



# Conocimientos previos de la mujer en la enfermedad coronaria:

UN ESTUDIO FENOMENOLÓGICO

David SANCHO CANTUS,<sup>1</sup> Carmen SOLANO RUIZ,<sup>2</sup> Silvia SOLERA GÓMEZ<sup>3</sup>

## Resumen Abstract

**Introducción:** La enfermedad coronaria posee unas características distintas en función del sexo en su presentación, diagnóstico o abordaje terapéutico. **Objetivo:** explorar los conocimientos previos que posee la mujer sobre la enfermedad coronaria. **Metodología:** Diseño cualitativo basado en la Fenomenología, en una muestra de 17 mujeres que padecían Cardiopatía Isquémica. La recogida de datos mediante entrevista semiestructurada. Para el análisis de los datos se utilizó el método de Giorgi. **Resultados:** Destacan un déficit de conocimientos previos sobre la enfermedad y el menosprecio de los síntomas iniciales. **Conclusión:** Existe un déficit de conocimientos previos por parte de la mujer sobre su enfermedad coronaria. **Palabras clave:** Percepción. Isquemia miocárdica. Género y salud. Investigación cualitativa.

## PREVIOUS KNOWLEDGE OF WOMEN IN CORONARY HEART DISEASE: A PHENOMENOLOGICAL STUDY

**Introduction:** The coronary heart disease has different characteristics according to gender in aspects such as its presentation, diagnostic or therapeutic approach. **Objective:** to know the previous knowledge that women have as far as the coronary disease is concerned. **Method:** Phenomenological qualitative study in 17 women who suffered Ischemic Heart Disease. Data collection performed by means of semi-structured interview. The Giorgi method was used to carry out this analysis. **Results:** The results prove a lack of previous knowledge and a contempt of the initial symptoms. **Conclusion:** There is a lack of previous knowledge in women on his coronary heart disease.

**Key words:** Perception. Myocardical ischaemia. Gender and health. Qualitative research.

<sup>1</sup>Facultad de Enfermería, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia, España. <sup>2</sup>Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante, España. <sup>3</sup>Servicio de Traumatología y Ortopedia, Hospital Marina Salud, Denia, Alicante, España.

CORRESPONDENCIA: David Sancho Cantus  
David.sancho@ucv.es

Manuscrito recibido el 16.07.2018  
Manuscrito aceptado el 28.08.2014

Index Enferm (Gran) 2015; 24(3):129-133

## Introducción

Las Enfermedades Cardiovasculares constituyen en la actualidad la principal causa de mortalidad en todo el mundo.<sup>1</sup> Dentro de estas, las Cardiopatías Isquémicas (CI) o enfermedades isquémicas del corazón conforman el grupo más numeroso de patologías causantes de invalidez, discapacidad y muerte en ambos sexos.<sup>2</sup> En la práctica clínica suele hablarse de Síndromes Coronarios Agudos (SCA) para referirse a estas patologías, y se ha acordado que estos están constituidos a su vez por entidades como el Infarto Agudo de Miocardio o la Angina de Pecho inestable.

La CI tiene unos factores de riesgo cardiovascular bien conocidos, como son la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, el tabaquismo o la diabetes mellitus por lo que respecta a factores modificables; y el sexo o la edad como factores no modificables.<sup>3</sup> A pesar de estas evidencias se cree que entre las mujeres (y en la población en general) es bastante pobre el conocimiento de estos factores de riesgo y su relación con la CI, lo que resultará de vital trascendencia en el análisis ulterior de la toma de decisiones.<sup>4</sup> Es precisamente este desconocimiento de los factores de riesgo cardiovascular, lo que propicia una baja percepción de riesgo, de forma particular en la mujer.<sup>4</sup> Otro aspecto añadido es que la mujer ha tenido tradicionalmente un papel anecdótico en las investigaciones realizadas sobre CI,<sup>5</sup> y es a partir de la década de los 90 cuando se empieza a incluir a la mujer en este tipo de estudios, por lo que el conocimiento que se tiene al respecto es relativamente escaso.

