este trabajo.

A mi madre, que por siempre agradeceré haberme dejado crecer mis alas, por su apoyo incondicional y por ser una admirable guerrera en esta vida.

A mis hermanos por nuestras vidas compartidas, por el apoyo en todos los sentidos y por el cariño.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| CAPÍTULO 1 INTRODUCCIÓN..... | 2 |
| 1.1 Planteamiento del problema | 2 |
| 1.2 Objetivos..... | 4 |
| 1.2.1 General | 4 |
| 1.2.2 Específico | 4 |
| 1.3 Supuestos de investigación | 4 |
| CAPÍTULO 2 MARCO TEÓRICO..... | 5 |
| 2.1 Género | 5 |
| 2.2 Violencia..... | 13 |
| 2.2.1 Estadísticas y marco normativo | 17 |
| 2.2.2 Consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer..... | 21 |
| 2.3 Síndrome coronario agudo en la mujer (SICA)..... | 23 |
| 2.4 Síndrome coronario agudo y violencia contra la mujer..... | 28 |
| CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA CUALITATIVA..... | 29 |
| 3.1 Método de Estudio | 30 |
| 3.2 Análisis de datos | 31 |
| 3.5 Aspectos éticos | 34 |
| CAPÍTULO 4 HALLAZGOS Y DISCUSIÓN..... | 35 |
| 4.1 Presentación de las participantes..... | 35 |

| | |
|--|----|
| 4.2 Causas a las que atribuyen las mujeres el haber tenido uno o más episodios de Síndrome Coronario Agudo en su modalidad de Infarto Agudo de Miocardio.. | 41 |
| CAPÍTULO 5 CONCLUSIONES..... | 54 |
| 5.1 Ventajas del estudio | 55 |
| 5.2 Limitaciones del estudio | 55 |
| 5.3 Aportaciones a la Enfermería | 56 |
| REFERENCIAS..... | 58 |
| ANEXO I. Revisión de la literatura..... | 65 |
| ANEXO II. Guía de entrevista..... | 68 |

RESUMEN

Antecedentes: Las enfermedades cardiovasculares son una de las primeras causas de muerte en la mujer en el mundo. La violencia contra la mujer es un problema de salud pública que tiene como consecuencia serios efectos en su salud. El desarrollo de enfermedades puede estar relacionado con el sexo, pero también con factores sociales, culturales, ambientales, como la violencia contra la mujer, que contribuyen al desarrollo de éstos y en especial del Síndrome Coronario Agudo.

Objetivo: Identificar en sus discursos las causas a las que atribuyen las mujeres atendidas en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, el haber tenido uno o más episodios de Síndrome Coronario Agudo en su modalidad de Infarto Agudo de Miocardio.

Metodología: El método empleado fue la fenomenología y el enfoque de género. Se llevó a cabo un análisis secundario de datos, de acuerdo al esquema propuesto por Miles y Huberman.

Hallazgos y discusión: De las cinco mujeres seleccionadas, tres identificaron situaciones o causas previas al evento coronario. Las dos grandes categorías identificadas son “situaciones conflictivas previas al infarto” y “todo lo que traigo arrastrando” (los cautiverios de las mujeres).

Conclusiones: Las causas o situaciones que tienen relación con el Infarto Agudo de Miocardio están vinculadas con la condición de género; se trata de situaciones o conflictos que tienen que ver con el papel que desempeñan como mujeres a través del cumplimiento de roles, estereotipos y exigencias socialmente impuestas. Las mujeres se esforzaban en atender a su familia, se sentían responsables de otras personas y de cumplir con éstas. El cuidado era dirigido hacia los demás tratando de cumplir con los papeles tradicionales de ser mujer.

Palabras Clave: Género, Síndrome Coronario Agudo, Infarto Agudo de Miocardio.

CAPÍTULO 1 INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema

El género es una categoría de análisis cuya construcción es histórica, social, cultural y simbólica. Integra un conjunto de atributos y expectativas asignados a una persona según su sexo. Estos atributos pueden ser funciones, comportamientos, expectativas, deseos, normas, valores, jerarquías que cada sociedad considera apropiadas para los hombres y las mujeres. Las funciones, comportamientos o atributos culturalmente asignados a cada género pueden dar origen a desigualdades, es decir, diferencias que pueden favorecer a uno de los dos géneros.¹

Las desigualdades de género generan también inequidades entre hombres y mujeres. Esto se refleja en su estado de salud o en el acceso a los servicios de salud. Las desigualdades pueden ser el trasfondo de la violencia y las más afectadas son las mujeres.

En los últimos años diversas organizaciones de salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS), han declarado que la violencia contra las mujeres es ya un problema de salud pública y que ésta surge como consecuencia de la desigualdad de géneros y del lugar que ocupan en la sociedad. En algunos estudios se ha identificado que la violencia tiene efectos directos sobre la salud.²

Aunado a esto, la principal causa de morbilidad y mortalidad en el mundo son las enfermedades cardiovasculares. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2008 murieron por enfermedad cardiovascular 17,3 millones de personas, lo cual representa un 30% de todas las muertes registradas en el mundo; 7,3 millones de esas muertes se debieron a la cardiopatía coronaria y 6,2 millones a Accidente Vascular Cerebral.³

Según datos del INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) y SINAIS (Sistema Nacional de Información en Salud) en México las enfermedades isquémicas del corazón son la segunda causa de muerte en mujeres.⁴

Los factores de riesgo cardiovascular más importantes para el desarrollo de estas enfermedades son la edad, el sexo, sobrepeso, diabetes, hipertensión arterial, lípidos elevados, inactividad física, tabaquismo y factores hereditarios.⁵

En algunas investigaciones se ha planteado que las enfermedades cardiovasculares pueden tener relación con la violencia. Se ha mostrado que la violencia contra la mujer se asocia a conductas de riesgo, entre algunas el fumar, y que las expone más a este tipo de enfermedades.^{6,7}

En la actualidad existe pocos estudios sobre enfermedad cardiovascular y su relación con la violencia de género, es por esta razón que se realiza este estudio que surge del análisis de datos secundarios, los cuales fueron obtenidos del proyecto “Violencia de pareja y Síndrome Coronario Agudo” del departamento de investigación sociomédica del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez y la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Dicha situación ha llevado a la siguiente pregunta:

¿A qué atribuyen las mujeres atendidas en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INCICh), el haber tenido uno o más episodios de Síndrome Coronario Agudo, en su modalidad de Infarto Agudo al Miocardio?

1.2 Objetivos

1.2.1 General

Identificar en sus discursos las causas a las que atribuyen las mujeres atendidas en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, el haber tenido uno o más episodios de Síndrome Coronario Agudo, en su modalidad de Infarto Agudo de Miocardio.

1.2.2 Específico

Describir y analizar desde la escuela fenomenológica y la teoría de género aquello que las mujeres atendidas en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez relacionan como antecedente de cada uno de los episodios de Síndrome Coronario Agudo, en su modalidad de Infarto Agudo de Miocardio, a partir de sus relatos.

1.3 Supuestos de investigación

- Las mujeres participantes del estudio relacionan los episodios de Síndrome Coronario Agudo con la violencia.
- Las mujeres que fueron atendidas en el INCICH identifican situaciones conflictivas previas al Infarto agudo de miocardio.
- Las mujeres pueden no reconocer los factores de riesgo cardiovascular y atribuir el evento a previas situaciones estresante.
- La mujer en su entorno social, familiar, cultural, se desenvuelve de acuerdo con lo aceptado para su rol, y no se cuestiona. Un evento de salud en su vida, puede propiciar cambios radicales en su entorno, y en su rol, y no siempre ser apreciado o percibido por la mujer.

CAPÍTULO 2 MARCO TEÓRICO

2.1 Género

Como categoría de análisis social, el género hace referencia a los “conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiadas para los hombres y las mujeres”.⁸ En inglés y castellano existen dificultades para utilizar esta categoría; porque género no es sinónimo de sexo. En inglés “*gender*” significa sexo; pero en castellano sexo significa el conjunto de características biológicas y físicas que determinan a las mujeres y los hombres.

El género es una categoría de análisis que se refiere a las relaciones entre hombres y mujeres. Es una construcción social que indica lo que cada cultura considera masculino y femenino; se modifica de acuerdo a la etnia, edad, clase social, nivel educativo, ingresos, condición rural o urbana.

En el género se expresa cómo la cultura significa y valora diferencialmente lo femenino y lo masculino. Estos significados distintos están presentes en todas las formas de interacción humana.¹ Es decir una identidad cultural que las personas adquieren mediante la socialización más temprana, en el ámbito familiar y que señala la forma socialmente aceptable de relación con el mundo.

El género como elemento fundamental de la organización social –junto a la clase social- tiene como eje central la jerarquización y distribución del poder en los espacios sociales, cuyo resultado son relaciones de igualdad o desigualdad entre mujeres y hombres.⁹ Las relaciones de género son elementos fundamentales de la organización de la vida social.

Joan Scott¹⁰ en su definición propone que el género puede significar dos partes analíticas interrelacionadas, la primera “es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos”, y se expresan en:

- *Símbolos culturales*: visualizan las representaciones sociales de ambos sexos; por ejemplo, lo femenino en algunos contextos, Eva y María en la tradición cristiana se relacionan con la oscuridad y la luz, la corrupción y la inocencia. Lo masculino es la ley y la palabra.

- *Conceptos normativos*: polarizan y reprimen comportamientos y tareas, por ejemplo las doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas, que le dan un significado de mujer o de hombre, de masculino o de femenino.

- *Instituciones y políticas*: reproducen y valoran la asignación de roles y capacidades, un ejemplo es la familia, el mercado de trabajo (segregado por sexos), las instituciones educativas (instituciones de un solo sexo), y la política (sufragio universal masculino).

- *Identidad subjetiva*: posiciona y determina el proyecto de vida de unos y otras.

Ninguno de estos elementos opera sin los demás aunque no necesariamente operan de forma simultánea.

El segundo elemento al que se refiere Scott en su propuesta es el género como forma primaria de relaciones significantes de poder, funciona como campo a través del cual se articula el poder, en relaciones jerárquicas.

Algunas características del género son:

- Valores o normas y tradiciones que determinan socialmente las actividades, las conductas y las formas de relación, por ejemplo:

| Mujeres | Hombres |
|----------------------------|---------------------|
| Serán madres | Son violentos |
| Saben cocinar | Son racionales |
| No aprenden a manejar bien | Saben arreglar todo |

- Lo que la sociedad considera correcto y aceptable para hombres y mujeres.

- Son permanentes o pueden cambiar dependiendo de la época, la cultura, la sociedad.

- Se aprende en las principales instituciones de la sociedad (familia, escuela, iglesia).

- Puede generar discriminación, marginación e inequidad.

- Es un sistema normativo, hay reglamentos, sanciones.

- La sociedad simboliza las diferencias sexuales y eso es género, por ejemplo en el color y tipo de vestimenta, como deben vestirse los hombres y como las mujeres.

- Es una construcción social que puede ser cambiada o modificada cuando es inhumana o cuando puede atentar en contra de la dignidad de las personas.

Las características de comportamiento y expectativas que se les atribuyen a las mujeres no son dadas por la genética o lo biológico, éstas son elaboradas a partir de la educación y el espacio donde socializan.¹¹

La manera en cómo se estructura el género en una sociedad es mediante los roles que son las prescripciones, normas y expectativas de comportamiento de lo femenino y de lo masculino¹², en otras palabras lo que se espera que realice una persona de acuerdo a su condición en la sociedad.

Ejemplo:

| Mujer | Hombre |
|------------------------|--------------------------------|
| ✓ Tienen hijos o hijas | ✓ Protegen a la familia |
| ✓ Son amas de casa | ✓ Tienen un trabajo remunerado |
| ✓ Son débiles | ✓ Son fuertes |
| ✓ Son sentimentales | ✓ Son racionales |
| ✓ Son maternas | ✓ Son agresivos |

Las expectativas de comportamientos que se generan en los roles, provienen de los estereotipos; que son una “imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable”¹³, en otras palabras cómo se debe comportar la mujer o el hombre y en ocasiones se ven influenciados por los medios de comunicación.

Ejemplo:

- La mujer si es esposa y madre se espera que: se dedique al hogar, realice las actividades propias de la casa, sea tierna, amorosa y fiel. Sus actividades se circunscriben al espacio privado y son socialmente valoradas como inferiores. No tienen un equivalente económico.
- El hombre si es esposo y padre se espera que tenga un trabajo remunerado y sea el proveedor, el protector y el responsable de la familia, generador de un patrimonio y se tolera que sea infiel de manera discreta. Sus actividades se identifican con el espacio público y tienen un equivalente económico, por lo que son valoradas como productivas y socialmente reconocidas como prioritarias.

La valoración social de las distintas funciones y comportamientos generan desigualdades o diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos.⁸

Es por eso que a partir de estas desigualdades, que a finales de los años setenta y a principios de los ochenta surge el interés por distintos grupos de mujeres,¹ en diferenciar el género de su parte biológica de tal manera que se pueda dar un acercamiento para conocer su realidad desde lo social.

La perspectiva de género permite analizar y comprender las distintas características que definen a hombres y mujeres, tanto las semejanzas como las diferencias, sus posibilidades vitales, sus expectativas y oportunidades de vida, las relaciones que se dan entre ambos géneros, para establecer acciones que permitan promover situaciones de equidad,¹⁴ y que, tanto hombres como mujeres alcancen la igualdad de oportunidades reconociendo las diferencias biológicas de cada uno, para satisfacer las necesidades específicas de cada género.

