

Angina de pecho en mujeres del departamento de Nariño

Angina Pectoris in Women from the Department of Nariño

Angina de peito em mulheres do departamento de Nariño

CARMEN OFELIA NARVÁEZ ERAZO*, PATRICIA BENAVIDES ACOSTA**, ROSARIO ROSALES JIMÉNEZ***

Resumen

El artículo describe el estado del conocimiento sobre la enfermedad coronaria en las mujeres en el departamento de Nariño. La consulta a expertos, las visitas institucionales y la revisión documental a nivel regional, permitieron estructurar una visión general de la enfermedad coronaria en las mujeres en comparación con los hallazgos encontrados en estudios nacionales e internacionales, además visualiza algunas concepciones culturales que condicionan los comportamientos. Se concluye que en Nariño comienza a esbozarse el intento de llenar el vacío investigativo respecto al tema desde el objeto de estudio del enfermero.

Palabras clave: angina de pecho, factores de riesgo, hábitos (Fuente: DeCs, Bireme).

Abstract

This article describes the state of knowledge about the coronary disease in women from the Department of

Nariño. Expert consultation, institutional visits and document review at regional level allowed structuring an overview of the coronary disease in women in contrast with the findings of national and international studies. Likewise, it considers some cultural conceptions conditioning behaviors. It was found that in Nariño an attempt to fill in the research void about the issue is originating from the nurse subject of study.

Key words: Angina pectoris, risk factors, habits (Source: DeCs, Bireme).

Resumo

O artigo descreve o estado de conhecimento sobre a doença coronária nas mulheres no departamento de Nariño. A consulta de especialistas, as visitas institucionais e a revisão documental a nível regional possibilitaram a estruturação de uma visão geral da doença coronária nas mulheres a respeito dos achados encontrados em estudos nacionais e internacionais, além de visualizar algumas concepções culturais que condicionam os comportamentos. Conclui-se que em Nariño começa a se manifestar a tentativa de fechar a brecha nas pesquisas relativas a este tópico desde o objeto de estudo do enfermeiro.

Palavras chave: angina de peito, fatores de risco, hábitos (Fonte: DeCs, Bireme).

* Especialista en el Cuidado del Paciente Crítico, otorgado por la Universidad Marina de Pasto en convenio con la Universidad Nacional de Colombia. cnarvaez@umariana.edu.co, Colombia.

** Enfermera Universidad Mariana de Pasto. Colombia

*** Magister en Docencia Universitaria, Universidad de Nariño. Colombia.

INTRODUCCIÓN

A partir de la revisión de las estadísticas mundiales respecto a la enfermedad coronaria en la mujer, se hace una descripción contextual del departamento de Nariño, la cual pretende mostrar la multiculturalidad existente en la región y el comportamiento estadístico de la isquemia coronaria en la población femenina; igualmente, algunos estudios respecto al tema, los cuales apuntan básicamente al estudio de factores de riesgo para esta, en ellos se deja entrever cómo los arraigos culturales influyen en la percepción de un cuerpo sano o enfermo y condicionan el comportamiento de las mujeres frente al factor de riesgo cardiovascular, dichos resultados se contrastan con resultados de estudios nacionales e internacionales.

CONTEXTO MUNDIAL

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte de las mujeres en gran parte del mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de ocho millones de mujeres mueren cada año por causa de enfermedades relacionadas con el corazón y entre ellas la enfermedad isquémica coronaria, la cual está relacionada con un largo historial de factores de riesgo de tipo personal y familiar. En la actualidad un 64 % de las mujeres que mueren de forma súbita por enfermedad cardiovascular, no habían experimentado síntomas previos de la enfermedad (1).

En Europa, el 55 % de las muertes femeninas son causadas por enfermedades cardiovasculares, especialmente de tipo coronario e infartos, según la Sociedad Europea de Cardiología (1). Para la sociedad occidental, las enfermedades del aparato circulatorio constituyen la primera causa de muerte. Los dos componentes más importantes son las enfermedades cerebrovasculares y la enfermedad isquémica del corazón (1).

De acuerdo con datos poblacionales en Estados Unidos y Canadá, los investigadores encontraron un aumento del 1,5 % anual en la mortalidad por cardiopatía coronaria entre el 2000 y el 2002 en mujeres entre 35 y 54 años. Entre el grupo más joven (35 a 44 años), la tasa de mortalidad ha comenzado a aumentar desde 1997, en promedio el 1,3 % cada año (2).