Existen en la CI características particulares en función del sexo, lo que condiciona diferencias en la frecuencia de aparición, los factores de riesgo o el modo de presentación, entre otros.<sup>6,7</sup> Asimismo la CI ha sido considerada clásicamente una enfermedad ligada al sexo masculino, lo cual ha propiciado una baja concienciación del alcance real del problema por parte tanto de los profesionales sanitarios como del resto de la población.<sup>3,6</sup>

Este texto pretende explorar la relación entre la mujer y la enfermedad coronaria. En la literatura existen indicios que apuntan a que la mujer que sufre un

episodio de CI en cualquiera de sus modalidades posee una serie de connotaciones propias que la diferencian del otro sexo.<sup>8-10</sup> Interesa conocer qué ocurre cuando una mujer se ve repentinamente afectada por una angina de pecho o un infarto. Para ello es importante aproximarse a la forma en que vive, siente y percibe la mujer su enfermedad, como medio para poder así entender mejor ciertas pautas de su comportamiento y establecer, de ese modo, las consideraciones que se estimen oportunas con el fin de reducir las altas tasas de morbimortalidad que supone actualmente la CI tanto en España como en el resto del mundo.<sup>5,11</sup> Una mayor conciencia de lo que supone la enfermedad conllevará una mejor detección temprana de los signos de alarma de la enfermedad coronaria y permitirá por tanto una intervención más precoz.

La cuestión que centrará la investigación es la siguiente: ¿cómo la mujer vive y experimenta la enfermedad coronaria? Los estudios cualitativos posibilitan la comprensión del universo de significados, creencias, aspiraciones, valores y actitudes.<sup>12</sup> Los objetivos son explorar los conocimientos previos que posee la mujer sobre la CI en el momento del evento cardiaco y conocer cómo esas nociones condicionarán su comportamiento.

## Metodología

Se trata de un estudio cualitativo de carácter descriptivo con enfoque fenomenológico, que es aquel que nos permite conocer el fenómeno de estudio desde los acontecimientos vitales (significados, aspiraciones, valores, actitudes) de los propios sujetos.<sup>12</sup> La opción por la fenomenología se debe a que posibilita poner en evidencia a los hombres y sus relaciones con el mundo, instaurando una actitud de diálogo y acogimiento del otro en sus opiniones, ideas y sentimientos, procurando situarse en su perspectiva para comprender cómo ve, siente o piensa.<sup>12</sup> Ello posibilita la descripción del fenómeno vivenciado, de la experiencia vivida que puede ser desvelada mediante el discurso que emerge a partir de una o más cuestiones para incitar al otro a hablar, a describir el fenómeno.<sup>13</sup>

Se emplea como marco teórico referencial la fenomenología social de Alfred

Schütz. Este autor propone un método de captación de la realidad social a partir del cual es posible comprenderla, reconociendo que el significado de una acción envuelve la subjetividad del agente, y para que se comprenda a la otra persona es fundamental una observación genuina, que sucede cuando se interpreta el significado de aquello que el otro dice o realiza a través de sus acciones.<sup>13-14</sup>

La muestra definitiva estuvo compuesta de 17 mujeres con un rango etario comprendido entre los 42 y los 85 años, siendo la media de 68 (ver Tabla 1). El muestreo fue intencionado, y el tamaño muestra estuvo condicionado fundamentalmente por la consecución de las inquietudes de los investigadores;<sup>15</sup> además dicho tamaño fue determinado por el criterio de saturación de la información.

**Tabla 1.** Características de la muestra (n=17)

Edad	
< 65 años	3
65-75 años	11
> 75 años	3
Estado civil	
Casada	12
Viuda	5
Nivel de estudios	
Elementales/primarios	16
Secundarios/educación superior	0
Sin estudios	1
Profesión/dedicación	
Ama de casa	14
Trabaja fuera de casa	3
Nº de hijos	
0	1
1	1
2	7
3	4
4 ó más	4
Nivel socioeconómico	
Bajo	0
Medio	17
Alto	0

La mayoría de procesos son de tipo agudo, lo cual ha permitido recabar la información sin tener que vencer el sesgo del olvido, pues se trata de procesos recientes. La captación de sujetos fue llevada a cabo por personal médico del servicio de cardiología, que remitió al entrevistador aquellos individuos que cumplían los criterios de selección. Se preservó el anonimato de las mujeres mediante la codificación de cada entrevista con una letra y un número.