Las atribuciones, estereotipos y expectativas de género están presentes en el mundo, en las personas, en las sociedades, en sus relaciones, en la política, en la cultura, en la educación y en la salud. Por ello, la categoría de género permite conocer las condiciones femeninas y masculinas así como la vida de las mujeres y los hombres. Desde una perspectiva de género, se puede definir la condición social de los sujetos así como el significado cultural de su cuerpo sexuado con la carga de deberes y prohibiciones impuestas para vivir.

A las mujeres y a los hombres se les asigna desde el nacimiento a uno de los géneros y por ello desde esta perspectiva se pueden comprender las relaciones intergenéricas (entre géneros diferentes) e intragenéricas (dentro del mismo género), esta visión permite examinar las relaciones de género de diversas instituciones; formales e informales, educativas, de comunicación y las sanitarias.

Desde otras perspectivas se ha considerado que la diferencia que hay entre mujeres y hombres se da por naturaleza o que tiene un origen divino, también que

así ha sido desde siempre y así seguirá. Desde la perspectiva de género se reconoce el origen social, político y cultural de la inequidad, desigualdad y las injusticias en las relaciones de género. ¹⁴

Equidad se refiere a la “minimización de disparidades evitables en salud y sus determinantes entre grupos humanos con diferentes niveles de privilegio social”, equidad no es lo mismo que igualdad, pero no toda desigualdad se considera inequidad, así mismo equidad se respalda en aspectos de carácter ético que son asociados a principios de justicia y derechos humanos.¹⁵

La desigualdad de género se puede dar en los diversos ámbitos: la escuela, lo profesional, las instituciones de salud, el hogar, el trabajo (principal vía por la que las personas pueden obtener recursos y con ello autonomía económica). Las desventajas que enfrentan algunas mujeres son fuente de desigualdad y en ocasiones son discriminadas en diversos espacios y esto puede tener repercusiones negativas en el ejercicio de su libertad y sus derechos.

Las diferencias entre mujeres y hombres se transforman en desigualdades e inequidades producto de las relaciones desiguales de poder, mismas que condicionan la capacidad de autonomía y desarrollo de las mujeres. En cuestiones de salud también se pueden presentar inequidades tanto en su estado de salud como en el acceso a la atención.

La desigualdad y el desequilibrio de poder se reflejan en la violencia contra la mujer, que afecta su salud y desarrollo como persona. En 1996 la OMS reconoció que era un problema de salud pública importante en el mundo y en América Latina, susceptible de estudios e intervenciones, que se tiene que abordar de forma integral y holística.

Los Cautiverios de las mujeres

Marcela Lagarde, antropóloga mexicana se dio a la tarea de nombrar a través de categorías de análisis la condición femenina de opresión como los “cautiverios”,¹⁶ éstos caracterizan a las mujeres en relación con el poder, caracterizada por la privación de la libertad, por la opresión, del miedo, de la impotencia, de la servidumbre. Trata del dolor y de cosas que ocurren en el encierro de las mujeres cautivas y cautivadas en un mundo patriarcal. Los cautiverios presentan las diversas formas en que se inferioriza a las mujeres y justifica la discriminación que hace que las excluyan selectivamente de actividades, espacios y poderes que a la vez las incluye en otros irrenunciables, como por ejemplo a ser madre y por lo tanto dedicarse al trabajo doméstico.

Bueno no todo es sufrimiento porque en algunas el hecho de cumplir con algún cautiverio las hace dichosa y felices. Desde la perspectiva de Lagarde las formas de vida y de organización femenina se dan únicamente de dos formas: la maternidad y el matrimonio.

Uno de los cautiverios que caracteriza a todas las mujeres según Lagarde es el de “madresposas” porque aunque no tengan hijos o marido, son madre (además de los hijos) del esposo, de los hermanos, del amigos, del novio, de los compañeros de trabajo, de las nueras, de los yernos, esto se debe a que los cuidan como una madre provee de cuidado a los hijos. La mujer también cumple la función de ser esposa (de los hijos, de los amigos, del novio), esto se debe a cómo se relaciona con ellos, cumple las funciones reales y simbólicas de una gran categoría “madresposa”.

Estas relaciones están normadas por la sociedad y si no ocurren como la norma lo establece no se perciben.

Desde una visión patriarcal, la condición de la mujer en la sociedad y en la cultura es ser madre. Los ejes socioculturales y políticos que definen la condición de la mujer son la maternidad y el matrimonio (madresposas). El objeto en donde deposita todas sus actividades, es el ser humano, donde ella es para otros, desde el nacimiento y a lo largo de su vida, ella satisface las necesidades de los demás; afectivas, eróticas y de humanización.

La madre

La madre es históricamente una institución porque permite la reproducción de la sociedad así como de la cultura, el poder y la realización de la mujer como un ser social.

A través de la maternidad, la madre, transmite, defiende y custodia el orden en la sociedad y la cultura, sin la madre no es posible la vida y tampoco la muerte.

El cuidado, lo social, lo doméstico están a cargo de la mujer. Las mujeres se destinan al cuidado de la vida de los otros, de esta forma la madre es reproductora de la cultura, aculturadora de los otros. La madre humaniza, acultura para ser hombre y ser mujer. El trato es diferente con cada hijo(a) y esto va a depender si es hija o hijo, si es el primero o el último, si es nacido después de un aborto, si es un hijo de la separación, de un reencuentro, si tiene o no pareja, si es soltera, si estaba sana o enferma cuando lo engendro, con amor o con violencia, si es producto de una violación.

La madre transmite elementos lingüísticos a través del lenguaje maternal: signos, mensajes, símbolos gestuales y verbales consciente o inconscientemente y con ello expresa su sentir del mundo.

La esposa-la conyugalidad

La conyugalidad consiste en la relación social fundada en el intercambio erótico con el otro, también implica la procreación de hijos y fundación de la familia. Es una relación obligatoriamente heterosexual.

La conyugalidad puede ser regulada con normas, por ejemplo, que contraigan matrimonio entre las mismas sectas, clase, etc. En la relación conyugal siempre se inferioriza a la mujer y el hombre es superior, esto ocurre de acuerdo a que la mujer tiene menor: edad, estudios, economía, deben tener personalidad, físicamente atractivas y deben ser eróticas.

2.2 Violencia

La violencia es un problema complejo, de difícil definición y reconocimiento por parte de quienes viven en esta situación, debido a que se trata de comportamientos culturalmente aceptables o no aceptables, sobre lo que es hacer daño o reconocerse violentada. Sin embargo, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) define a la violencia contra la mujer como: “Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la vida privada”.¹⁷

La violencia contra la mujer infringe los derechos humanos. Sus distintas formas de presentación pueden tener repercusiones negativas para su salud física, psicológica, sexual y social. ²

De acuerdo con la clasificación utilizada por la OMS en el Informe mundial sobre la violencia y la salud, la violencia se divide en tres categorías según el autor del acto violento:¹⁸

- a) *Dirigida contra uno mismo.* Se trata de comportamientos suicidas, autolesiones, automutilación. Un comportamiento suicida va desde el pensamiento de quitarse la vida, planearlo, buscar los medios para llevarlo a cabo, intentar matarse y la consumación del acto.
- b) *Interpersonal.* Con dos subcategorías:
 - *Intrafamiliar o de pareja:* En la mayoría de los casos se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales, y sucede en el hogar, aunque no exclusivamente. Este tipo de violencia hace referencia al maltrato de los niños, violencia contra la pareja y maltrato de ancianos.
 - *Comunitaria:* Se produce entre personas no relacionadas entre sí y que pueden conocerse o no, ocurre por lo general fuera del hogar. También hace referencia a la violencia juvenil, actos violentos azarosos, violaciones y agresiones sexuales por parte de extraños, y se puede efectuar en lugares como escuelas, trabajo, prisiones y residencias de ancianos.
- c) *Colectiva.* Este tipo hace referencia al uso de la violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo, frente a otro grupo de individuos, con el fin de lograr objetivos políticos, económicos o sociales. Pueden ser conflictos armados dentro de los estados o entre ellos; genocidio, represión y otras violaciones de los derechos humanos como el terrorismo o crimen organizado.

De acuerdo a la norma oficial "Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención (NOM-046-SSA2-2005), clasifica la

naturaleza de los actos violentos como: físicos, sexuales, psicológicos o basados en las privaciones o el abandono.¹⁹

- ✓ *Maltrato físico.* Acto de agresión que causa daño físico.
- ✓ *Maltrato psicológico.* Acción u omisión que provoca en quién lo recibe alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.
- ✓ *Maltrato sexual.* Acción mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene la imposibilidad para consentir.
- ✓ *Maltrato económico.* Acto de control o negación de injerencia al ingreso o patrimonio familiar, mediante el cual se induce, se impone y se somete a una persona de cualquier edad y sexo, a prácticas que vulneran su libertad e integridad física, emocional o social.
- ✓ *Violencia sexual.* Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.
- ✓ *Abandono.* Acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud.

La OMS ha propuesto un “modelo ecológico” para explicar la naturaleza de la violencia, que postula que no existe un factor causal que permita explicar por qué las personas son violentas. (Figura 1). El modelo analiza los factores que influyen en el comportamiento (o que aumentan el riesgo de cometer o padecer actos violentos) clasificándolos en cuatro niveles: sociedad, comunidad, relaciones e individuo.²

Figura 1. Modelo ecológico para comprender la violencia

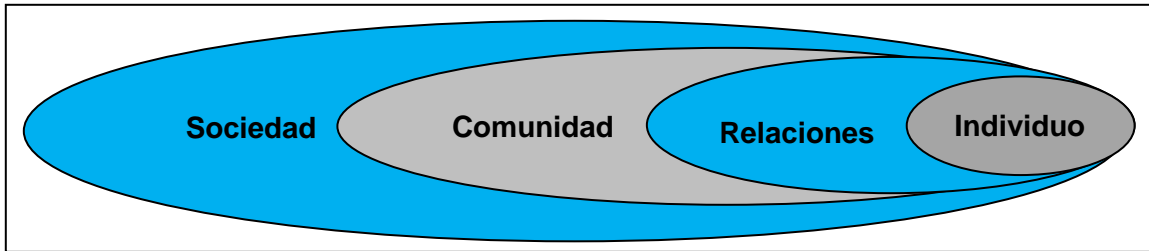


Figura1. Modelo ecológico para comprender la violencia: tomado de: Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller, M. Ending violence against women. Population reports, series L, No. II. Baltimore, Johns Hopkins University school of public health, population information program, december 1999.

Individuo: el primer nivel hace referencia a los factores biológicos y la historia personal que influyen en el comportamiento de las personas y que aumentan las probabilidades de convertirse en víctimas o perpetradores de actos violentos. Los factores que la favorecen pueden ser: edad, educación, ingresos, trastornos psíquicos o de personalidad, las toxicomanías y antecedentes de comportamientos agresivos, situaciones de crisis individual debido a la pérdida de empleo, frustraciones profesionales o el fracaso escolar o haber sufrido maltrato o ser testigo de él en la niñez.

Relaciones: se refiere a las relaciones más cercanas, con su medio ambiente: familia, amigos, parejas y compañeros, y cómo éstas aumentan el riesgo de sufrir o perpetrar actos violentos, por ejemplo tener amigos que cometan o alienten a cometer actos violentos, esto puede elevar el riesgo de que las personas sufran o sean autoras de este tipo de actos. Vivir en ambientes familiares violentos, sufrir agresiones de cualquier tipo o gravedad en la familia, puede predisponer a las personas a sufrir o perpetrar estos actos.

Comunidad: señala el contexto en donde se desarrollan las relaciones sociales, como la escuela y el trabajo. Se da en todos los estratos económicos, se favorece en donde hay desempleo, movilidad de residencia, crecimiento poblacional,

aislamiento social y familiar o ser o haber sido parte de grupos violentos en alguna etapa de la vida.

Sociedad: son todos aquellos factores que construyen una sociedad y que crean un clima que permite o inhibe la violencia, por ejemplo, normas sociales y culturales. Sociedades en donde se fomenta la dominación masculina sobre las mujeres o se acepta la violencia como la única vía para resolver conflictos. Otros factores que contribuyen son las políticas sanitarias, económicas, educativas y sociales que favorecen las desigualdades económicas o sociales entre los grupos de la sociedad.