En América Latina la problemática no se vislumbra más alentadora, en países como Venezuela, anualmente, el 22,86 % de las mujeres mueren por enfermedad

cardiovascular. Para el 2001, veintisiete mujeres de cada 9962 fallecen cada día por infarto del miocardio (IM) y doce de cada 4242 mueren por enfermedad cerebrovascular (3).

En Chile cada año mueren alrededor de 11.000 mujeres debido a enfermedades cerebrovasculares, isquémicas del corazón e hipertensivas, además de otras patologías cardíacas, según el Ministerio de Salud de este país (2).

En la última década, Colombia ha visto reflejada la transición demográfica en sus indicadores de mortalidad, presentando un repunte progresivo de las enfermedades crónicas degenerativas, principalmente las del sistema cardiovascular (4), es así como estas ocupan el primer lugar en mortalidad para la población general y en el sexo femenino la enfermedad isquémica cardíaca ocupa el primer lugar como causa global siendo de mayor impacto a partir de los 45 años (5).

En el país se observa una tendencia al incremento de la mortalidad por cáncer, diabetes, y enfermedades crónicas de vías aéreas respiratorias inferiores, mientras que las cardiovasculares mantienen su elevada mortalidad. También se han identificado algunas diferencias en la distribución de mortalidad de estas enfermedades en las distintas regiones del país; en general, las regiones más desarrolladas presentan la tasa de mortalidad más alta para enfermedad cardiovascular (6).

En relación con el segundo estudio Nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas, y entre ellas las cardiovasculares, realizado en 1998 (Enfrec II), la prevalencia de los factores de riesgo representan un problema de altas proporciones (6), tal como lo es tabaquismo, la hipercolesterolemia de mayor notoriedad en las mujeres, al igual que el sedentarismo y la hipertensión arterial, esta última muestra mayor tendencia al incremento con la edad y es mayor en personas con menor nivel educativo. La prevalencia de diabetes mellitus es mayor en el área urbana que la rural (7).

CONTEXTO REGIONAL

Para lograr una ubicación en el contexto, es importante conocer que Nariño presenta variedad en su territorio, posee tres regiones fisiográficas, correspondientes a la llanura pacífica, la región andina y la vertiente amazónica. La llanura del Pacífico se caracteriza por altas tem-

peraturas, abundantes lluvias y exuberante vegetación; se subdivide en el andén aluvial o zona de mangle y la llanura del bosque húmedo, que se extiende hasta las estribaciones de la cordillera Occidental (8). Igualmente, presenta variedad en sus pobladores y una de sus características principales es la condición pluriétnica de estos: 166 531 (10,8 %) son indígenas; 289 888 (18,83 %) afrodescendientes, y 1 085 537 (70,4 %) mestizos. según datos poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), para el 2005 (8). En este mismo sentido, todas estas características propias de su cultura influyen en la percepción hacia la experiencia de salud y enfermedad, hábitos, costumbres y demás.

La mayoría de la población indígena se ubica en sesenta y siete resguardos que ocupan una extensión de 467 000 hectáreas, los que se encuentran en la jurisdicción de veinticuatro municipios. Dichos pueblos indígenas corresponden a: Los Pastos, Inga, Awá, Eperara-Siapadara, Kofán y Quillacingas.

Desde el punto de vista cultural de los pueblos indígenas, hay que destacar su cosmovisión integradora de la naturaleza, la economía, el hábitat y la vida espiritual; asimismo, su capacidad de resistencia, su sentido comunitario y de solidaridad expresado en las mingas que, en buena hora, sobreviven en los Andes latinoamericanos (4).

La población afrodescendiente habita principalmente en Tumaco, Barbacoas, el Charco, La Tola, Magüi-Payán, Mosquera, Olaya Herrera, Francisco Pizarro, Roberto Payán y Santa Bárbara, también existen importantes asentamientos de estas comunidades en Leiva, Cumbitara y Policarpa. La población afrodescendiente le aporta a la cultura el cimarronaje libertario, su amigable relación con un territorio particularmente biodiverso, al igual que la fiesta y la alegría que le son propias.