Los criterios de inclusión de la muestra fueron:

## ORIGINALES

-Mujeres diagnosticadas de SCA recientemente (en los últimos tres meses) y que han requerido ingreso hospitalario. Puesto que se pretende explorar las experiencias de la mujer con CI se eligen las dos patologías principales dentro de esta denominación.

-Buena capacidad de expresión y comunicación. Resulta esencial en la investigación cualitativa asegurar una adecuada comunicación entre el entrevistado y el entrevistador que facilite la aproximación al fenómeno de estudio a través de vivencias y percepciones.

Un total de tres mujeres fueron desestimadas para formar parte de la muestra por los siguientes motivos, que constituyen los motivos de exclusión:

-Deterioro cognitivo (relacionado con accidente isquémico cerebral). Este tipo de déficits limitan de una forma evidente el proceso de comunicación entre el entrevistador y el entrevistado; un proceso que constituye uno de los pilares básicos en la obtención de datos en la investigación cualitativa. Para esto se revisaron las historias clínicas de las pacientes para constatar que efectivamente no tenían deterioro cognitivo alguno diagnosticado; además se habló con familiares que así lo corroboraron.

-Ingreso actual por otro diagnóstico (por ejemplo Insuficiencia Cardíaca). En estos casos, aunque la paciente tenga un diagnóstico previo de interés (SCA), no comparte el criterio de homogeneidad en el tiempo respecto al resto de participantes en el estudio.

Recogida y análisis de los datos: Las 17 entrevistas fueron realizadas en su totalidad en las Consultas Externas del servicio de Cardiología del Hospital Francisc de Borja de Gandía, con las correspondientes autorizaciones para ello (esto constituirá una de las limitaciones del presente estudio por el posible sesgo de los discursos). El estudio fue aprobado por la Comisión Ética de Docencia del hospital, según la normativa en vigor sobre la investigación con seres humanos. Tras informar debidamente del propósito y características del estudio y de asegurar su adecuada comprensión, se facilitó a las participantes un consentimiento informado.

Las entrevistas fueron grabadas y tuvieron una duración de entre 20 a 60 minutos. Posteriormente fueron transcri-

tas en su totalidad.<sup>16</sup> Se realizaron basándose en una pregunta general (¿qué importancia ha tenido para usted esta enfermedad?) para profundizar posteriormente en otras cuestiones más específicas (¿qué sintió usted exactamente durante la crisis cardíaca? o ¿qué sabía usted de las enfermedades cardíacas cuando sufrió el ataque al corazón?), con la finalidad de obtener una riqueza en la información que expresan las pacientes con sus propias palabras.<sup>16</sup> Además de las grabaciones se recogieron algunas notas de campo a modo de comentarios y anotaciones que complementan el testimonio de las pacientes, lo cual constituye una herramienta muy empleada en la investigación cualitativa.<sup>16</sup> El periodo durante el cual se llevaron a cabo dichas entrevistas estuvo comprendido entre el 1 de julio y el 15 de agosto de 2012.

Para el análisis de los datos se ha empleado el método Giorgi utilizado en investigación en ciencias sociales.<sup>16-17</sup> Este método se caracteriza por:<sup>18-19</sup>

-Sentido del conjunto. Realizar una lectura de la descripción total con el objeto de encontrar el significado global al conjunto

-Discriminar las unidades de significado "meaning units", es decir, segmentos de datos que revelan algún aspecto.

-Transformar estas unidades de significado en expresiones adecuadas al fenómeno que se investiga. El objetivo de este método es llegar a una categoría general a través de expresiones concretas.

-Síntesis de transformación de las unidades de significado. El objetivo último es captar la esencia de la experiencia vivida por los participantes en el estudio.