2.2.1 Estadísticas y marco normativo

El estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer, realizado en 10 países con entornos culturales diferentes mostró que entre 15 y 71% de las mujeres habían sufrido violencia física o sexual por parte de la pareja.²⁰

En México los datos de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres ENVIM 2003 y 2006, dirigida a mujeres derechohabientes de los servicios de salud públicos (IMSS, ISSSTE, SSA) estimaron que aproximadamente 60% de las mujeres refirieron haber sufrido violencia alguna vez en la vida (2003-2006). Con respecto al agresor principal, más del 70% había sido la pareja, (74% [2003] y 79.5% [2006]); la proporción de mujeres que actualmente sufren violencia de pareja se incrementó de 21.5% (2003) a 33.3% (2006). De acuerdo al tipo de violencia ambas encuestas mostraron que la más frecuente era la psicológica, seguida de la física, la sexual y la económica. Lo alarmante es que hubo un incremento importante en la prevalencia de casi todas en el 2006 respecto del 2003 (psicológica [28.5% vs 19%], física [16.5% vs. 9.8%], la sexual [12.7% vs. 7%] y económica [4.4% vs. 5.1%]). (Ver cuadro 1)^{21, 22}

Cuadro1. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 Y 2006

| VIOLENCIA CONTRA LA MUJER | | |
|----------------------------------|-----------------|---------------------|
| ENVIM 2003 | Nacional | DF |
| Violencia alguna vez en la vida | 60.4% | 66.8% |
| Agresor principal | Pareja 74% | |
| Violencia en la pareja actual | 21.5% | 26.6% (8ª lugar) |
| Tipos: | | |
| Psicológica | 19% | 23.2% |
| Física | 9.8% | 14 % |
| Sexual | 7.0% | 9.2 % |
| Económica | 5.1% | 8.2% |
| ENVIM 2006 | Nacional | DF |
| Violencia alguna vez en la vida | 60 % | 64.9 % |
| Agresor principal | Pareja 79.5% | |
| Violencia en la pareja actual | 33.3 % | 33.9 % (11ª lugar) |
| Tipos: | | |
| Psicológica | 28.5 % | 29.4 % |
| Física | 16.5 % | 16.9 % |
| Sexual | 12.7 % | 9.3 % |
| Económica | 4.42 % | 4.5 % |

Cuadro 1. Tomado de: Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 Y 2006.

Por otro lado la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH 2003 y 2006 (ver cuadro 2), que incluyó a mujeres mexicanas mayores de 15 años que vivían con su pareja, identificó un incremento en la prevalencia de violencia de pareja (de 35.4% [2003] a 44.6% [2006]). De acuerdo al tipo de violencia ambas encuestas mostraron que la más frecuente era la emocional, seguida de la económica, física y sexual. Al igual que en las ENVIM, se observó un alarmante incremento en la prevalencia de todos los tipos de violencia en el 2006 respecto del 2003 (emocional [84.3% vs 38.4%], económica [60.7% vs

29.3%], física [44.6% vs 9.3%], sexual [18.1% vs 7.8%]).²³También identificó cifras elevadas de violencia contra la mujer en tres espacios de desarrollo: el comunitario (39.7%), el laboral (30.1%) y el educativo (15.7%).²⁴

Cuadro 2. Encuesta Nacional Sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003 y 2006

| VIOLENCIA DE PAREJA | | |
|----------------------------|--|--------|
| ENDIREH 2003 | Violencia de pareja | 35.4% |
| | Tipos: | |
| | Emocional | 38.4 % |
| | Económica | 29.3 % |
| | Física | 9.3 % |
| | Sexual | 7.8 % |
| ENDIREH 2006 | Violencia de pareja | 46.6% |
| | Tipos: | |
| | Emocional | 84.3% |
| | Económica | 60.7 % |
| | Física | 44.6 % |
| | Sexual | 18.1 % |
| | Violencia contra la mujer en el espacio: | |
| | Comunitario | 39.7 % |
| Educativo | 15.7 % | |
| | Laboral | 30.1 % |

Cuadro 2. Tomado de: Encuesta Nacional Sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003 y 2006.

Durante mucho tiempo la violencia contra la mujer ha sido minimizada, se ha ocultado y se ha justificado he intentado naturalizar como propia de los seres humanos, hombres o mujeres. En situaciones de violencia de pareja, el problema se ocultaba y se trataba como un asunto privado, familiar, que debería ser resuelto internamente. Actualmente se reconoce que la violencia contra la mujer es un

problema social y que afecta su salud. Además ya ocupa un espacio en las agendas políticas.

En 1993 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó una declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, ésta contiene los derechos que cada país debe aplicar para eliminarla.²⁵ Posteriormente, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijín, 1995) se adoptaron las declaraciones propuestas por la ONU, para abordar el problema de la violencia contra la mujer determinando las consecuencias para la salud.²⁶ Es así como en 1996 la OMS propone que todos los países miembros caractericen y evalúen el problema en su territorio y les insta a promover actividades que ayuden a resolverlo.

En respuesta a este llamado, México colabora para garantizar la seguridad de las mujeres mexicanas a través de diversas instituciones dedicadas a la protección y cumplimiento de una vida libre de violencia y de no discriminación, y así proporcionar un desarrollo integral, donde puedan ejercer sus derechos y cuenten con beneficios. En 1974 en el país comenzó la reforma al artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos mediante la integración de principios de igualdad jurídica entre hombres y mujeres. Posteriormente con la creación del Programa Nacional de Integración de la Mujer al Desarrollo (1980), que promueve el mejoramiento de la condición social de las mujeres y actualmente con la creación del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) que tiene como objetivo fomentar la no discriminación, la igualdad de oportunidades entre géneros, ejercer plenamente sus derechos y la participación equitativa de la mujer en la política, la economía, la cultura y la vida social del país.²⁷

Así mismo también se ha tratado de cumplir los compromisos adquiridos en foros internacionales sobre la eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer mediante la elaboración y publicación de la norma “Violencia familiar, sexual. Criterios para la prevención y la atención” NOM-046-SSA2-2005, que tiene como objetivo prevenir, detectar y proporcionar atención médica y orientación a las

mujeres usuarias de los servicios de salud que se encuentren involucradas en situaciones de violencia familiar o sexual así como notificar los casos. ¹⁸

De alguna forma las medidas tomadas en el plano internacional y nacional contribuyen a la disminución de la violencia contra la mujer y por lo tanto a protegerlas del daño a su salud.

2.2.2 Consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer

La violencia contra la mujer puede producir severos daños como la muerte, o irrumpir en su bienestar físico y mental y ocasionar padecimientos crónicos y discapacitantes como lesiones físicas, dolores o depresión, u orillarlas al consumo de drogas. ²En general, las consecuencias de la violencia en la salud de la mujer se clasifican en mortales y no mortales. (Ver figura 2)

Figura 2. Efectos de la violencia contra las mujeres en la salud

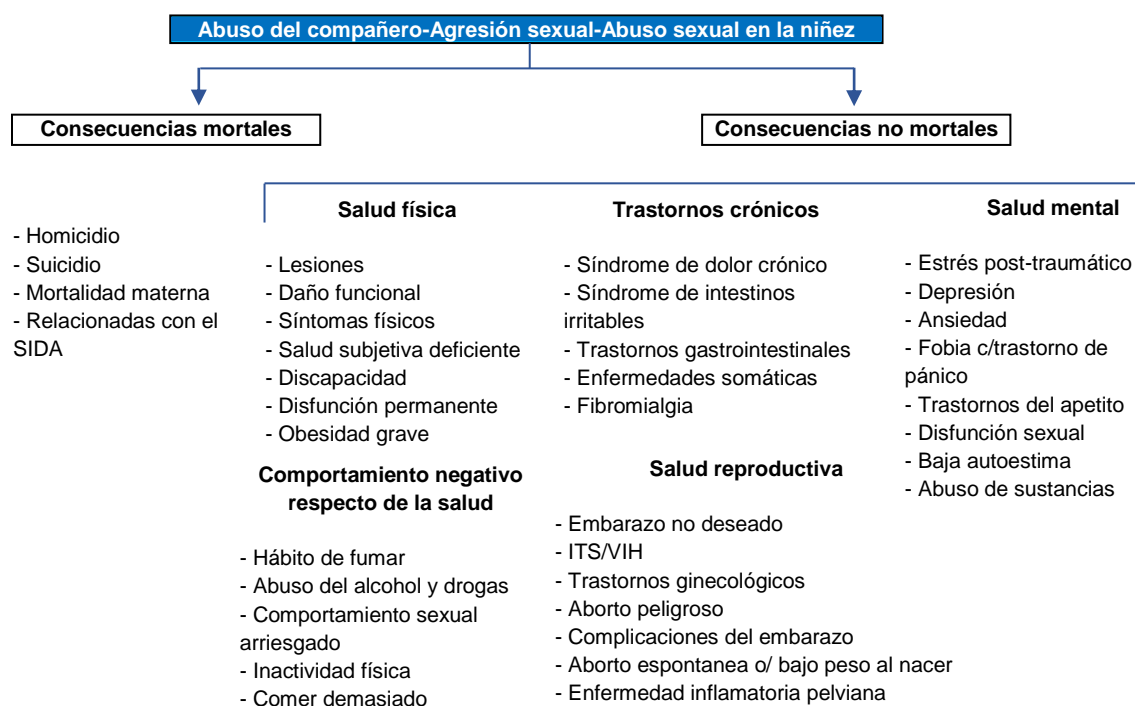


Figura 2. Efectos de la violencia contra las mujeres en la salud: Tomado de: Heise L, et al. Ending violence against women. (PopulationReports, Series L, No. 11).

Consecuencias mortales

Lesiones de diversa consideración, que van desde la excoriación o hematoma, hasta la muerte. Este tipo de violencia ocasiona daño físico directa o indirectamente (homicidio, suicidio) que en algunos casos es concebido como la única salida a la situación de maltrato en la que vive la mujer. La mortalidad materna por infecciones de transmisión sexual o incluso el SIDA asociados con violencia es otra consecuencia mortal.

Consecuencias no mortales

Salud física

Dolor crónico, cefalea recurrente, trastornos gastrointestinales (vómito, diarrea), o alteraciones dermatológicas, como resultado del estrés constante al que está sometida la mujer, lo que debilita su sistema inmunológico. ^{2, 28}

Salud mental

El victimario genera incomunicación y aislamiento emocional en la mujer; y cuando la violencia se vuelve crónica genera dependencia económica y emocional; las víctimas se sienten incapaces de afrontar el mundo solas, debido a su nivel educativo o que nunca han trabajado, incluso a que carecen de formación que les permita tener acceso a un trabajo remunerado. La baja autoestima puede generar culpa y vergüenza ante la sociedad. Es común la depresión, ansiedad y trastornos del sueño, de la alimentación y sexuales. La violencia produce estrés postraumático, que orilla a la mujer al uso y abuso de alcohol, drogas y fármacos.

Salud reproductiva

Otra forma de daño sobre la salud tiene que ver con los aspectos reproductivos de las mujeres como: embarazos no deseados, aborto espontáneo, peligroso o repetitivo, parto prematuro, sufrimiento fetal y niños con bajo peso al nacer. Además es frecuente la presencia de enfermedades de transmisión sexual o incluso el VIH. El abuso no permite la autonomía sexual y reproductiva de las

mujeres ni la toma de decisiones sobre su cuerpo, elementos que son poco reconocidos como consecuencia de abuso o violencia.

2.3 Síndrome coronario agudo en la mujer (SICA)

Epidemiología

Según datos de la OMS, las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la primera causa de muerte en el mundo; se calcula que en 2008 murieron en el mundo 17.3 millones de personas, esto es, un 30% de todas las muertes registradas, de las cuales, 7.3 millones fueron debidas a cardiopatía coronaria.²⁹

Se estima que para el 2030 aproximadamente 23.3 millones morirán debido a ECV, en especial por cardiopatía isquémica y accidente vascular cerebral, por lo que continuarán siendo las principales causas de muerte en el mundo.^{28,30}

Las ECV afectan por igual a ambos sexos y el riesgo de desarrollarlas y de muerte se incrementa con la edad aunque de manera diferencial entre estos.³¹ Entre la quinta y séptima década de la vida, la probabilidad es mayor especialmente en las mujeres y después de los 65 años todavía más, quizá debido a la reducción en la producción de estrógenos que ocurre después de la menopausia.

En algunos países industrializados se observó una disminución de la mortalidad que comenzó en los años 1970; sin embargo, existe controversia en las causas de este descenso. Una de las hipótesis se relaciona con las medidas de prevención y promoción mediante la modificación de los factores de riesgo y los estilos de vida saludables.³²

Más del 80% de los casos de ECV ocurren en países de ingresos medios y bajos.²⁸ Donde la tendencia de la mortalidad por cardiopatía isquémica muestra un comportamiento ascendente que se acentuó a finales del siglo pasado.^{33,34,35}

Tal es el caso de México en donde las estadísticas más recientes (2010) muestran una mayor incidencia de cardiopatía isquémica y quizás una menor letalidad. La tasa de mortalidad por sexo es más elevada en los hombres que en las mujeres (74.5 vs 56.6 por 100,000 habitantes respectivamente); seguida de la hipertensiva y la cardiopulmonar que tienen una mortalidad mayor en las mujeres. La edad promedio de muerte por ECV es 73.7 años, mientras que la esperanza de vida al nacer es de 76 años.³⁶

De acuerdo al nivel de marginación se observa que las defunciones por ECV son la primera causa en los estratos con un alto grado de marginación y es más frecuente en la población con nivel socioeconómico muy bajo.⁴

En nuestro país durante el 2011, se presentaron un total de 57,697 muertes por enfermedad isquémica del corazón, más frecuente en el hombre que en las mujeres (31,509 vs 26,188 [razón 1.2]) y el grupo de edad más afectado es entre los 25 y 44 años,³⁷ Las entidades federativas que reportaron mayor número de casos fueron, el Distrito Federal (14.5 %), Jalisco (9.0 %) y Nuevo León (7.1 %).