En las comunidades campesinas confluyen pobladores enraizados en sus territorios, colonos caracterizados por labrar su futuro en lugares distintos a los de sus ancestros y artesanos que viven de su capacidad creativa; conformadas, de esta manera, esas comunidades, con sus valores, conocimientos, costumbres y manifestaciones artísticas, las cuales contribuyen a fortalecer la riqueza multicultural del departamento. A pesar de ello, el carácter mayoritariamente rural de la población ha sido siempre visto como sinónimo de atraso, timidez y rezago frente al desarrollo de la modernidad (4).

Esta interculturalidad es la que a dado paso a la coexistencia de dinámicas sociales muy propias de las poblaciones de nariño, donde se encuentran procesos de diversificación cultural que enriquecen y que se diferencian en “ritos, costumbres, vestuarios, expresiones lingüísticas, hábitos de vida, grados de progreso, tal como lo expresa Alberto Quijano Guerrero, al referirse a los hitos históricos del departamento.

Para el 2005, la densidad de población en Nariño fue de cuarenta y cinco habitantes por kilómetro cuadrado (9). Según los datos suministrados por el DANE, la población del departamento para el 2008 asciende a 1 599 646 habitantes, de los cuales 801 807 son hombres que corresponden al 50,13 % y 797 759 mujeres, equivalentes al 49,87 % (4).

Nariño es un departamento que afronta problemas socioeconómicos, desempleo, subempleo, carencia de empresas generadoras de trabajo; el departamento tiene un alto porcentaje de la población con necesidades básicas insatisfechas en las que los ingresos económicos son menores alcanzando lo mínimo, esto genera problemas sociales como: delincuencia, prostitución, violencia intrafamiliar, sin dejar de lado el sector salud, el cual resulta afectado en la calidad y los servicios que presta por falta de recursos económicos y más aún por la falta de empoderamiento por parte de la población con respecto a su autocuidado.

La situación de la salud en la población nariñense corresponde estructuralmente a sus condiciones de vida, que para la mayoría son precarias, como lo demuestra el hecho de que el 57 % pertenece al nivel 1 de SISBÉN, el 15 % a nivel dos, y el 1,7 % al nivel tres, esto según las estadísticas presentadas por la Secretaría de Planeación Departamental, en el 2007, para cuando la población total ascendía a 1 187 273 habitantes (4).

Según las estadísticas presentadas en el Plan de Desarrollo Departamental, sobresalen tres grupos de enfermedades crónicas del sistema cardiovascular, con el 20,8 % del total, afectan principalmente a personas mayores de cuarenta años, constituyéndose estas en la segunda causa de muerte. A nivel departamental, la Red Hospitalaria de Mediano Nivel registra baja capacidad resolutive (4) para enfermedades cardiovasculares e isquémicas coronarias, entre otras, y las cuales requieren tecnología elevada, por lo que son, en su mayoría, remitidas a la ciudad de Pasto para su respectivo manejo; es

por ello que a las instituciones de salud de mayor complejidad en San Juan de Pasto, llegan pacientes procedentes de diferentes municipios, incluso del departamento del Putumayo para su manejo.

De acuerdo con las estadísticas del Instituto Departamental de Salud, se encontró¹ que para el 2007, se presentaron 368 casos de angina de pecho en mujeres, de los cuales el mayor número: 136 corresponden a mujeres entre 15 a 44 años, 107 a mayores de 60 años y 100 casos entre los 45 a 59 años. Al comparar lo anterior con los datos arrojados para el 2008, se observa una tendencia de aumento en el número de casos puesto que se presentaron 397 casos de mujeres con esta alteración, de las que 150 estaban entre los 15 a 44 años, 131 mayores de 60 años y 107 de 45 a 59 años. Lo anterior permite ver una tendencia semejante a la que ocurre en países desarrollados como Estados Unidos, “donde se observa un creciente aumento en la tasa de muertes por enfermedad coronaria en la mujer, incluso se observa que se ha duplicado al comparar mujeres de 40 años con las de mayor edad” (10).