Por medio de una lectura atenta y repetida de las descripciones se llegó a las unidades de significado, que permitieron una categorización de los datos para la comprensión del fenómeno investigado.<sup>13</sup>

El análisis de las categorías temáticas permitió construir un proceso de vivencia de la enfermedad coronaria en las mujeres. Este proceso de inició con la escucha de las experiencias vividas por estas mujeres, de donde emergen las diferentes categorías temáticas:<sup>13</sup> reconocimiento inicial de los síntomas de enfermedad coronaria, percepción de gravedad, actitud ante el evento cardíaco y conocimientos previos sobre la enfermedad. Las

transcripciones de las entrevistas han sido devueltas a las pacientes para que verifiquen si los datos transcritos son lo que ellas quieren manifestar, asegurando de este modo una retroalimentación efectiva. Asimismo todas las fases de la investigación han sido revisadas por una persona experta ajena al estudio, la cual ha ratificado que los procedimientos utilizados se ajustan a la realidad del objeto de estudio, para favorecer la replicabilidad del mismo.<sup>15,16</sup>

## Resultados

Se ha evidenciado un mal reconocimiento de los síntomas propios de la enfermedad coronaria por parte de la mujer en el momento de sufrir el ataque cardíaco. Algunas de las manifestaciones de la enfermedad coronaria son confundidas con procesos ansioso-depresivos o dolores musculares.

La mujer no es consciente asimismo de la gravedad que suponen estas manifestaciones, y esto se traduce en la forma de experimentar el episodio. Precisamente esta actitud ante el evento cardíaco constituye otro de los hallazgos del estudio: la mujer se comporta de un modo determinado cuando padece la enfermedad isquémica coronaria y no es consciente realmente de la importancia de reconocer adecuadamente los síntomas y actuar en consonancia. Todo ello conduce al tercer hallazgo del estudio, los conocimientos previos sobre la enfermedad: la mujer tras haber sufrido el ataque al corazón argumenta una escasa información previa sobre la enfermedad.

Percepción de la gravedad. La mujer en general no es consciente que los síntomas que experimenta puedan deberse a una CI, y mucho menos que dichos síntomas puedan revestir alguna gravedad. Ante las interpretaciones diversas que las mujeres otorgan al dolor precordial, la disnea o al resto de manifestaciones provocadas por el evento cardíaco se encuentran las siguientes: "creía que no era nada grave, como estaba el aire acondicionado, pues pensé que era de eso" (I-2); "yo creía que era de los kilos de más, creía que no sería nada importante, creí que sería de la operación de pecho que me hicieron, pero no le di más importancia" (I-9); "como también tengo varices, pues pensaba que sería todo

de lo mismo" (I-10).

A este aspecto se le une el hecho de que en ocasiones son los propios familiares del paciente o el personal sanitario quienes involuntariamente infravaloran la sintomatología: "mi hija me dijo que serían nervios, me dio una pastilla y me dijo que descansando se me pasaría" (I-13); "fui al médico y sin escucharme me dijo que era todo una inflamación" (I-16).

Por tanto las mujeres entrevistadas no fueron capaces de reconocer la gravedad de los síntomas cuando estos se presentaron, y los relacionaron con estados de nervios u otro tipo de patologías. Únicamente aquellas pacientes que tuvieron algún familiar aquejado de Angina de Pecho o IAM fueron capaces de pensar en la patología cardíaca como posible causa de sus síntomas, aunque también infravaloraron la gravedad de la semiología. Como consecuencia de este no reconocimiento temprano de la sintomatología existe una demora en la solicitud de asistencia especializada. La mujer argumenta distintos motivos para justificar esta demora: "mi marido quiso llevarme al médico pero me negué; él estaba enfermo y yo tenía que cuidarle" (I-2); "me esperé hasta el día siguiente; no quería molestar a nadie" (I-4); "me acosté para ver si así se me pasaba" (I-8).

Probablemente la cuestión fundamental que explique en gran medida el comportamiento de la mujer ante la CI sea el escaso nivel de conocimientos previos que posee en el momento de sufrir el ataque cardíaco: "no sabía yo nada de todo esto" (I-5); "no había oído nada de estas enfermedades y no sé nada de esto" (I-7); "había oído que este tiene un infarto o el otro, pero no sabía más" (I-12); "yo no sabía nada de esta enfermedad, ni siquiera por qué me ha tocado a mí" (I-10); "había oído lo típico por la tele, pero no sabía que lo que yo tenía era un infarto" (I-1).