Fisiopatología y Manifestaciones Clínicas

El Síndrome Coronario Agudo (SCA) es un conjunto de manifestaciones de las distintas formas de presentación de la cardiopatía isquémica. Implica la reducción súbita del flujo de sangre hacia el corazón por erosión o rotura de una placa de ateroma, que determina la formación de un trombo intracoronario. La manifestación clínica puede ser una angina inestable (AI), infarto agudo de miocardio (IAM) o la muerte súbita, dependiendo de la extensión y duración de la oclusión, además de la existencia de circulación colateral y la presencia o no de vasoespasmo en el momento de la rotura.³⁸

Desde un punto de vista clínico el SCA depende de las características específicas de cada elemento de la tríada de presentación clínica que incluye además del historial de enfermedad, cambios electrocardiográficos y bioquímicos, así como la presencia de marcadores cardíacos. Un SCA en ocasiones puede ocurrir en

ausencia de cambios electrocardiográficos o aumentos en los marcadores bioquímicos, cuando el diagnóstico se apoya en la presencia de enfermedad en arteria coronaria documentada previamente. ³⁹

Clasificación

La sintomatología producida por el SICA es muy similar. Se clasifica de acuerdo al trazo electrocardiográfico en dos grupos: sin elevación del segmento ST (SCASEST) y con elevación del segmento ST (SCACEST).

Dependiendo de la elevación o no de marcadores de necrosis miocárdica se tratará de un infarto o bien de angina inestable. A su vez los infartos pueden o no presentar onda Q de necrosis residual: SCASEST: IAM sin onda Q / IAM con onda Q y SCACEST: IAM con onda Q y IAM sin onda Q.^{40, 41} (ver figura 3)

Figura 3. Clasificación del síndrome coronario agudo

| SÍNDROME CORONARIO AGUDO ⁴² | |
|---|---|
| Sin elevación del segmento ST | Con elevación del segmento ST |
| <ul style="list-style-type: none"> - Angina inestable - Infarto Agudo de Miocardio sin elevación ST | <ul style="list-style-type: none"> - Infarto Agudo de Miocardio con onda Q - Infarto Agudo al Miocardio sin onda Q - Muerte súbita |

Figura 3. Clasificación del síndrome coronario agudo: Tomado de: Bosque R A. RevFacMed UNAM. 2005; 48:66-8.

Factores de Riesgo Coronario

Un factor de riesgo es “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que hace que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”.⁴³

Los factores de riesgo cardiovascular que se conocen actualmente derivan del estudio Framingham y estos son: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes, obesidad, tabaquismo y sedentarismo. Numerosos estudios han identificado el efecto de factores relacionados como los triglicéridos y niveles de colesterol (HDL), la edad, el sexo, y condiciones psicológicas, como factores que contribuyen en la aparición de enfermedades cardiovasculares. Los resultados del estudio Framingham demuestran que estos factores de riesgo aplican para todos los grupos raciales; sin embargo, otros estudios mencionan que existe un bajo grado de conocimiento en las personas sobre cuáles son los factores de riesgo cardiovascular.^{44, 45, 46}

Tradicionalmente las enfermedades coronarias han sido consideradas como una enfermedad que afecta a los hombres principalmente, por lo que las mujeres no se incluían en los trabajos de investigación cardiovascular. La enfermedad coronaria es un ejemplo de un padecimiento donde se observan diferencias entre hombres y mujeres. Las mujeres presentan la enfermedad a edades más avanzadas que los hombres, además no existe una forma clara o una sintomatología específica bien definida y conocida. La enfermedad coronaria está asociada a una mayor comorbilidad y gravedad en la mujer.^{47,48}

Actualmente se sabe que el sexo es una característica del ser humano que contribuye a particularizar los procesos fisiológicos y patológicos, pero también interviene el género, es decir, la cultura, aspectos sociales y psicológicos, mismos que actúan en el desarrollo y en la forma de vivenciar las enfermedades. Esas características generan diferencias en la sintomatología, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención.⁴⁹ No obstante que el análisis de género en la cardiopatía isquémica ha sido poco desarrollado, ha permitido la identificación de diferencias en el diagnóstico y desigualdades en el proceso de atención.

Aunque la mayoría de los factores de riesgo contribuyen a la cardiopatía coronaria en hombres y mujeres, el efecto individual puede ser diferente. Las mujeres constituyen una población distinta dentro de los pacientes con cardiopatía coronaria. Algunos estudios mencionan la influencia que puede tener la menopausia como un factor de riesgo para la cardiopatía coronaria. ⁴⁰ (ver figura 4)

Figura 4. Factores de riesgo coronario en mujeres

| FACTORES DE RIESGO CORONARIO EN MUJERES | |
|--|------------------------|
| Modificables | No modificables |
| Dislipidemias | Edad |
| Diabetes mellitus | Genética |
| Hipertensión arterial | Menopausia |
| Obesidad | |
| Tabaquismo | |
| Sedentarismo | |

Figura 4. Factores de riesgo coronario en mujeres: Tomado de: O'Donnell C J, Elosua R. Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham heart study. RevEspCardiol. 2008; 61(3):299-310.

2.4 Síndrome coronario agudo y violencia contra la mujer

Esta relación es por demás interesante, poco explorada y difícil de abordar. La información publicada al respecto fundamentalmente abarca tres aspectos: la violencia de pareja y el desarrollo de factores de riesgo cardiovascular, el maltrato infantil como un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad coronaria en la vida adulta y el incremento de factores de riesgo cardiovascular en mujeres con violencia sexual.

La violencia de pareja, en cualquiera de sus formas, física, sexual o psicológica, parece predisponer al desarrollo de conductas de riesgo como el tabaquismo, alcoholismo o el comer en exceso, lo que resulta en sobrepeso u obesidad.⁵⁰ Scott, Rohlf y Stene et al, han identificado un incremento en la frecuencia de Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), síntomas cardiovasculares (disnea, palpitaciones, dolor torácico) y dislipidemias (disminución del colesterol HDL e incremento de los triglicéridos), en mujeres que han sido víctimas de violencia de pareja,^{7, 49, 51} incluso existe información en relación con un mayor riesgo de sufrir un evento cardiovascular comparado con aquellas mujeres que no han sufrido violencia.⁵² Tanto la violencia física grave como el abuso sexual durante la infancia incrementan el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares en la vida adulta.^{53, 54, 55} En contra posición Thomson, no encontró asociación con ataques cardíacos en hombres y mujeres víctimas de abuso sexual en la infancia, aún después de controlar por los factores de riesgo cardiovascular tradicionales (edad, raza, comportamientos de riesgo para la salud, diabetes, servicios sanitarios, salud mental).⁵⁶

Un estudio en mujeres de las fuerzas armadas de los Estados Unidos de América identificó una elevada prevalencia de agresiones sexuales y de factores de riesgo cardiovascular asociados al desarrollo de conductas nocivas (tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo, obesidad), histerectomías antes de los 40 años de edad y mayor utilización de los servicios de salud, en contraposición con aquellas que no habían sido víctimas de agresión sexual.⁵⁷ (Anexo 1)

CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA CUALITATIVA

La metodología cualitativa se centra en los múltiples significados subjetivos que le atribuyen las personas a los hechos. Los componentes de este marco interpretativo son las percepciones e interpretaciones subjetivas que surgen de la experiencia vivida, las acciones o comportamientos objetivos y el contexto.

El fenómeno de interés es explorado desde el paradigma cualitativo, debido a que este tipo de metodología produce categorías que surgen de la experiencia de las participantes. Lo subjetivo nos proporciona elementos para entender la experiencia y las vivencias de la mujer durante el surgimiento del síndrome coronario agudo y que han vivido violencia a lo largo de la vida, lo que permite profundizar en la experiencia de este grupo de mujeres, es un acercamiento a sus vivencias.

En la investigación cualitativa se estudia la realidad en su contexto natural, la manera como suceden los hechos, para sacar significado o interpretar los fenómenos desde las experiencias de acuerdo con el significado que tiene para la persona.⁵⁸

Este trabajo tiene como antecedente el proyecto “Violencia de pareja y Síndrome Coronario Agudo” del Departamento de Investigación Sociomédica del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez y la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, del cual se retoman datos sociodemográficos y las entrevistas para realizar un análisis secundario a la luz del paradigma cualitativo.⁵⁹

Para la selección de las entrevistas primero se elaboró una base de datos con las características sociodemográficas y factores de riesgo cardiovascular, se incluyeron 5 entrevistas que cumplieran con dos criterios:

1. Mujeres que habían reportado haber vivido violencia en la infancia y de pareja.
2. Mujeres que habían sufrido Infarto Agudo de Miocardio (IAM), dato que se corroboró con el resultado del electrocardiograma, se tuvo acceso a la base de datos de “Factores de Riesgo Cardiovascular” del estudio primario.

3.1 Método de Estudio

Se seleccionó a la fenomenología ya que desde su construcción filosófica se centra en la experiencia personal de los sujetos de estudio. En el presente trabajo se buscó describir la experiencia de las mujeres, es decir, a qué atribuyen éstas el haber sufrido un Infarto Agudo de Miocardio.⁶⁰

Aspectos sociales y culturales organizan la forma de vida de los hombres y las mujeres, éstos determinan su identidad y su comportamiento y son adquiridos por medio del aprendizaje. El género como categoría explica la relación, la identidad y el comportamiento de los sexos que se da entre lo biológico, económico, social, psicológico, jurídico y político, ya que tienen un gran peso en la socialización, en el papel que desempeñan en la sociedad y en sus experiencias de vida y de enfermedad. Tanto hombres como mujeres puede actuar y vivir de manera diferente, lo que señala la importancia de este trabajo, a que le atribuyen las mujeres el haber tenido un Infarto Agudo de Miocardio y además haber vivido en un entorno de violencia de género.

3.2 Análisis de datos

Para el análisis de las cinco entrevistas seleccionadas se utilizó el esquema propuesto por Miles y Huberman (1994) ya que se consideró que permite un manejo adecuado de la información, para poder llevar a cabo este análisis se realizaron los siguientes pasos:

Pasos para el análisis según Miles y Huberman ⁶¹ (ver figura 5)

- Transcripción de cada entrevista con el software “f4”.⁶²
- Asignación de folio y de nombre ficticio en orden del alfabeto: Adriana, Beatriz, Carolina, Daniela y Elisa, con el fin de guardar la confidencialidad.
- Impresión de cada entrevista con un gran margen de lado derecho para realizar el análisis.

Reducción de datos

Se comenzó con lecturas generales y posteriormente pausadas.

Se realizó codificación abierta y axial, esta última consistió en señalar palabras o porciones de texto que llamaron la atención, aquí se realizaron anotaciones, comentarios, propiedades o dimensiones. La codificación axial se realizó después de la abierta y se trató de relacionar entre sí los códigos, se elaboraron memorandos y diagramas para encontrar una explicación en cada entrevista.

Separación en unidades

Aquí surgió un conjunto de datos que resultaron relevantes y significativos de la codificación abierta y axial, se realizó la separación o descomposición de un todo

en sus partes, se dividió la información en unidades de acuerdo a criterios de género y las experiencias que las mujeres identificaban al momento del infarto.

Identificación y clasificación de unidades

En este apartado después de haber identificado y marcado códigos se realizaron categorías utilizando etiquetas, es decir, dándoles un nombre, para este trabajo surgieron del análisis inductivo de las entrevistas. Las categorías son inteligibles y tienen pertinencia ya que son relevantes en relación al objetivo del estudio.

Síntesis y agrupamiento

Mediante la categorización se llevó a cabo la síntesis o reducción de un número determinado de unidades a un sólo concepto. La actividad de síntesis se realizó al elaborar una gran categoría que contiene varias categorías.

Disposición y transformación de datos

En esta tarea se organizó la información, se presentó de manera ordenada a través de diagramas que permiten comprender los cuestionamientos de la investigación y que también permiten la redacción de los hallazgos.

Obtención de resultados y conclusiones

En este paso se describieron los hallazgos, el producto de la investigación así como las interpretaciones que se realizan de los mismos. En las conclusiones se construyeron afirmaciones y proposiciones en las que se recolectan los conocimientos adquiridos en relación al problema estudiado. Además las conclusiones se contrastan con los hallazgos de otros estudios.

Verificación de resultados

Para probar el valor de verdad de los hallazgos de esta investigación o comprobar la validez, se llevó a cabo el intercambio de opiniones con otros investigadores (del estudio primario).