Esto evidencia que la enfermedad está afectando cada vez y con mayor frecuencia a mujeres jóvenes en edades productivas, además el hecho de que países como Colombia muestre altas tasas estadísticas respecto a la morbilidad por esta patología, va en contra de una creencia largamente sostenida de que las mujeres hispanas tenían menor riesgo coronario que las mujeres caucásicas a pesar de tener un mayor nivel de factores de riesgo, y la tendencia a tener un menor nivel socioeconómico; en la práctica se observa lo contrario, parece que las pacientes hispanas desarrollan la enfermedad coronaria antes que las caucásicas, esto demostró el estudio de Teeters y Cols, donde sugieren que los factores de riesgo se presentan a edad más temprana en las hispanas y por ello los autores recomiendan un tratamiento más agresivo y la aplicación de medidas para prevenir la enfermedad coronaria a edades más jóvenes (11).

ESTUDIOS EN NARIÑO

Los estudios epidemiológicos han señalado, una estrecha asociación entre las enfermedades coronarias y la presencia de factores de riesgo como la hipertensión, el colesterol, el consumo de tabaco, la obesidad o la inactividad física y junto con estos factores otros de naturaleza psicosocial y ocupacional (12); en la mujer, los principales factores de riesgo para enfermedad coronaria, además de la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la obesidad, el sedentarismo, incluye la posmenopausia y el colesterol HDL. Al respecto, en Nariño existen algunos estudios:

En 2003, el estudio realizado en Pasto por Cristina Pabón a un grupo de personas que sufrieron angina de pecho e infarto agudo de miocardio, encontró asociados como factores de riesgo dentro de la mayor parte de la población objeto de estudio: la hipertensión arterial, seguido de sedentarismo y estrés, sin descartar diabetes, alcoholismo y tabaquismo, en promedio se observó dos y tres factores de riesgo asociados. Teniendo en cuenta el aspecto demográfico en el grupo de estudio, la proporción de mujeres fue mayor que la de los hombres y su edad oscilaba entre 54 y más años. Es importante resaltar que entre otros factores eran mujeres con problemáticas y conflictos familiares (13).

Respecto a la menopausia como factor asociado a la coronariopatía, siempre se ha pensado que la mujer, durante su vida fértil, estaba protegida contra la aterosclerosis por efecto de las hormonas femeninas: estrógeno y progesterona, luego se aceptó la gran utilidad del uso de la terapia de reemplazo hormonal, entre otras razones para continuar con la protección cardiovascular durante la menopausia (14, 15, 16, 17).

Muchos estudios han demostrado que el reemplazo estrogénico en la mujer posmenopáusica disminuye en forma significativa la incidencia de enfermedad isquémica cardíaca, por lo que decrece la morbilidad y mortalidad por esta causa (18). Si bien es un hecho que las mujeres de edad media y de edad avanzada tienen un riesgo tres veces mayor de desarrollar enfermedad cardiovascular luego de la menopausia, es de mucha importancia que se impartan conocimientos y educación al respecto por parte del personal de salud en relación con la menopausia como factor asociado a la coronariopatía.

El trabajo de Eraso Mari, realizado en Pasto en el 2003, permite entrever cómo el comportamiento y acti-

1 Instituto Departamental de Salud de Nariño, Sección de Epidemiología, Morbilidad y Mortalidad por angina de pecho (2007-2008). [comunicación por correo electrónico] Pasto, septiembre del 2009.

tudes de las mujeres mayores de 51 años, frente a la menopausia como factor de riesgo para enfermedad coronaria, estaban influenciadas por deficiencias en cuanto a conceptos, costumbres y creencias arraigadas a la tradición de la región (19), lo que posiblemente puede repercutir luego en el evento de que si el síntoma de enfermedad coronaria se presenta, la sintomatología sea tomada sin importancia; el estudio encontró que de las ochenta y un mujeres participantes, cuya edad promedio era de 55-57 años, en su mayoría procedentes del área rural, y quienes cursaban por los cambios propios de la etapa menopáusica, desconocían las complicaciones derivadas de esta, no se les brindaba una adecuada educación, control y evaluación por parte del personal de salud para prevenir posibles complicaciones, entre ellas las coronariopatías, aunado a lo anterior, traían consigo costumbres y creencias respecto a la menopausia, difíciles de manejar (19): “Afirmaban que la menopausia es una enfermedad grave, y asociaron los sofocos con problemas de hipertensión, respecto a lo formulado por el médico, consideran que no les produjo el efecto que ellas esperaban”(19).