Incluso en ciertas circunstancias algunas mujeres siguen mostrando una carencia de conocimientos sobre su enfermedad: Tras haber sufrido un IAM: "es que yo hoy no sé si el infarto es importante o no es importante o qué es" (I-3). En una paciente cuyo padre ya había fallecido de una CI: "yo sabía que mi padre había muerto de eso, pero nada

más" (I-7). En otra paciente cuya madre y marido habían fallecido por patología cardíaca: "pensaba que sería del corazón, pero no que sería nada importante" (I-15).

## Discusión

Esta investigación muestra que existe un déficit en el nivel de conocimientos que posee la mujer sobre la CI en el momento de sufrir la enfermedad, lo cual está en consonancia con las aportaciones de otros autores.<sup>3,8</sup> Dicha carencia se traduce en una forma de actuar caracterizada por una demora en la solicitud de asistencia médica especializada<sup>4,19</sup> y en una infravaloración de la sintomatología con la que se presenta la CI, provocando que en la mayoría de las ocasiones no se reconozca precozmente la enfermedad.<sup>6</sup> Ello habla a favor de un peor pronóstico y de una evolución menos favorable de la CI en general.<sup>19</sup>

Muchas veces son los propios profesionales sanitarios los que ignoran o menosprecian estos prodromos iniciales en la mujer, atribuyendo las molestias a estados ansiosos, depresivos o situaciones de estrés.<sup>20,21</sup> Con este hecho se sigue asumiendo que la enfermedad cardíaca es más propia del género masculino.<sup>5,6</sup> Actualmente sabemos que esto no es cierto, aunque siguen escaseando los estudios que profundicen en las creencias y percepciones de la mujer sobre la CI,<sup>5</sup> trabajos de perfil cualitativo en los que las diferencias de género antes reseñadas estén siempre presentes; unas diferencias que de ser ignoradas pueden conducir a diagnósticos erróneos (falsos negativos) por subestimación de la sintomatología referida por la mujer.

Por lo que respecta a los síntomas que describe la mujer, la mayoría refieren como manifestación principal el dolor precordial, seguido de la disnea.<sup>9</sup> En esto coinciden con el sexo masculino, puesto que excepto en determinados casos como los pacientes diabéticos, en el resto el dolor precordial es la primera manifestación que perciben. La actitud que adopta la mujer ante este dolor está relacionada con su percepción de la gravedad del mismo, y ya se ha visto que se suele infravalorar su importancia. De este modo se observa que en algunos casos la mujer identifica de forma correcta los

síntomas y los relaciona con una posible enfermedad cardíaca, pero aún así no actúa en consecuencia. ¿Cuáles son las razones que la empujan a actuar de ese modo? En este sentido resultaría interesante proponer estudios que analicen desde la vertiente sociológica el rol que adopta la mujer en el seno familiar, y cómo influye dicho rol en el desarrollo de la enfermedad cardíaca. Muchas de las mujeres entrevistadas se muestran más preocupadas por los problemas de salud de sus familiares más allegados que por los suyos propios, relegando constantemente los cuidados sobre su persona a un segundo plano.<sup>19</sup> Este hecho convierte la etiología de la CI en una confluencia de factores personales, familiares, sociales e incluso culturales que le confieren unas características especiales y diferentes.<sup>6</sup>

Además, las mujeres de esta muestra poseen un nexo común aparte de la enfermedad: todas ellas han sido educadas en un entorno en el cual la mujer no tenía más opciones que dedicarse a las labores domésticas y al cuidado de la familia (marido, hijos, padres, suegros, etc.).<sup>11</sup> Este hecho unido al contexto social de una dictadura en la que imperaba el modelo machista provocó que las mujeres tuviesen que anteponer a su propia salud el cuidado de los suyos, un hecho que sin duda influyó en la forma de pensar, actuar y vivir ante la enfermedad.<sup>6</sup>