Figura 5. Proceso general de análisis de datos cualitativos

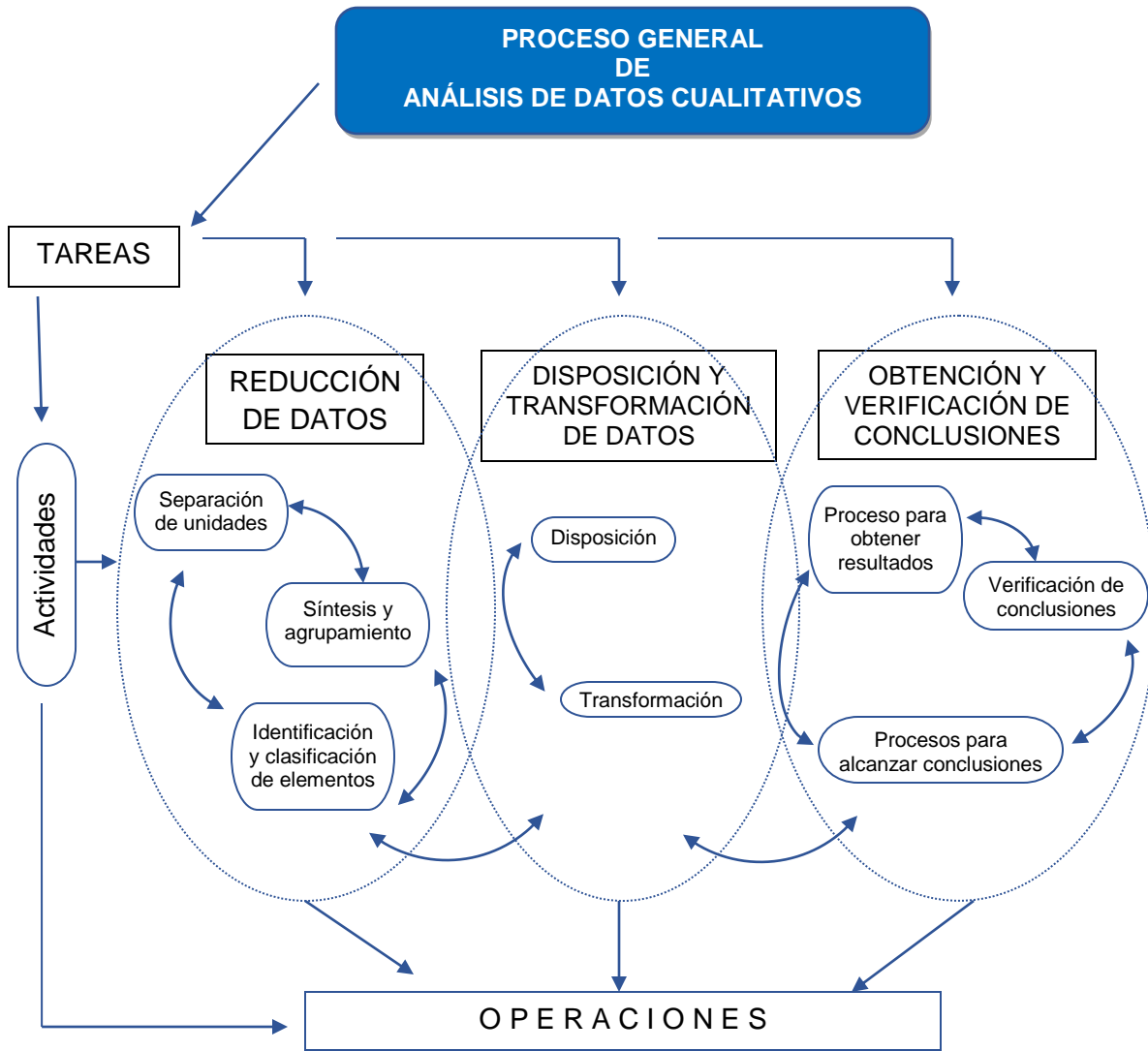


Figura 5. Proceso general de análisis de datos cualitativos. Esquema propuesto por Miles y Huberman, 1994.

3.5 Aspectos éticos

En esta investigación, con base en la 59ª enmienda por la Asamblea General de la WMA en Seúl Corea 2008 de la Declaración de Helsinki (1964)⁶³ Lineamiento Ético y la Ley General de Salud en su apartado del título segundo correspondiente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos capítulo I artículos 13 al 22, se buscará el beneficio de las personas participantes y su posible contribución al conocimiento humano, al alivio del sufrimiento y a la prolongación de la vida; por lo que se llevará a cabo de acuerdo con los tres principios éticos fundamentales: el respeto a las personas (principio de autonomía), la búsqueda del bien (principios de beneficencia y no-maleficencia) y la justicia.

CAPÍTULO 4 HALLAZGOS Y DISCUSIÓN

4.1 Presentación de las participantes

Adriana

Tiene 51 años de edad y su nivel de instrucción es la primaria. Su casa es propia en la que ha vivido desde hace 30 años con su esposo quién es el jefe de familia y tiene 63 años de edad y estudió la secundaria. Tiene dos hijos (una mujer y un hombre) ambos casados con los que sostiene una buena relación. Se dedica principalmente a los quehaceres del hogar. Refiere no tener apoyo de sus padres.

Sufrió el primer Infarto Agudo de Miocardio (IAM) a los 45 años de edad cerca de la navidad. Se encontraba cocinando cuando comenzó a tener disnea, dolor intenso en el pecho, pulmón y brazo izquierdo por lo que le pide al esposo la lleve al médico particular, quien le informa que está sufriendo un IAM. Cinco horas después es atendida en el Hospital General de su localidad, sin embargo no le dan un diagnóstico certero por lo que el esposo e hijo deciden llevarla al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INCICh).

Como antecedentes patológicos de importancia padecía hipertensión arterial con 8 años de evolución y al ingresar al INCICh por el IAM, se le diagnosticó además diabetes mellitus. Nunca ha fumado pero ha sido fumadora pasiva durante 35 años. Un mes y medio antes del IAM tuvo un Evento Vascular Cerebral (embólico) después de que su esposo la golpeó por un reclamo que ella le hace, ya que descubre que él le fue infiel con una mujer más joven.

En la actualidad padece varios factores de riesgo cardiovascular como: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, obesidad y sedentarismo. Solo realiza actividad moderada en su hogar.

Menciona que sufrió violencia en la infancia (le pegaban, la insultaban y la humillaban) por miembros de su familia (madre, padre, hermana y otra persona extraña), además de violencia sexual, de pareja, psicológica, física, económica hasta un mes antes del IAM.

Beatriz

Tiene 48 años de edad y su nivel de instrucción es la primaria. Su casa es propia en la que ha vivido desde hace 23 años con su esposo quién es el jefe de la familia, tiene 63 años de edad y estudió la primaria. Tiene dos hijos (uno adolescente y otro adulto joven). Se dedica principalmente a los quehaceres del hogar. En ocasiones organiza excursiones y cuida a su ahijada sin retribución económica.

Sufrió el Infarto Agudo de Miocardio (IAM) a los 45 años de edad. Comenzó un sábado con dolor de cuello, disnea y diaforesis. Tomó diclofenaco para mitigar el dolor. Tres días después su esposo la llevó con un médico particular, quien le recomienda llevarla a “Cardiología” porque presentaba síntomas de un infarto, sin embargo, el esposo y el hijo no la llevan inmediatamente porque consideran que “no le brindarían atención, además de pensar que tenía un costo muy elevado”. La llevan a un sanatorio cerca de su domicilio y ahí la refieren al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INCICH).

Como antecedentes patológicos de importancia padece diabetes mellitus tipo 2 desde hace 20 años e hipertensión arterial con un año de evolución. Al ingresar al INCICH le diagnosticaron hipertrigliceridemia. Fue fumadora pasiva por un año. Su

madre padece diabetes mellitus tipo 2 y el padre padecía hipertensión arterial y muere debido a un Infarto Agudo de Miocardio.

Actualmente además padece otros factores de riesgo cardiovascular como: hipercolesterolemia, sobrepeso y sedentarismo.

Menciona que sufrió violencia en la infancia (su madre y padre le pegaban) y de pareja (psicológica, física, económica y sexual).

Carolina

Tiene 44 años de edad y su nivel de instrucción es de posgrado. Su casa es rentada en la que vive con su segunda pareja quién es el jefe de familia, tiene 46 años de edad y estudios de posgrado. Estuvo casada por 16 años y tuvo 4 hijos (2 hijas y 2 hijos, el mayor vive con el padre). Se divorció un año antes del infarto. Se dedica principalmente a los quehaceres del hogar y realiza actividades profesionales por su cuenta en su casa.

Sufrió dos infartos, el primero a los 41 años de edad y el segundo 20 días después. Días antes había tenido insomnio, episodios de angina, dolor intenso en la boca del estómago acompañado de agruras, que se irradiaba a los hombros, las muelas, la laringe, por lo que pensó que se trataba de una gastritis y tomó “Durac” para aliviar el dolor. Por la mañana después de haber llevado a sus hijos a la escuela solicita la atención de una médica, quien le dijo que tenía síntomas de gastritis. Los síntomas persisten y le pide a su madre que la lleva a un hospital privado en donde le diagnostican un Infarto Agudo de Miocardio (IAM) y la refieren y trasladan en ambulancia al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INCICH).

Desconocía antecedentes patológicos personales, solamente se había identificado tabaquismo intenso (30 cigarrillos por día) por 30 años. Al ingresar al INCICH se le diagnosticó diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia.

En la actualidad padece varios factores de riesgo cardiovascular como, sobrepeso, sedentarismo y tabaquismo pasivo.

Menciona que sufrió violencia en la infancia (su madre le pegaba, la insultaba y la humillaba), además de violencia de pareja (psicológica, física, económica y sexual).

Daniela

Tiene 50 años de edad y su nivel de instrucción es la secundaria. Su casa es rentada en la que ha vivido desde hace 31 años con su esposo de 55 años de edad quién es el jefe de familia y estudió la primaria. Tiene 3 hijos (dos hijas y un hijo), su hijo es casado, con quienes sostiene una buena relación. Se dedica principalmente a los quehaceres del hogar, además cuida a su ahijado (se ignora si percibe algún salario).

Sufrió el Infarto Agudo de Miocardio (IAM) a los 46 años de edad. La noche previa al IAM, tuvo dolor de estómago (pensó que se trataba de indigestión), dolor de brazos, espalda y pecho. Su hija la llevó al médico particular pero sólo le administraron oxígeno; por lo que los síntomas persistieron, su hermano e hija decidieron llevarla a una clínica particular en donde le diagnosticaron IAM, la atención en el lugar tenía un costo elevado y por tal motivo deciden acudir al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INCICH).

Tenía como antecedentes patológicos de importancia diabetes mellitus tipo 2 con 2 años de evolución, hipertensión arterial desde hace 10 años y obesidad. Su

padre murió como resultado de una trombosis cerebral, dos de sus abuelos por IAM.

En la actualidad además padece hipercolesterolemia. Realiza actividad física regular desde hace 2 años y medio y camina una hora diaria.

Menciona que sufrió violencia en la infancia (su madre, hermano y hermana le pegaban, la insultaban y la humillaban). Reportó haber sido testigo de violencia de pareja de una vecina.

Elisa

Tiene 52 años de edad y su nivel de instrucción es la primaria. Su casa es prestada en la que vive con su yerno, nieta e hija quien es la jefa de familia (tiene 21 años de edad y estudió la secundaria). Su primer matrimonio fue a los 11 años de edad, vivió 10 años con su pareja y procreo con él 3 hijos. De su segunda pareja tuvo otros 4 hijos. Es trabajadora doméstica y además realiza quehaceres en su casa.

Sufrió el Infarto Agudo de Miocardio (IAM) a los 48 años de edad. Mientras dormía la despertó un dolor en la boca del estómago y brazos, tenía las manos y los dedos engarrotados y presentaba diaforesis; su hija de 13 años consiguió una pastilla para la hipertensión arterial que no se había tomado ese día, sin embargo el malestar no disminuyó por lo que sus hijos la llevaron al médico particular en donde le controlaron la hipertensión arterial y el dolor; por la mañana las molestias persistían, su hermana e hija decidieron solicitar atención en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INCICH).

Como antecedentes patológicos de importancia padecía hipertensión arterial y obesidad, al ingresar al INCICH por el IAM, se le diagnosticó además diabetes

mellitus tipo 2 e hipercolesterolemia. Fumó por 5 años, con un consumo de 20 cigarrillos por día. Ha sido fumadora pasiva durante 20 años.

En la actualidad además padece otros factores de riesgo cardiovascular como: hipertrigliceridemia y sedentarismo.

Menciona que sufrió violencia en la infancia (su madre y padre le pegaban, la insultaban y humillaban) además de violencia de pareja (física).

4.2 Causas a las que atribuyen las mujeres el haber tenido uno o más episodios de Síndrome Coronario Agudo en su modalidad de Infarto Agudo de Miocardio

Las mujeres que participaron en este estudio relacionaron el Síndrome Coronario Agudo con vivencias a lo largo de su vida, algunas coinciden en que todas se van acumulando y que llegan a manifestarse en un infarto, sin embargo, no todas identifican alguna o algunas causas o situaciones que estuvieron relacionadas con el Infarto Agudo de Miocardio.

Al revisar y escuchar las entrevistas se pudo identificar a tres de las mujeres incluidas en este análisis que identificaron alguna o algunas situaciones relacionadas con el Síndrome Coronario Agudo por lo que estos hallazgos y discusión se centrarán en estas tres mujeres.

La información publicada sobre la enfermedad coronaria en las mujeres desde la perspectiva cualitativa es muy escasa. Existe un trabajo que aborda el tema pero más bien desde lo que implica la construcción de vulnerabilidad ante la enfermedad, especialmente la femenina, y como responde el sistema de salud ante una enfermedad considerada como masculina cuando la mujer es quien la presenta, ambas situaciones tienden a entorpecer tanto el acceso al sistema de salud como tratamiento oportuno y correcto en las mujeres, algunos aspectos serán abordados en el presente análisis.⁶⁴ Por otro lado, existen pocos estudios cuantitativos, en su mayoría, se centran en los factores de riesgo cardiovascular^{7, 51}, que tampoco es un tema que pueda ser comparado con el presente trabajo. Por lo anterior estos hallazgos se discutirán desde la perspectiva de género para poder explicar las situaciones que viven las mujeres previas al IAM.

Las situaciones y los momentos que tienen relación con el IAM desde la perspectiva de género se vincula con situaciones o conflictos que tienen que ver

con el papel que desempeña la mujer dentro de su familia, a través del cumplimiento de roles, estereotipos y exigencias socialmente impuestas.

En el análisis surgen dos grandes categorías:

- Primera categoría: “Situaciones conflictivas antes del infarto”: miedo y discusión.
- Segunda categoría: “Todo lo que traigo arrastrando”: cautiverios; madre y esposa, madre buena y mala, culpa, aguantar, resentimientos y violencia.