La hipertensión fué asociada a vínculos netamente familiares y no como un posible efecto derivado de esta etapa y de hábitos alimentarios y de salud acumulados a lo largo de su vida. Finalmente, dicho trabajo sugiere que toda mujer en esta edad debe ser incluida en un programa preventivo integral e interdisciplinario cuyo objeto sea mejorar la calidad de vida que le permita modificar factores de riesgo y, por ende, prevenir el desarrollo de enfermedades de reconocida morbimortalidad como las cardiovasculares y entre ellas la isquémica coronaria (19).

En el 2004, la Alcaldía Municipal de Pasto, y el Instituto Nacional de Salud desarrollaron un estudio cuyo objetivo era crear un diagnóstico de la distribución de los factores de riesgo de comportamiento para enfermedades crónicas, entre ellas la enfermedad coronaria, con el fin de contribuir a orientar sus políticas en intervenciones de salud pública y que a su vez permita generar un sistema de vigilancia y seguimiento de las intervenciones. El estudio estuvo conformado por una muestra representativa cuya distribución por género y estrato socioeconómico fue similar a la proyectada por el DANE para la ciudad de San Juan de Pasto en ese año (7).

Participaron 738 personas, cuya edad osciló entre 15 y más de 60 años, elegidas por un método sistemático

aleatorio. Entre otros resultados, y haciendo énfasis en la población femenina, se encontró que

... para la realización de actividades físicas moderadas las proporciones son mayores en los hombres que en las mujeres, estas últimas presentan niveles mas elevados de sedentarismo. En este mismo sentido los profesionales de la salud no están aconsejando a la población con la frecuencia que era de esperarse sobre la realización de la actividad física, cerca de la mitad de los encuestados refirieron no haber recibido consejo a este respecto. (7)

En relación con el peso corporal, la proporción de sobrepeso fue mayor en las mujeres, especialmente en aquellas con un nivel de escolaridad inferior. Si bien la diabetes mellitus es responsable del desarrollo de una enorme incapacidad y complicaciones como factor de riesgo para la enfermedad coronaria, resultó preocupante que una tercera parte de los que han sido diagnosticados con diabetes no estén llevando a cabo algún tipo de tratamiento para su control; lo mismo ocurre con pacientes diagnosticadas con hipercolesterolemia (7).

El estudio de Martínez, realizado en Pasto, permitió observar que las personas de sexo femenino que padece, diabetes asiste al médico solo cuando este se lo indica, a pesar de que el 70 % de los participantes tiene conocimiento sobre la diabetes como factor de riesgo para enfermedad cardiovascular; se corrobora así la necesidad de la existencia de programas educativos acerca de los factores de riesgo que exponen a la mujer a sufrir enfermedad coronaria (20).

Cabría suponer que esto también generaría una escasa atención al síntoma, dado el evento de que se llegue a desarrollar, al atribuirlo a causas menos serias y de origen extracardiaco (21, 22). Visto así, la gente no identificaría tempranamente signos y síntomas derivados de estos factores de riesgo para coronariopatía (20).

Erazo también concluye que la mujer en etapa menopáusica, no acude al personal de salud en forma preventiva, a parte de que consideran que el centro de salud es lejano, le tienen miedo al médico y asisten cuando consideran estar enfermas (19). En este orden de ideas, las percepciones y conceptos que se tengan sobre lo que es salud y enfermedad, “la percepción del cuerpo sano o enfermo” (23) influyen también en la forma cómo se actúe o encamine actividades y hábitos de prevención.

Si bien se dice que las dimensiones y acciones corporales difieren en el caso del hombre y la mujer, la del hombre es más instrumental: emplea el cuerpo para hacer cosas, desea que funcione bien, que no falle pero muy a pesar de ello no está muy pendiente de él, la mujer sin embargo se identifica más con su cuerpo, no solo por cuestión hormonal sino además por aspectos antropológicos: la mujer por decirlo de alguna manera le dedica más atención a su cuerpo y por eso dedica tanta acción y cuidado a todas y cada una de sus partes, ya que es dedicación de ella misma; si lo realizara el hombre, se entendería como pérdida de tiempo o afectación, esto resulta contradictorio con los hallazgos citados en párrafos anteriores respecto a la prevención de determinantes que condicionan la aparición de la enfermedad, por cuanto la dimensión y acción de la mujer no es instrumental como la del hombre (24).