Las expectativas de las mujeres en relación con su salud nos remiten a la fenomenología social como acción humana. A partir de un contexto de significados que forman parte de la vivencia de la mujer en la enfermedad coronaria, las participantes del estudio apuntan otras necesidades como por ejemplo la de ser escuchadas en relación a lo que supone la enfermedad en su vida.<sup>13,22</sup>

Tras un IAM la prevención secundaria resulta fundamental con el fin de evitar o minimizar las posibles complicaciones como la Angina de pecho, por lo que se debe proporcionar una información al paciente en términos comprensibles, y adecuada a las características del mismo. En este sentido existe una educación sanitaria deficiente,<sup>5</sup> motivada probablemente por una falta de sensibilización ante el problema que nos ocupa y que se traduce en una frivolidad hacia la mujer como sujeto susceptible de sufrir CI. Se ha constatado también en este

estudio una baja percepción del riesgo de sufrir una enfermedad cardiaca por parte de la mujer.<sup>11</sup>

Como particularidades encontradas en el campo destacan que el acceso a los datos se realizó en contexto hospitalario, en la consulta externa de Cardiología. El hecho de que gran parte de las mujeres estuviesen ingresadas en el momento de ser entrevistadas ha supuesto una gran ventaja por la inmediatez en el acceso a la información, pero este hecho ha comportado del mismo modo una presión añadida por no haber podido efectuar las entrevistas en un clima de total libertad y sin premuras por lo que al tiempo se refiere. Es por este motivo que se optó por el empleo de la entrevista semiestructurada en detrimento de otros instrumentos como la entrevista en profundidad o la historia de vida. No obstante, el hecho de que las entrevistadas tuviesen lugar en el mismo hospital pudo condicionar el discurso de las pacientes. Otro aspecto por lo que respecta las limitaciones es el hecho de que fuesen los propios cardiólogos quienes contactaran con las pacientes para proponerles formar parte del estudio, lo cual pudo de algún modo coartar su libertad para participar. Otro aspecto a mejorar es la no inclusión de las opiniones de los familiares más cercanos sobre el proceso de apoyo familiar.

## Conclusiones

Los principales hallazgos de esta investigación son generalizables a otros colectivos de mujeres con enfermedad coronaria, tal y como se desprende del contraste con la bibliografía consultada: la mujer posee unos deficientes conocimientos previos sobre su enfermedad coronaria en el momento de producirse esta, y estos conocimientos condicionan el comportamiento que la mujer adopta ante dicha enfermedad.

Existe mucho camino aún por recorrer en lo que a CI y género se refiere. Cómo vive la mujer su enfermedad, cómo la siente, cómo actúa y por qué lo hace de ese modo son algunos de los interrogantes que pueden facilitar una aproximación a un fenómeno que cada día suscita un mayor interés por sus diversas repercusiones. Este estudio ha

tratado de acercarse al modo en que la mujer cardíopata responde ante los primeros síntomas de alarma, para lo cual resulta necesario saber qué conocimientos previos posee sobre la enfermedad.

Se pretenden abrir nuevas líneas para futuras investigaciones sobre la materia que resulten útiles a los profesionales sanitarios en general y a los que se dedican a la Cardiología en particular, y todo ello con la finalidad de conocer para prevenir. En este aspecto son diversos los temas que quedan pendientes para artículos ulteriores: sondear la relación entre los conocimientos previos sobre la enfermedad y el nivel de estudios de la mujer. ¿Existe una relación directamente proporcional entre ambas categorías o por el contrario se presentan de forma independiente? Analizar la posible influencia de las creencias religiosas en la forma de afrontar la enfermedad. Comprobar los cambios que la CI provoca en la mujer en su esfera personal, familiar, laboral o social. Averiguar cuáles son las expectativas de futuro con las que cuenta la mujer tras sufrir la enfermedad, etc.

Para los profesionales de Enfermería y de la sanidad en general, este es un trabajo que permite conocer mejor las vivencias de la mujer en la enfermedad cardiaca, lo cual posibilitará una toma de decisiones más objetiva, rápida y eficaz, así como el planteamiento de un plan de cuidados individualizado sin prejuicios ni connotaciones previas.