1° “Situaciones conflictivas antes del infarto”

La cardiopatía isquémica en las mujeres ha sido analizada desde un enfoque positivista, señalando la importancia de los factores de riesgo cardiovascular que contribuyen a la aparición de un Síndrome Coronario Agudo, sin embargo, el paradigma naturalista permitió identificar en este estudio situaciones que pudieron tener relación con la presentación del infarto dándole voz a las mujeres para expresar sus vivencias.

La identificación de situaciones o causas que pudieron haber detonado el infarto en ocasiones no estaban tan claras o presentes en la mujer; por ejemplo en el caso de Adriana, la situación de conflicto para ella era una discusión que tuvo con su esposo que terminó en una golpiza por parte de éste un mes antes al infarto, que la condujo a un evento cerebro-vascular, sin embargo, en el transcurso de la entrevista fueron desvelándose otras situaciones. El infarto había sucedido en fechas cercanas a la navidad cuando tradicionalmente el esposo alcoholizado la golpeaba, lo que hace pensar en cómo este miedo y angustia tan grande finalmente se hicieron presentes en el cuerpo de la mujer.

[...] el miedo, el miedo que siempre le tenía, [se refiere al esposo] tenía mucho miedo cada vez que lo veía tomado pues yo temblaba de pies a cabeza doctora, solamente Dios sabe, temblaba desde los pies hasta la cabeza, así un miedo, es un miedo terrible me dolía el estómago así, me brincaba, es más hasta me brincaba el estómago, de cuando oía yo que azotaba la puerta, yo decía “Dios mío me va pegar, ya viene tomado”, y era un miedo tremendo. 00:22:40-6

[...] pero es de que, él [el esposo] desgraciadamente que siempre en navidad, en año nuevo, me daba unas tranquilizas doctora. ¡Imagínese! un día llego y me aventó al arbolito de navidad. [...] 00:54:29-6 (Adriana)

Otra posible causa del Síndrome Coronario Agudo puede tener relación con el aspecto económico y el rol de madre, en donde la madre debe tener el control sobre sus hijos y cumplir con cada una de sus obligaciones y expectativas para con sus hijos. Las mujeres que no tienen un trabajo remunerado económicamente se esfuerzan por darle a los hijos todo lo que les piden, como en el caso de Beatriz en donde realiza excursiones para poder “recrear” a sus hijos.

[...] en esos días [en una excursión] estaba bien, porque veía que no se me juntaba el dinero (golpea la mesa) y yo tenía que pagar el camión y sí andaba bien tensa, o sea andaba bien alterada, decían pus ya sino se llena, pus ya a ver cómo le hacemos pero tú no te presiones tanto. 00:09:35-9 (Beatriz)

Otra situación de conflicto tiene que ver con el cumplimiento de roles desde la perspectiva del hijo. Una discusión con el hijo en relación “al papel” que tiene la mujer como esposa, genera en la participante un gran estrés y sentimiento de culpa que parecen ser los precursores al infarto. Nuevamente podemos ver como las relaciones de género, el cumplimiento de reglas sociales, pueden estar vinculadas con el desencadenamiento de enfermedad en la mujer.

[...] mi hijo mayor estaba en un plan muy feo, muy agresivo, de hecho yo atribuyo a, a que lo que desencadeno el infarto, todo lo que da es un pleito que tuve cuando lo lleve a la escuela, que me gritaba y me gritaba pero, pero ¿qué pudo ser? pues el estrés, el estrés, yo le atribuyo mucho al estrés. 00:06:19-4
(Carolina)

2° TODO LO QUE TRAIGO ARRASTRANDO

En el análisis surge otra gran categoría denominada “Todo lo que traigo arrastrando”. En esta categoría las mujeres participantes hacen referencia a que independientemente del conflicto que tuvieron previo al infarto, existe una acumulación de situaciones que viven durante mucho tiempo y que lo relacionan con el infarto agudo de miocardio.

[...] entonces este, pienso que todo eso, traigo arrastrando muchas cosas y de que no he sido comprendida. (00:14:15-7) Adriana.

Son situaciones, hecho, acontecimientos o sucesos que forman parte de las vivencias o experiencias en las diferentes etapas de la vida de las mujeres.

[...] pienso no sé, o todo lo que traigo arrastrando no sé. (00:22:40-605) Adriana.

Los cautiverios

Los cautiverios son una mirada de Lagarde en donde expone las formas de opresión de las mujeres en cada círculo vital definido por sus normas, sus modos de vida y su cultura, a estos círculos vitales los define como cautiverios; pero no son necesariamente vividos por las participantes con dolor, adquiere un gran valor cuando es enunciado en una lengua patriarcal porque es: lealtad, entrega y abnegación.¹⁶

Las mujeres que participaron en este estudio responden a patrones tradicionales de género, en cuanto a su forma de organización, principalmente en el matrimonio y la maternidad.

De acuerdo con factores sociales y culturales a las mujeres se les exige ser madres y esposas, está impuesto socialmente, así como lo que se espera de ellas, solo por ser mujeres; se les educa para desempeñar roles como madre y ama de casa, se les asigna por naturaleza la reproducción y la crianza de los hijos. Además se espera que se comporten de acuerdo a su rol, por ejemplo: amorosas, tiernas, abnegadas, hogareñas y que sean cuidadoras de todos a su alrededor y cuando al fin se cumple con estos estereotipos se dice que la mujer ha llegado a ser una verdadera mujer o una mujer plena. Son educadas de tal manera que antes de nacer se va estableciendo lo que cada una debe realizar.¹²

Como es el caso de una de las participantes del estudio que considera que su deber es cuidar de los hijos aunque ellos sean mayores de edad:

[...] me preocupa y este, pus si digo, yo sé que se tienen que ir un día [los hijos] pero que se casaran y que se fueran, así yo digo: bueno ya sé que están con una familia, con una mujer. 00:36:49-4 (Beatriz)

Al igual que muchas mexicanas, las mujeres de este estudio desempeñan roles de madre, esposa y ama de casa; cuidan y protegen a todas las personas que están a su alrededor, hermanos, hijos, yerno y esposo, y en algunos casos, el cumplimiento de éstos roles se relacionan con el momento del infarto.¹⁶

Ser madrespasa como lo menciona Lagarde es algo inherente, propio de lo femenino, que se ha instalado y se concibe como una norma, e incluso existe una proyección social sobre lo que es ser madrespasa, que trasciende a la madre (biológica) y crea situaciones y roles que deben ser adoptados por las niñas, las no madres, tanto en la esfera privada como pública.

Ser madre y esposa

Las mujeres asumen ser esposas y madres por naturaleza, y por tanto adquieren la función de la reproducción, al ser madres y esposas tienen que cumplir con expectativas, por ejemplo, dedicarse a mantener limpio el hogar, cuidar de los hijos, ser tiernas y amorosas con la familia. Estas expectativas son normas establecidas socialmente que se aprenden a través de la religión, la educación (tanto en hogar como fuera de éste) y la cultura.¹⁰ Cumplir con las expectativas tuvo gran importancia sobre las decisiones y el actuar de las mujeres participantes

del presente estudio. En ocasiones las expectativas son aprendidas desde la infancia, pero además, exigidas por la sociedad, principalmente por la madre y el esposo.

[...] me exigen ser alguien que no soy, o sea, mi mamá es de: ¿por qué no cuidas más a tus hijos? - ¡Yo trabajo en mi casa por cuidar a mis hijos! [...] 00:22:12-5 (Carolina)

La conducta de las participantes se relaciona con patrones de género tradicionales, son “cuerpo para otros”, es decir, cuidan a los demás, lo que implica entregar su persona, cariño, fuerzas, tiempo y actividades para satisfacer a los hijos o la pareja.^{12, 16} Las mujeres expresan que para ellas es indispensable mantener la casa limpia, atender al esposo e hijos, aquí se identificó que ellas cumplen con estereotipos. Conscientemente se visualizan como las únicas que puede atender a los hijos porque saben qué les gusta y qué no.

[...] en mi casa no hay muchacha, a mí me ponen muy nerviosa las muchachas, porque a mí no me gusta que nadie les cocine, o sea como que a mí me parece que yo tengo que cocinarles a mis hijos, porque yo sé qué es lo que les gusta y todo [...] 00:45:40-7 (Carolina)

Ser “madre y esposa” o “madresposa” de acuerdo con la categoría que utiliza Marcela Lagarde, es el destino de toda mujer, se aprende desde la infancia, de tal forma que se pone en práctica continuamente.¹⁶ En las participantes se identifica que desde la infancia cumplen con el rol de “niñas madres”, se encargan del cuidado de los hermanos o se casan a temprana edad.

Madre buena y mala madre

Según la cultura, la conducta humana es representada de manera binaria, es decir, lo bueno o lo malo. Por ejemplo las representaciones y el significado que se tiene de la mujer en la tradición cristiana occidental, Eva y María, son ejemplos claros del porqué se considera buena o mala.¹⁶ Si es obediente, sumisa y vive sólo para los hijos es buena madre, en cambio, si se separa del esposo, abandona a los hijos o rompe con los esquemas establecidos, se considera como una mala madre. En el caso de las participantes las acusaciones de mala madre provienen de los familiares más cercanos, sin embargo, también tiene una gran influencia en las mismas participantes, producen un gran imaginario en ellas.

[...] o sea siempre, siempre, yo desde que deje a su papá, fue un reclamo sobre todo el mayor, una agresividad espantosa; pero espantosa, varias veces estuvo a punto de golpearme, 00:07:41-6 (Carolina)

Y mi mamá, haga de cuenta en un plan así toda obligándome diciendo que mala madre eres, mira que mal atendidos están y todo. 00:12:07-6 (Carolina)

[...] “oye no es cierto, yo ni soy mala madre, soy buena madre, yo les hago de comer, yo les lavo la ropa”. 00:45:40-0 (Carolina)

La mujer se encuentra presa, "cautiva", en su rol madrespasa, cualquier tipo de fuga es sentenciada y menospreciada por la sociedad, tal es el caso de aquellas situaciones en las que no se cumple lo guiado por la conyugalidad y maternidad.

Los hallazgos de este estudio al igual que los de Tajer et al, evidencian que los desencadenantes del evento coronario en algunas mujeres tiene relación con la autoexigencia, esforzarse en el último tiempo, ser una "súper mujer" que es vista por las mujeres de acuerdo a la situación socioeconómica de cada una. ⁶⁴

Las madres cuidan de otros sin importar que ellas también necesitan ser cuidadas, sus necesidades se minimizan. Para las madres son más importantes los hijos, es importante complacerlos y ser una "buena madre".

Yo me considero una buena mamá; pero mi hijo y mi mamá son personas que siempre descalifican, que critican todo, entonces, que además sienten que ellos hacen todo bien. 00:22:12-5 (Carolina)

Culpa

Al no cumplir con las expectativas que se tienen sobre el estereotipo de madre o esposa, las mujeres sienten cierta exigencia principalmente de la familia, sin embargo, terminan exigiéndose a ellas mismas, tal vez esta respuesta se relaciona con la presentación del Síndrome Coronario Agudo, de esta misma manera surgen pensamientos de culpa. ¹⁶

La culpa puede estar relacionada con aquello que las mujeres creen no haber cumplido (en el pasado). En el caso de nuestras participantes la culpa se presenta por sentir que no cumplen con su rol, por estar cautiva, viviendo y pensando que no cumplen con los estándares de ser una buena madre y entonces se cae en ser

una mala madre porque no se hace lo que la familia, sociedad o hijos quieren, en otro caso la culpa también aparece porque se pierde algo tan valorado por la pareja como es la virginidad, sobre todo cuando él lo exige.

En el caso de una mujer que sufre un abuso sexual en la infancia, esta situación además de resentirla toda la vida, le genera consecuencia en la relación con la pareja, si logra casarse su esposo le recrimina toda la vida sobre aquella falta o mancha y ella permanece en esa relación enganchada, dependiente del hombre, acepta todo lo que él pueda decirle en relación a esa situación, acepta ser castigada y merecedora de reproches por parte de su pareja. ¹⁶

[...] y me quedo con eso doctora toda la vida [abuso sexual], y se lo digo a mi esposo y no me comprende él, sino siempre él, bueno ahora no dice nada pero más antes siempre me maltrató mucho, cada vez que tomaba me pegaba, por esta situación, siempre traigo eso (llorando). 00:16:38-9 (Adriana)

Aguantar

En esta categoría las madres y esposas como mujeres deben “aguatar”, es decir, deben cumplir con roles y exigencias de la sociedad, incluso de la propia familia, hacer a un lado los resentimientos y la violencia, y aun así deben ser felices, porque además si es una mujer que ha sufrido tanto, es una santa, ¡pobre ha sufrido tanto! No todo es dolor, es visto como un logro, porque desde el patriarcado, adquiere el reconocimiento como una mujer leal y abnegada.¹⁶

[...] siempre aguanté, así que, y él siempre me decía: “que lo que yo tenía” y “que lo que yo tenía era muy feo” y “que lo que yo tenía” [abuso sexual] y tomado.... imagínense cuantas groserías me decía, que si me había gustado lo que me hacía mi padre, tantas cosas que me decía, y eso todo eso, una vida he aguantado así, una vida. 00:21:09-2 (Adriana)

Resentimientos

Los sucesos vividos por las participantes durante la niñez generan resentimientos por tratarse de un abuso sobre el cuerpo de las niñas, considerado como un abuso de poder sobre su persona, sobre su cuerpo. En estos casos las niñas que son víctimas de abuso sexual mantienen resentimiento hacia su agresor y también hacia la persona que no las cuidó; la mamá que es considerada como culpable por no cuidarlas y por no preservar su “virginidad” tan valorada. En este caso por no cumplir con este rol de cuidadora y por no mantener un elemento importante para el matrimonio, la madre es calificada como una “mala madre” y la hija como “mala hija”, situación que perdura largo tiempo y reaparece con el recuerdo, estará presente durante toda la vida.¹⁶

[...] de niña fui violada, siempre he traído ese, ¿cómo se puede decir? resentimiento y fui violada por dos personas diferentes. Que la primera fue cuando yo tenía 5 años, fue mi padre. La segunda yo trabajaba, era niña porque pus tenía 12 años, trabajaba en casa y el hijo de los patrones abusó de mí. Y siempre he traído eso [...] 00:13:31-1 (Adriana)

Violencia

En relación a otras situaciones que desencadenan los eventos coronarios las participantes hicieron referencia a la violencia vivida: en la infancia, de pareja o ambas. Estos hallazgos coinciden con los identificados por estudios realizados por Gass, Scott, Dichter,^{6, 7,50} en donde identificaron que las mujeres que son víctimas de violencia de pareja presentan varios factores de riesgo para la salud en general y que además muestran conductas de riesgo como el tabaquismo.