En la actualidad el grupo de investigación: Cuidado de la vida, salud y gestión: Visage I, del programa de Enfermería de la Universidad Mariana, participa en el proyecto multicéntrico denominado Comparación de la angina de pecho en siete ciudades de Colombia, liderado por el Grupo de Cuidado de La Mujer con Enfermedad Coronaria, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, el cual pretende caracterizar la problemática en mujeres que han padecido este síntoma a partir de las categorías emergentes en cada una de las siete ciudades del país; a nivel regional se pretende comprender lo que entraña esta realidad para la mujer nariñense y lograr un acercamiento a sus significaciones y representaciones facilitando un diálogo abierto, una aproximación a la diversidad de conceptos secretos, íntimos, particulares, privados, que constituyen evidencias de sus imaginarios (25). A partir de este concepto, la información procedente de mujeres diagnosticadas con enfermedad coronaria, sus prácticas relacionadas con el autocuidado, desarrollado bajo un aprendizaje personal y empírico, para la “curación de enfermedades” (26), entre ellas la enfermedad coronaria, puede resultar importante y enriquecedora para los profesionales de enfermería a la hora de planear sus cuidados y fortalecer la disciplina.

REFERENCIAS

- (1) Ave Fénix, Asociación Diabética. Enfermedades coronarias (Estadísticas). Septiembre 2007 [Consultado marzo 2011]. Disponible en: <http://diabetesstop.wordpress.com/2007/09/11/enfermedades-coronarias-estadisticas/>
- (2) Barreda P. Mes del Corazón. Corazón de mujer. [En Línea]. Chile: Clínica Alemana-Chile. 2011 [Consultado Abril 2011]. Disponible en: http://www.pediatraldia.cl/mes_corazon.htm
- (3) Antepara AN. Enfermedad coronaria en la mujer. Rehabilitación cardiaca y prevención. AVFT. 2005; 124(1): 7-12. [En línea]. [Consultado marzo 2011]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-02642005000100002&script=sci_arttext
- (4) Plan de Desarrollo Departamental 2008-2011. “Adelante Nariño” Minga del pensamiento Nariñense. San Juan de Pasto: Gobernación de Nariño SE; junio 2008.
- (5) Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Defunciones por grupos de edad y sexo 2005. [En Línea]. [Consultado septiembre de 2009]. Disponible en: www.dane.gov.co
- (6) González M, De la Hoz RF. Mortalidad por enfermedades crónicas en Colombia durante el periodo 1990-1999. Inf Quinc Epid Nac. 2002; 7(14): 209-31.
- (7) González M. Factores de Riesgo de enfermedades crónicas. S.E. Municipio de Pasto: Alcaldía Municipal de Pasto; 2004. p. 25.
- (8) Martínez A. Colombia es mi Pasión. [En Línea]. Bogotá: Lomadee; 2007 [Consultado febrero 2009]. Disponible en: www.todacolombia.com
- (9) Vilora de la Hoz J. Documento de Trabajo Economía del Departamento de Nariño: ruralidad y aislamiento geográfico. N.º 87. Marzo 2007. Sucursal Cartagena: Banco de la República, Centro de estudios económicos regionales (CEER). p. 84. Disponible en: <http://www.banrep.gov.co/documentos/publicaciones/regional/documentos/DTSER-87.pdf>
- (10) Massardo T, Canessa García J. Estudio de la enfermedad coronaria en la mujer. Rev Chil Cardiol. 2010; 29(2): 250-262.
- (11) Gardner A. Reportero de Healthday. Las Mujeres Hispánicas enfrentan un alto riesgo cardiaco. Journal report 2007. [Online]. FUENTES: John Teeters, M.D., cardiology fellow, University of Rochester Medical Center, Rochester, NY; Suzanne Stein Baum, D.O., director, women & heart disease and the Heart & Vascular Institute, Lenox Hill Hospital, New York City; March 2, 2007, presentation, American Heart Association's Annual Conference on Cardiovascular Disease Epidemiology and Prevention, Orlando, Fla. [Consultado febrero 2009]. Disponible en: <http://www.midieta.com/wirefeed.aspx?id=602443>
- (12) Beneit PJ. Psicología de la salud: Aplicaciones para los profesionales de la salud. Aspectos psicológicos de los trastornos cardiovasculares. Zaragoza: Editorial Certeza; 1992.

