



Revista Argentina de Cardiología

ISSN: 0034-7000

revista@sac.org.ar

Sociedad Argentina de Cardiología
Argentina

Tajer, Débora; Charask, Adrián
Género y enfermedad cardiovascular
Revista Argentina de Cardiología, vol. 81, núm. 4, agosto, 2013, pp. 295-296
Sociedad Argentina de Cardiología
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305328736002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Género y enfermedad cardiovascular

Gender and Cardiovascular Disease

La enfermedad cardiovascular aterosclerótica es la principal causa de muerte tanto para mujeres como para varones según la Organización Mundial de la Salud. La *Revista Argentina de Cardiología* dedica este número completo a las relaciones entre género y enfermedad cardiovascular con el fin de discutir las igualdades y las diferencias entre los sexos y poder ampliar el debate con aportes de trabajos originales, editoriales nacionales y extranjeros, artículos especiales y revisiones sobre esta temática. La enfermedad cardiovascular, en especial la aterosclerótica, impacta en forma diferente según el sexo, aun cuando los individuos tengan la misma prevalencia de factores de riesgo coronario. (1) Su efecto nocivo se manifiesta en las mujeres en forma más tardía, como se observa en el infarto agudo de miocardio (IAM), cuya edad promedio de presentación es 10 años más tarde que en el varón. Asimismo, la prevalencia global en la mujer es de solo 1 de cada 4 infartos, (2) pero separado por edad luego de los 70 años esta relación se invierte. La mortalidad del IAM en nuestro país en 2005 fue cuatro veces mayor en varones de entre 35 y 64 años que en mujeres (13 vs. 52 por cada 100.000 habitantes); sin embargo, luego de los 65 años la tasa de mortalidad en la mujer se incrementa más de 15 veces (211 por cada 100.000 habitantes). (3) Esta especificidad biológica del IAM en las mujeres, sumada, entre otras cosas, a las fuertes campañas de prevención realizadas para la pesquisa de tumores ginecológicos, y por supuesto sin ir en detrimento de ello, han focalizado a la mujer en su edad reproductiva y pudo haber incidido en que en la mayor parte del siglo pasado la enfermedad coronaria se haya considerado como una “enfermedad del género masculino”. Este sesgo conduce a un diagnóstico equivocado o tardío y finalmente repercute sobre las estrategias terapéuticas con graves consecuencias para la salud de las mujeres. Bernadine Healy acuñó el nombre de síndrome de Yentl para esta situación en un editorial en la prestigiosa revista *New England Journal of Medicine* en 1991. (4) Este nombre deriva de la heroína del siglo XIX del cuento de Isaac Bashevis Singer, (5) Premio Nobel de Literatura 1978, llamada Yentl, quien debió disfrazarse de hombre para asistir a la escuela y poder estudiar. Este editorial ilustra acerca del hecho de que ser “como un hombre” ha sido históricamente un precio que las mujeres han tenido que pagar por la igualdad (expresión textual del artículo original). En las encuestas de 1997, solo el 30% de las mujeres consideraban que la principal causa de muerte era la cardiovascular; luego de la campaña de 2006 “Go Red for Women”, esta percepción aumentó al 55%. (6) Sin embargo, esto no ocurrió en nuestro país, como lo demuestra la encuesta llevada a cabo en ese mismo año

por la Fundación Cardiológica en el programa “Corazón y Mujer”, que se discute *in extenso* en este número de la RAC. Finalmente, el análisis de dos artículos originales evidencia que las terapéuticas en los síndromes coronarios agudos en nuestro país arrojan un sesgo de género demostrado por un tratamiento subóptimo en la mujer.

La inequidad de género en la calidad de la atención en salud se ha descrito como la entrega de una atención igual para ambos sexos cuando las necesidades de género no son iguales o la entrega de atención diferente cuando las necesidades son iguales, lo que fomenta una estereotipia de género en los modelos de atención.

Los aspectos psicosociales y culturales también deben ser tenidos en cuenta en la determinación del riesgo coronario en toda su complejidad. Para el tema que nos compete, el análisis diferencial de los modos en que varones y mujeres construyen su forma de ser y de andar por el mundo, las exigencias sociales específicas y las condiciones de vida asociadas deben formar parte de la red conceptual y práctica para atrapar las diversas problemáticas de la salud. Por otra parte, el hecho de que la incidencia de cardiopatías isquémicas haya aumentado en los últimos años en mujeres está siendo acompañado a nivel internacional por la comprensión de la especificidad femenina en este tipo de problema. Con tal motivo, este número de la *Revista* muestra avances en la articulación de los factores psicosociales y culturales por género y su relación con la enfermedad coronaria en un importante artículo especial que reseña investigaciones con perspectiva de género realizadas por la Universidad de Buenos Aires. Estas fueron llevadas a cabo desde una línea que articula las condiciones de vida y los modos de construcción subjetiva por género en nuestra sociedad que determinan formas “generadas” de vivir y por lo tanto de enfermar, consultar, ser atendidos/as y morir. De esta manera, se incluye información sobre la construcción de las masculinidades y femineidades en la modernidad y su impacto en la salud coronaria, para contar con herramientas que puedan sumarse a los conocimientos sobre las especificidades biológicas. Esta información permite observar el peso que pueden adquirir las modalidades diferenciales y específicas de construcción de la subjetividad de varones y mujeres ligadas a las condiciones de vida al incorporar elementos al indicador “estrés” relativos a la construcción de género y subjetividad.

Dra. Débora Tajer
Dr. Adrián Charaski^{MTSAC}

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferrante D, Virgolini M. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005: resultados principales. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en la Argentina. *Rev Argent Cardiol* 2007;75:20-9.
2. Sosa Liprandi MI, Racki M, Khoury M, Villarreal R, Cestari G, Mele E y cols. Crisis económico-financieras en la Argentina: ¿un nuevo factor de riesgo de mortalidad cardiovascular? *Rev Argent Cardiol* 2012;80:137-44.
3. Gagliardi J, Charask A, Higa C, Blanco P, Dini A, Tajer C, por los Investigadores del Consejo de Emergencias Cardiovasculares y Área de Investigación SAC. Infarto agudo de miocardio en la República Argentina. Análisis comparativo en los últimos 18 años. Resultados de las Encuestas SAC. *Rev Argent Cardiol* 2007;75:171-8.
4. Healy B. The Yentl Syndrome. *N Engl J Med* 1991;325:274-5. <http://doi.org/dd8kk6>
5. Yentl the yeshiva boy. En: Singer IB. An Isaac Bashevis Singer reader. New York: Farrar, Straus and Giroux; 1971. p. 135-66.
6. Mosca L, Mochari H, Christian A, Berra K, Taubert K, Mills T, et al. National study of women's awareness, preventive action, and barriers to cardiovascular health. *Circulation* 2006;113:525-34. <http://doi.org/fh8z25>