## Bibliografía

1. Della Rosa RD, Matheus RC, Estevam M, Bueno MC, Godin G. Desenvolvimento de instrumento para medida dos fatores psicossociais determinantes do comportamento de atividade física em coronariopatas. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(3): 584-96.
2. Baena Díez JM, Del Val J, Tomás J, Martínez J, Martín R, González I et al. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en Atención Primaria. *Rev Esp Cardiol* 2005; 58(4): 367-73.
3. Andres A, Talamantes C, Izquierdo A, Zamorano M, Garrigós E. La demora en la aplicación del tratamiento del infarto agudo de miocardio. Estudio por sexos. *Enferm en Cardiol*, 2005; 34: 25-31.
4. Marosti C, Spadoti R, Schmidt A. patient's symptoms before a first hospitalization due to acute coronary syndrome. *Rev Esc Enferm, USP* 2001; 45(5): 1094-1101.
5. Alfonso F, Bermejo J, Segovia J. Enfermedades cardiovasculares en la mujer: ¿por qué ahora? *Rev Esp Cardiol* 2006; 59(3): 259-63.
6. Sánchez P. Mujer y salud. Familia, trabajo y

- sociedad. Ed. Díaz de Santos SA: Madrid, 2003.
7. Cameiro F, Moraes M, Almeida A, Santos A, Costa A, Teles C. Fatores sociodemográficos e clínicos associados ao tempo de decisão para a procura de atendimento no infarto agudo do miocárdio. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2013; 21(6): 1248-57.
  8. McSweeney J, Lefler L, Crowder B. What's wrong with me? Women's coronary heart disease diagnostic experiences. *Progr Cardiovasc Nurs* 2007(2): 48-57.
  9. Lefler L, Bondy K. Women's delay in seeking treatment with myocardial infarction. *J Cardiovasc Nurs* 2004; 19(4): 251-268.
  10. Franco B, Rejane E, Goldemeyer S, Nogueira E. Patients with acute myocardial infarction and interfering factors when seeking emergency care: implications for health education. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008; 16(3): 414-8.
  11. Ferris A, Robertson R, Fabumni R, Mosca L. American Heart Association and American Stroke Association National Survey of stroke risk awareness among women. *Circulation* 2005; 111: 1321-1326.
  12. Solano Ruiz, M<sup>a</sup> del Carmen; Siles González, José; Fernandes de Freitas, Genival. Vivencias de las esposas cuyas parejas han sufrido un infarto agudo de miocardio: Un estudio fenomenológico. *Index de Enfermería* 2008; 17(1): 7-11.
  13. Gonçalves R, De Azevedo C, Barbosa MA, Pinto MC. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(1):62-70.
  14. Schultz A. La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva, Ed. Paidós: Barcelona; 1993.
  15. Labronici LM, Fegadolí D, Cavadinha ME. Significado da violência sexual na manifestação da corporeidade: um estudo fenomenológico. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(2): 401-6.
  16. Solano Ruiz MC, Siles González J. Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos. *Index de Enfermería* 2005; 51. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/51/6021.php> [acceso: 06/07/2009].
  17. Cândido P, Sousa AP, Lavinas MC, Carvalho AF. Conhecimento e expectativas de mulheres no pré-operatório da mastectomia. *Rev ESc Enferm USP* 2010; 44(4): 989-96.
  18. Rosa DM, Praça NdS, Barbosa MA, Komura LA, Bazill R, Rejane N, et al. O corpo e a saúde da mulher. *Rev ESc Enferm USP* 2009; 43 (Esp 2): 1320-5.
  19. MacInnes J. The illness perceptions of women following symptoms of acute myocardial infarction: a self-regulatory approach. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2006; 5: 280-288.
  20. Evangelista L, Sackett E, Dracup K. Pain and heart failure: unrecognized and untreated. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2009; 8: 169-173.
  21. DiGiacomo M, Davidson P, Vanderpluym A, Snell R, Dip G, Worrall-Carter, L. Depression, anxiety and stress in women following acute coronary syndrome: implications for secondary prevention. *Aust Crit care* 2007; 20: 69-76.
  22. De Moraes PA, Bertolozzi MR, Hino P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. *Rev. Esc Enferm USP* 2011; 45(1): 19-25.