[...] viví mmm, ahorita le voy a decir cuántos años, como 16 o 17 años con un señor muy abusivo, alcohólico, golpeador, de todo tipo de violencia, todas las violencias, todas me las practicó, todas, y eso me hacía vivir muy angustiada a mí [...] 00:16:37-3
(Carolina)

También se presentó entre las participantes la violencia psicológica aunque es difícil de identificar en algunas, sin embargo, este tipo de maltrato también es un factor estresante que contribuyó a la aparición del Síndrome Coronario Agudo desde el punto de vista de las participantes.

[...] y ve por decirle a mi esposo lo que me había pasado [abuso sexual], siempre fue maltrato, maltrato psicológico. En su juicio no eh, en su juicio nunca me maltrata, nunca me dice nada, pero si él tomaba una o dos veces por semana pus eran dos tranquilizantes a la semana, si tomaba una vez pues una vez, pero no me escapaba de ahí, o sea que cuando venía de veras, que

ya ni supiera ni de él, era cuando me salvaba de los
trancazos. 00:32:12-9 (Adriana)

[...] por ejemplo, él siempre como le dije hace ratito me
dice: “eres una basura”, “eres una puta”, “tú no vales
nada” o cuando llegaba bien tomado me decía este ¿si
te gusto lo que te hizo tu pinche padre? me decía, que
te cogió tu padre, esas son, son palabras que las traigo
aquí (llorando) y me duelen aquí doctora [...] 00:39:52-
1 (Adriana)

Para las participantes el infarto se relaciona con situaciones estresantes, sin embargo, es difícil identificar la causa o situación que pudo originarlo, lo que sí está claro es que además se relaciona con vivencias desde la infancia hasta la edad adulta, principalmente en su círculo vital y que se relacionan con su género, con el rol que desempeñan como mujeres dentro de su familia, tratando casi siempre de cumplir estereotipos y exigencias que la misma familia y sociedad demanda y que además ellas han aprendido. Quizás estos modos de vida no son de dolor, ni de opresión, ni de maltrato por el contrario pueden vivir felices porque se le concibe como buenas amas de casa, buenas madrespasa, como mujeres leales, entregadas y abnegadas.

CAPÍTULO 5 CONCLUSIONES

Tres mujeres fueron capaces de identificar situaciones o conflictos que estuvieron relacionados con el momento del infarto, en algunos casos eran situaciones inmediatamente previas, pero en otros tenían que ver con conflictos que vivieron a lo largo de su vida.

Desde la perspectiva de género, todas ellas, cumplieron cabalmente con sus roles socialmente impuestos; no lo hicieron de manera consciente, lo vivieron porque así debía de ser, y cuando tienen el evento coronario, entonces se dan cuenta de lo que han vivido, pues como si fuera un “milagro”, se termina la violencia, el estrés, los conflictos, para ahora ser cuidadas por los demás, y en algunos casos hasta el grado de convertirse en una persona discapacitada que depende casi absolutamente de otro para su cuidado.

Para otras el haber sufrido un infarto implicó la ruptura total con su vida previa, sin embargo, aún persiste el cumplimiento de roles y estereotipos, no obstante fue un momento para reflexionar sobre su vida, sobre ella, y quizá dar cabida para pensar un poco en su bienestar.

Ser madres y esposas no es un rol sencillo y menos cuando se tiene que cumplir expectativas socialmente impuestas, la incorporación del sufrimiento es algo que se hace y no se piensa. Las huellas del pasado pueden ser difíciles de borrar, pero aprender a vivir con ellas puede ser menos doloroso.

5.1 Ventajas del estudio

- Ahorro de tiempo y recursos para la obtención de datos.
- Permite verificar los hallazgos con los investigadores de la investigación primaria.
- Se aprovechan los datos al máximo para diversas investigaciones.
- Ayuda a generar nuevas hipótesis.
- Tener al alcance los datos primarios lo que permite remitir en caso de alguna duda.
- Se hace una revisión más exhaustiva de la literatura.

5.2 Limitaciones del estudio

- Se trata de un análisis secundario de datos, los cuales primero fueron recolectados para otro estudio distinto al presente, lo que limita el análisis e interpretación.
- Hay que adaptarse al número de participantes que ya existen del estudio de base, sin poder seleccionar libremente para el análisis secundario a realizar.
- Los datos no contienen información suficiente para responder todos los objetivos planteados para el análisis secundario.
- Si algún dato o alguna palabra no queda clara es imposible corroborar ya que no se tiene acceso a las mujeres participantes solo a los audios de las entrevistas.

- Como investigadores realizar el análisis secundario es complicado por no ser parte del equipo investigador primario.
- El análisis secundario es poco usado por los investigadores cualitativos, además el tema de violencia de género y síndrome coronario agudo en mujeres también es poco explorado en la investigación cualitativa.
- Existe poca literatura en relación al análisis secundario cualitativo.

5.3 Aportaciones a la Enfermería

- Los profesionales de enfermería pueden desempeñar un papel importante en el cuidado de las personas, sean enfermas o sanas, ya que son el primer contacto con los pacientes. Las y los enfermeros deben conocer y después reconocer que la violencia es un problema de salud pública que afecta a toda la población y que puede tener ciertas repercusiones sobre la salud. Además de conocer las normas, organismos y programas que existen para el apoyo de personas que sufren violencia.
- Con este trabajo se logra aportar conocimiento con el fin de que el profesional de enfermería desarrolle una atención más humanizada.
- Al generar conocimiento se proporcionan elementos para brindar una atención más integral e incluir a la familia en la prevención, tratamiento y rehabilitación del Síndrome Coronario Agudo.
- Hay pocos estudios sobre este grupo de mujeres, lo que convierte en una área nueva que enfermería podría explorar.
- Al exponer las posibles situaciones que tienen relación con el Síndrome Coronario Agudo en mujeres, permite que enfermería proponga cambios en el cuidado que ofrece a este tipo de pacientes.

- Con el conocimiento generado en esta investigación se pueden desarrollar intervenciones de enfermería que favorezcan o minimicen todas aquellas situaciones que tienen relación con el infarto.
- Los hallazgos de este estudio permiten a los profesionales de enfermería identificar qué patrones funcionales o necesidades humanas básicas se encuentran alteradas que no permiten el bienestar de las mujeres y así desarrollar intervenciones de enfermería más humanizadas, incluso aplicarlas a los hombres.
- Los hallazgos de esta investigación brinda elementos a la profesión de enfermería para centrar investigaciones, intervenciones, planes de cuidado en relación al autocuidado de las mujeres y así prevenir el Síndrome Coronario Agudo.

REFERENCIAS

- ¹ Lamas M. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría “género”. En: El género la construcción cultural de la diferencia sexual. México: Miguel Ángel Porrúa; 1996.p. 327-366.
- ² Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller, M. Ending violence against women. Population reports, series L, No. II. Baltimore, Johns Hopkins University school of public health, population information program, december 1999.
- ³ Mendis S, Puska P, Norrving B. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva: World Health Organization; 2011.
- ⁴ Principales causas de mortalidad en mujeres 2008, datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).
- ⁵ Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk. Geneva: World Health Organization, 2007.
- ⁶ Gass JD, Stein DJ, Williams DR, Seedat S. Intimate partner violence, health behaviours, and chronic physical illness among South African women. S Afr Med J. 2010; 100 (9): 582-585.
- ⁷ Scott-S K, Wuest J, Ford G M. Intimate partner violence and cardiovascular risk: is there a link? J Adv Nurs. 2009; 65(10):2186-2197.
- ⁸ OMS (consultado 22 de febrero de 2013) Disponible en: <http://www.who.int/topics/gender/es/>
- ⁹ Gómez G E. Equidad género y salud. Revista mujer y salud. 2000; (3): 10-17.

¹⁰ Scott J W. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: El género la construcción cultural de la diferencia sexual. México: Miguel Ángel Porrúa; 1996.p. 265-302.

¹¹ Beauvoir S. El Segundo sexo. Madrid; cátedra; 2005.

¹² González R M A. Mujeres y hombres: ¿Qué tan diferentes somos? Manual de sensibilización en perspectiva de género. 3ª edición. Jalisco: Instituto jalisciense de la mujer; 2008.

¹³ Diccionario de la real academia de la lengua española (consultado 22 de febrero de 2012). Disponible en <http://lema.rae.es/drae/?val=rol>

¹⁴ Cazés D. Perspectiva o enfoque de género, análisis de género y teoría de género. En: la perspectiva de género. México: CONAPO, CNM; 2000. p. 37-53.

¹⁵ Artilles V L. Equidad de salud y etnia desde la perspectiva de género. Rev Cubana Salud Pública. 2007; 33(3): (línea) disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_3_07/spu08307.htm (consultada el 1 de marzo de 2013).

¹⁶ Lagarde Ríos M. Los cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas.5ª ed. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2011.

¹⁷ Naciones Unidas (consultado 28 de febrero de 2012) Disponible en: <http://www.un.org/es/globalissues/women/violencia.shtml>

¹⁸ Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud. Washington; Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2002.

¹⁹ Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

²⁰ Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. Organización Mundial de la Salud. Suiza; 2005. p.1-34.

²¹ Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM), México, 2003.

²² Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM), México, 2006.

²³ Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH). México, 2003.

²⁴ Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH). México, 2006.

²⁵ Naciones Unidas. Asamblea general. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. 20 de diciembre de 1993. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/48/104>

²⁶ 49ª Asamblea Mundial de la Salud. Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública. Beijing (1995). Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf

²⁷ Instituto Nacional de la Mujeres. Disponible en: <http://www.inmujeres.gob.mx/>

²⁸ Violencia contra la mujer, violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Nota descriptiva N.º 239. Noviembre de 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

²⁹ Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, World Health Organization, 2011.

³⁰ Mathers C D, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLOS Med. 2006; 3(11): e442.

³¹ Murray C J, Lopez A D. Mortality by cause for eight regions of the world: Global burden of disease study. Lancet. 1997; 349 (9061):1269-1267.

-
- ³² Rosamond W D, Chambless L E, Folsom A R, Cooper L S, Conwill D E, Clegg L, et al. Trends in the incidence of myocardial infarction and in mortality due to coronary heart disease, 1987–1994. *New Engl J Med.* 1998; 339 (13): 861-867.
- ³³ Pilote L, Dasgupta K, Guru V, Humphries KH, McGrath J, Norris C, et al. A comprehensive view of sex-specific issues related to cardiovascular disease. *CMAJ.* 2007; 176(6 suppl):S1-44.
- ³⁴ American Heart Association; Heart and Stroke Statistics-2004 Update, Dallas, 2004, American Heart Association.
- ³⁵ Escobedo de la P J, Rodríguez A G, Buitrón G L V. Morbilidad y mortalidad por cardiopatía isquémica en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Estudio ecológico de tendencias en población amparada por el Instituto Mexicano del Seguro Social entre 1990 y 2008. *Arch Cardiol Mex.* 2010; 80(4): 242-248.
- ³⁶ SINAVE/DGE/SALUD/Panorama Epidemiológico y Estadístico de la Mortalidad en México 2010.
- ³⁷ SUIVE/DGE/SALUD/Información Epidemiológica de Morbilidad, Anuario 2011. Versión Ejecutiva.
- ³⁸ Kumar A, Cannon C P. Acute Coronary Syndromes: Diagnosis and Management, Part I. *Mayo Clin Proc.* 2009; 84(10): 917-938.
- ³⁹ Crea F, Liuzzo G. Pathogenesis of Acute Coronary Syndromes. *J Am Coll Cardiol.* 2013; 61(1): 1-11.
- ⁴⁰ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Acute coronary syndromes. Edinburgh: SIGN; 2013. (SIGN publication no. 93). Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign93.pdf>
- ⁴¹ Lacy N M C. Cardiopatía en la mujer. En: *Tratado de Cardiología, México.* 2006.
- ⁴² Bosque R A. *RevFacMed UNAM.* 2005; 48: 66-8.