- (13) Pabón C, et al. Evaluación de la participación del personal de enfermería en el cuidado del paciente post infarto agudo de miocardio. [Investigación profesoral-estudiantes coinvestigadores]. San Juan de Pasto: Universidad Mariana; 2003.
- (14) Gruchow HW, Anderson AJ, Barboriak JJ, Sobocinski KA. Postmenopausal use of estrogen and occlusion of coronary arteries. *Am Heart J.* 1988; 115(5): 954-963.
- (15) Colditz GA, Stampfer MJ, et al. A prospective study of obesity and risk coronary heart disease in women. *N engl J Med.* 1990; 322(13): 882-889.
- (16) Stampfer MJ, Colditz GA. Estrogen replacement therapy and coronary heart disease: a quantitative assesment of epidemiologic evidence. *Prev MED.* 1991; 20(1): 47-63.
- (17) Arteaga MA, et al. Plan de prevención primaria en enfermería sobre enfermedades cardiovasculares 1993 [Tesis enfermería]. San Juan de Pasto (Colombia): Universidad Mariana; 2009.
- (18) León GJ. Riesgo cardiovascular en la mujer tratamiento hormonal de la paciente menopáusica con enfermedad coronaria isquémica. *Revista Colombiana de Menopausia.* 1997; 3(1): 17-19. [En Línea]. [Consultado abril 2011]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/menopausia/men01295-riesgocardio1.htm>
- (19) Erazo MI, Reina L. Efectividad de un programa de capacitación en menopausia dirigido a mujeres de 40-50 años 2003 [Tesis enfermería]. San Juan de Pasto (Colombia): Universidad Mariana; 2009.
- (20) Martínez A, Pérez X, Popayán M. Diseño y aplicación de un plan de autocuidado para pacientes diabéticos pertenecientes al programa de riesgo cardiovascular 1997 [Tesis enfermería]. San Juan de Pasto (Colombia): Universidad Mariana; 2009.
- (21) Soto Morales AM. Factores que intervienen en la demora de la solicitud de atención médica o de enfermería en mujeres que presentan dolor torácico de origen coronario. *Av Enferm.* 2007; 25(2): 58-64. [En línea]. [Consultado febrero 2009]. Disponible en: <http://www.index-f.com/rae/252/5864.php>
- (22) Camps S. Alertan sobre los riesgos de la angina de pecho en las mujeres estudio JAVA [En Línea]. Buenos Aires: Clarín; 1996. [Consultado abril de 2011]. Disponible en: <http://edant.clarin.com/diario/2006/03/27/sociedad/s-02615.htm>
- (23) Toro AJ. Introducción: el cuerpo en evidencia. Reflexiones sobre aspectos sociales y clínicos de la corporalidad [En línea]. *Rev Puertorriq Psicol.* 2007; vol. 18: 78-81. [Consultado marzo 2009]. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1946-20262007000100005&script=sci_arttext
- (24) Burgos JM. Antropología una guía para la existencia. 2ª ed. [En Línea]. Madrid: Colección Arbatro; 2005. [Consultado abril 2011]. Disponible en: http://books.google.com.co/books?id=CSTs4XW0ViYC&printsec=frontcover&dq=Antropolog%C3%ADa+una+gu%C3%ADa+para+la+existencia.&source=bl&ots=rnyMGM5Kqe&sig=KivXaYph1CVLu_jcPEiftfh2J-s&hl=en&sa=X&ei=DHZoULCTJ6SQOQGe7ICIDw&ved=0CC4Q6wEwAA
- (25) Girón LM, Sarasty CJ. Construcción Simbólica imaginaria del cuerpo femenino. *Revista criterios.* 2002; Vol. 13: 74.
- (26) Lara VC. De mujeres cuidadoras a enfermeras [En línea]. *Rev Av Enferm.* 2009; 27(2): 113-126. [Consultado abril 2011]. Disponible en: www.encolombia.com/medicina/enfermeria/REVISTA10.2007