-
- ⁴³ OMS, 2013. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- ⁴⁴ O'Donnell C J, Elosua R. Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham heart study. *RevEspCardiol*. 2008; 61(3): 299-310.
- ⁴⁵ Lira M T, Kunstmann F S, Caballero M E, Guarda S E, Villarreal P L, Molina Y J C. Prevención cardiovascular y actitud de cambio frente a los factores de riesgo: un análisis crítico del estado actual. *Rev Méd Chile*.2006; 134: 223-230.
- ⁴⁶ Roeters van Lennep JE, Westerveld HT, Erkelens DW, van der Wall EE. Risk factors for coronary heart disease: implications of gender. *Cardiovasc Res*. 2002; 53(3): 538-49.
- ⁴⁷ Cordero A, Alegria E. Sex differences and cardiovascular risk. *Heart*. 2006; 92 (2): 145-146.
- ⁴⁸ Nanette K, Weger MD. You've come a long way, baby. Cardiovascular health and disease in women problems and prospects. *Circulation*. 2004; 109: 558-560.
- ⁴⁹ Rohlfs I, García M M, Gavalda L, Medrano M J, Juvinya D, Baltasar A, et al. Género y cardiopatía isquémica. *Gac Sanit* 2004; 18 (Supl 2): 55-64.
- ⁵⁰ Dichter ME, Cerulli C, Bossarte RM. Intimate partner violence victimization among women veterans and associated heart health risks. *Womens Health Issues*. 2011; 21(4 Suppl): S190-S194.
- ⁵¹ Stene L E, Jacobsen G W, Dyb G, Tverdal A, Schei B. Intimate partner violence and cardiovascular risk in women: a population-based cohort study. *J Womens Health (Larchmt)*. 2013; 22 (3): 250-258.
- ⁵² Lown E A, Vega W A. Intimate partner violence and health: self-assessed health, chronic health, and somatic symptoms among Mexican American women. *Psychosomatic Medicine*. 2001; 63: 352-360.

⁵³ Orth G K, Wamala S P, Horsten M, Schenck G K, Schneiderman N, Mittleman M A. Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease. The stockholm female coronary risk study. *JAMA*. 2000; 284(284): 3008-3014.

⁵⁴ Batten S V, Aslan M, Maciejewski P K, Mazure C M. Childhood maltreatment as a risk factor for adult cardiovascular disease and depression. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65: 249-254.

⁵⁵ Rich Edwards J W, Mason S, Rexrode K, Spiegelman D, Hibert E, Kawachi I, Jun H J, Wright R J. Physical and sexual abuse in childhood as predictors of early-onset cardiovascular events in women. *Circulation*. 2012; 126(8): 920-927

⁵⁶ Thomson E F, Bejan R, Hunter J T, Grundland T, Brennenstuhl S. The link between childhood sexual abuse and myocardial infarction in a population-based study. *Child Abuse y Neglect*. 2012; 36 (9): 656-665.

⁵⁷ Frayne S M, Skinner K M, Sullivan L M, Freund K M. Sexual assault while in the military: violence as a predictor of cardiac risk? *Violence and victims*. 2003; 18 (2): 219-225.

⁵⁸ Denzin NK, Lincoln YS. Introduction: entering the Field of Qualitative Research. *En Handbook of Qualitative Research*. Londres: Sage; 1994. P. 1-18.

⁵⁹ Heaton J. Secondary analysis of qualitative data. *Social Research Update* [Internet]. 1998 [Consulta 12 de junio de 2013]; (22). Disponible en: <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU22.html>

⁶⁰ Lambert C. Edmund Husserl: la idea de la fenomenología. *Teología y Vida*. 2006; XLVII (4): 517-529.

⁶¹ Rodríguez G G, Gil F J, García J E. Metodología de la investigación cualitativa. 2ª ed. Archidona (Málaga): Aljibe; 1999.

⁶² Software gratuito “f4” (2005), creado por estudiantes de doctorado en Alemania. Disponible en: <http://www.audiotranskription.de/english/f4.htm>

⁶³ Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008. Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdfhttp://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf

⁶⁴ Tajer D. Heridos corazones de mujeres. En: Heridos corazones vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. 1ª ed Buenos aires: Paidós; 2009. p. 69-24.

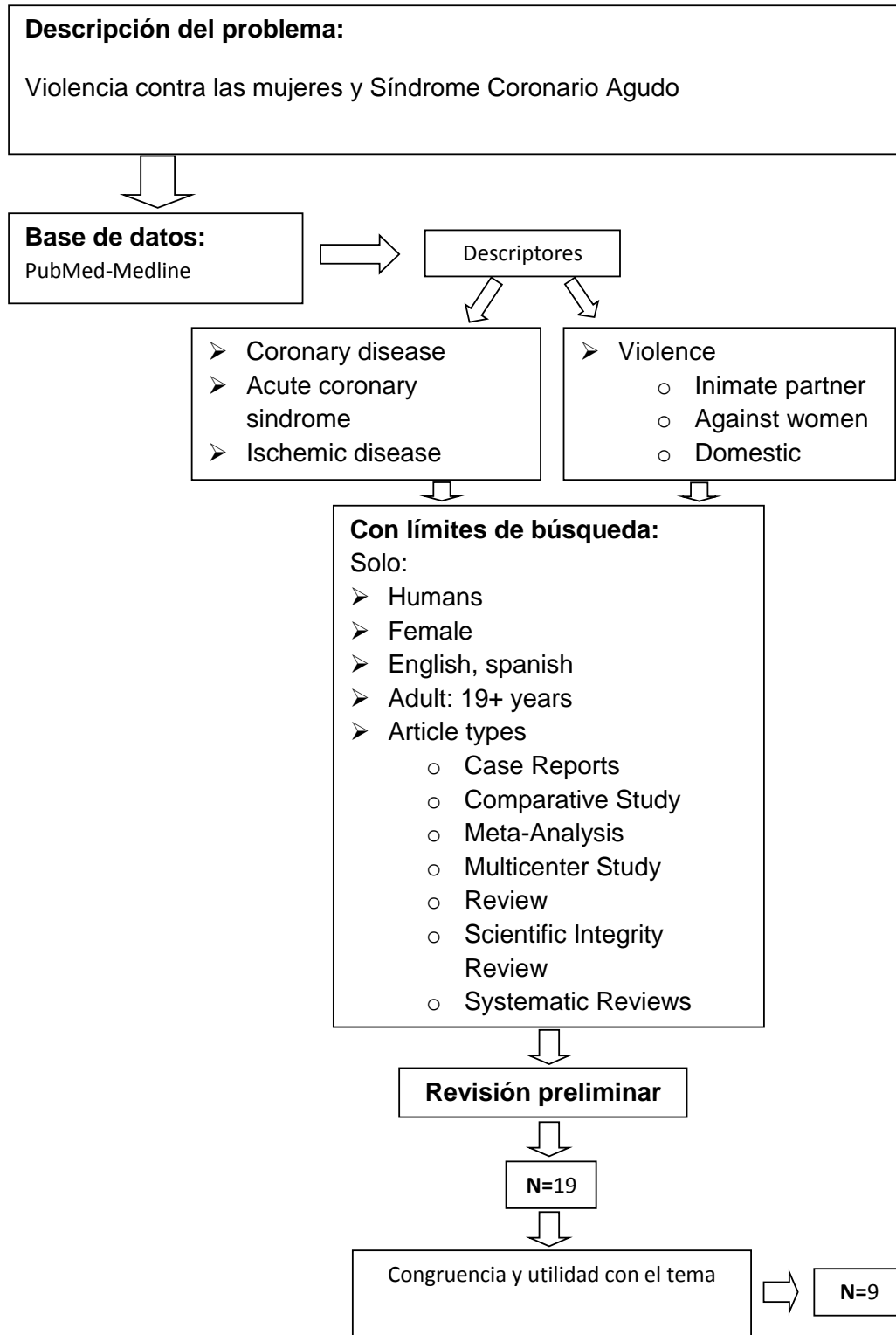
ANEXO I

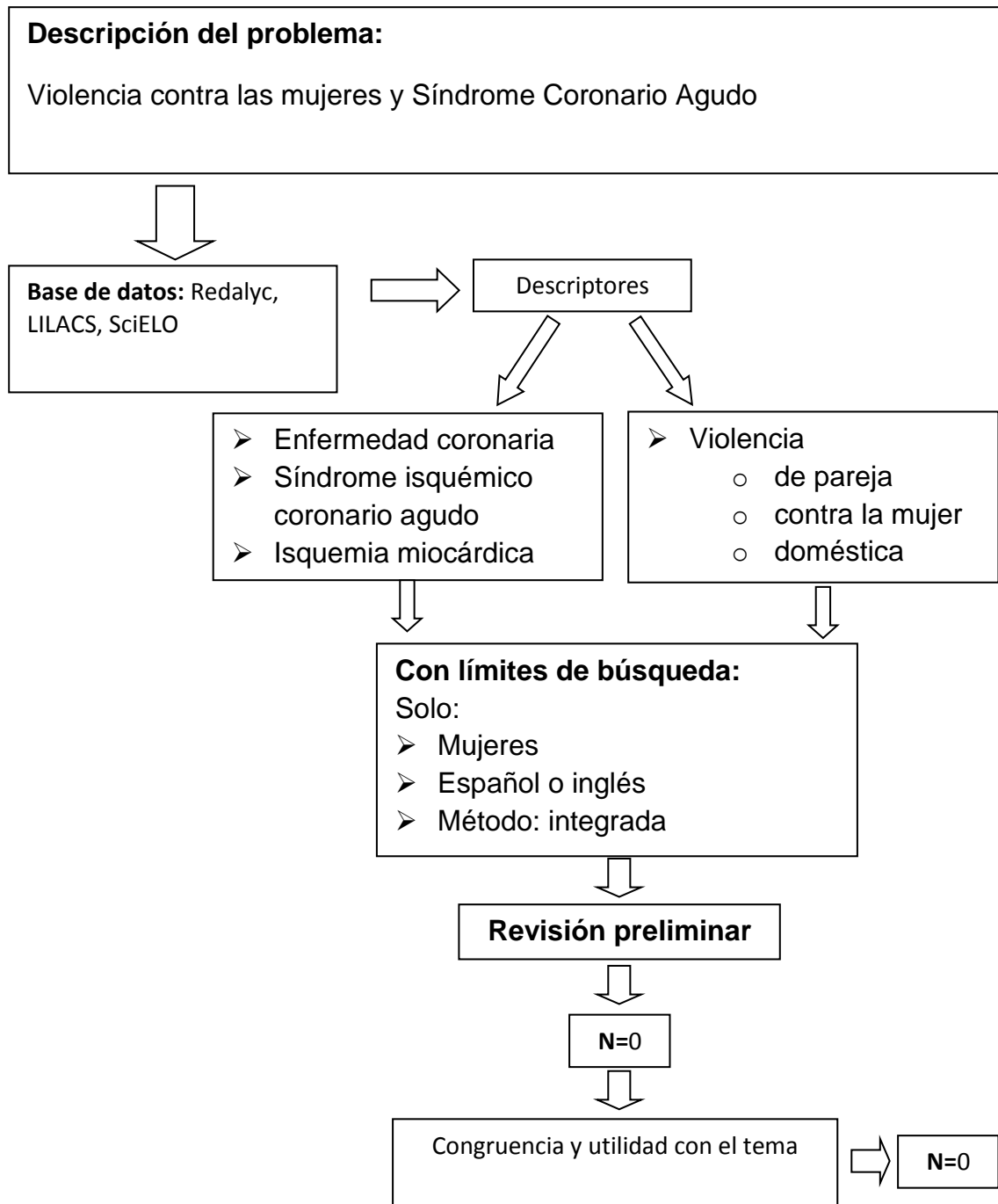
En la revisión de la literatura para identificar lo que se ha escrito sobre la violencia contra las mujeres y el Síndrome Coronario Agudo se encontró que en el mundo se ha escrito poco sobre el tema, por lo tanto son pocos los estudios que relacionan estos dos grandes temas.

La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos, utilizando los descriptores que a continuación se presentan:

- PubMed:
- Redalyc: Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
- LILACS: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud
- SciELO: Scientific Electronic Library Online

PubMed





ANEXO II

Guía de entrevista semiestructurada

1. ¿Cuándo sufrió usted el primer infarto al corazón?
2. ¿Recuerda que fue lo primero que pensó cuando empezó el dolor?
3. ¿Qué hizo para tratar el dolor? ¿Acudió antes a otro servicio médico? ¿A cuál?
4. ¿Qué sintió?
5. ¿Cuánto tiempo transcurrió entre que empezó el dolor más intenso y llegó al INC?
6. ¿A qué atribuye usted que le haya dado un infarto? ¿Tuvo una situación conflictiva antes del infarto?
7. ¿Considera usted que el o los infartos que sufrió modificaron en algo su vida? ¿En que la han modificado?
8. ¿Alguna vez en su vida ha recurrido a otro tipo de terapias (homeopatía, herbolaria, acupuntura, etc.) que no sean las que ofrecen los médicos en las clínicas y hospitales? ¿Lo ha hecho después del infarto? ¿Cómo se ha sentido o sintió?
9. ¿Qué significa para usted cuidar de su salud?
10. ¿Qué cree usted que le hace falta para estar bien?
11. A usted ¿le gustaría participar en un grupo de mujeres que comparten su mismo problema de salud? Este grupo tendría la finalidad de intercambiar experiencias, formas de manejar emociones y sobrellevar la vida después de infarto. En caso afirmativo, ¿cada cuánto tiempo estaría usted dispuesta a acudir a las reuniones?