



Revista Argentina de Cardiología

ISSN: 0034-7000

revista@sac.org.ar

Sociedad Argentina de Cardiología
Argentina

TAJER, DÉBORA; REID, GRACIELA; GABA, MARIANA; LO RUSSO, ALEJANDRA; BARRERA,
MARÍA ISABEL

Investigaciones sobre género y determinación psicosocial de la vulnerabilidad coronaria en varones y
mujeres

Revista Argentina de Cardiología, vol. 81, núm. 4, agosto, 2013, pp. 344-352
Sociedad Argentina de Cardiología
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305328736012>

- ▶ 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

Investigaciones sobre género y determinación psicosocial de la vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres

Gender and Psychosocial Impact in Coronary Vulnerability in Men and Women

DÉBORA TAJER, GRACIELA REID, MARIANA GABA, ALEJANDRA LO RUSSO, MARÍA ISABEL BARRERA

“UNA ENFERMEDAD DE LOS VARONES Y DE SU ESTILO DE VIDA”: CONSTRUCCIÓN DEL IMAGINARIO SOCIAL DE LA ENFERMEDAD CORONARIA

Las enfermedades cardiovasculares constituyen una problemática en salud de gran importancia epidemiológica en la Argentina. Representan la segunda causa de muerte en adultos/as de entre 35 y 54 años y es la primera en los varones de esa franja etaria. La proporción entre varones y mujeres que mueren por este motivo en la Argentina es de 3-4 varones por cada mujer, por lo cual se convierte en uno de los factores que determinan una sobremortalidad masculina temprana, (1) la cual impacta, en gran parte, en la diferencia de esperanza de vida al nacer entre varones y mujeres (esperanza de vida al nacer, en todo el país en 2005-2010 (en años): 79,10 las mujeres, 71,60 los varones, lo que muestra una brecha de 7,5 años entre ambas. Los datos correspondientes a la ciudad de Buenos Aires, según la misma fuente, eran ligeramente superiores al resto del país: 79,39 años para mujeres y 71,80 para varones, con una brecha de 7,6 años. (2) Durante la primera mitad del siglo XX se consideraban como una “enfermedad de género masculino”, mientras que en la segunda mitad del siglo y en lo que va del actual comienza a aparecer un nuevo panorama constituido por el aumento de los casos en la población femenina. (3)

Es de destacar que en la actualidad, aun con los cambios producidos en el escenario por el aumento de la incidencia femenina, el imaginario acerca de la enfermedad coronaria continúa considerándola una enfermedad “de varones”, con alta incidencia a partir de los 35 años y con fuerte influencia de los factores psicosociales, como parte de la construcción de su vulnerabilidad. (4) Posiblemente tal imaginario esté sustentado en la manera en que comenzó la epidemia (una enfermedad de los varones en edad productiva) y en el hecho de que se mantuvo la brecha de la incidencia en varones y mujeres (por lo menos hasta los 55 años),

aun cuando la cantidad de mujeres afectadas continúa en franco crecimiento.

Afortunadamente, el aumento de la incidencia de cardiopatías isquémicas en mujeres en la actualidad está siendo acompañado a nivel internacional por la comprensión de la especificidad femenina en este problema, lo que ha generado desarrollos que, sin embargo, no han llegado de forma masiva a los y las profesionales a cargo de la atención de estas pacientes en el país. A modo de síntesis informativa, los principales aportes a la comprensión de la diferencia entre varones y mujeres en el modo de enfermar, consultar y morir de este tipo de problema en salud han sido en los siguientes aspectos:

- La identificación de los factores de riesgo específicos. (5)
- El modo específico de la presentación de la enfermedad en mujeres. (6)
- Las mejoras en la detección temprana. (3)
- El tratamiento clínico cardiológico específico. (7)
- La mayor letalidad que ocurre en las mujeres que se enferman de este tipo de patología con respecto a los varones. (8)

Por otra parte, el hecho de que fuera considerada una “enfermedad de varones” no implica que en estos pacientes se haya estudiado integralmente su modo particular de construir la vulnerabilidad. En general no se indagaron las diversas áreas de la vida cotidiana y de los modos de subjetivación que impactan en su fragilización. Tal como refieren algunos autores, (9, 10) las prácticas y necesidades reales de los varones, “supuestos sabidos” en la conformación del sujeto universal de la modernidad, resultan desconocidas, cuestión que los Estudios de la Masculinidad comienzan a intentar resolver en términos generales (11) y, en particular, en el campo de la salud. (12, 13)

En este sentido y siguiendo los últimos avances, nuestro trabajo se propone colaborar desde una perspectiva que proviene del campo de la subjetividad,

ante una problemática con tan alto costo social, para identificar factores específicos que ayuden a entender el modo de la construcción diferencial y específica de la vulnerabilidad según género. La identificación de esos factores puede contribuir a la mejora de la calidad y expectativa de vida tanto de los varones como de las mujeres y generar asimismo avances en los grados de equidad de género en la calidad de atención de los pacientes. (14, 15)

Desde 1998 este equipo viene realizando investigaciones en la interrelación entre género y enfermedad coronaria en el marco del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. El marco de abordaje es la intersección entre las Ciencias Sociales en Salud (también denominada Salud colectiva o Medicina Social según el país de referencia), los Estudios de Género y el Psicoanálisis, y se llevan adelante investigaciones cualitativas para aportar visibilidad sobre las formas genéricas de enfermar, consultar y ser atendidos/as. Este enfoque permite crear al mismo tiempo un modelo de análisis para articular salud, subjetividad y género, con particular hincapié en el modo en que las asimetrías sociales entre varones y mujeres generan disparidad en las condiciones de vida que determinan diferencialmente el proceso salud-enfermedad-atención de ambos grupos genéricos. (16)

Partimos del consenso acerca de la multideterminación etiológica de esta patología. A los factores de riesgo biomédicos tradicionales se suman factores psicosociales, (17) que pueden explicar en parte las diferencias en la incidencia entre los sexos de enfermedad cardiovascular. (18)

De este modo, hemos explorado dentro de los factores psicosociales los modos de construcción de las subjetividades femeninas y masculinas de estos/as pacientes. Esta exploración no había sido abordada previamente y puede aportar herramientas para mejorar un problema de inequidad en salud por causas evitables.

En este artículo se presenta una síntesis de los resultados de cuatro proyectos de investigación realizados en los últimos 14 años por este equipo en la temática referida. (19-22)

MODO ESPECÍFICO DE CONSTRUCCIÓN DE LA VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL. ENFERMEDAD CORONARIA EN MUJERES

Partiendo de la existencia de relaciones entre los modos en que los/as sujetos construyen sus modos de ser, su forma de vivir, de enfermar y de morir se han identificado modos de ser relativos al género ligados a los ideales y exigencias diferenciales que varones y mujeres reciben en su vida en sociedad. Como han variado a lo largo de los últimos 50 años con los concomitantes cambios en los roles sociales de varones y mujeres, se ha establecido una escala que atrapa estos tránsitos estableciendo modos tradicionales, transicionales e innovadores de género

masculino y femenino para identificar su impacto específico en la salud coronaria. A modo de ejemplo se señala que el modelo tradicional actuaría como una “línea de base”. En lo que se refiere a las mujeres, este modelo se corresponde con una tipología femenina ligada al sostenimiento de la división sexual del trabajo producida por los requerimientos del modelo de la modernidad industrial necesitado de mujeres-madres que cuiden el espacio doméstico y cuiden a los futuros trabajadores. Y de varones trabajadores asalariados en el espacio de lo público que tomen para sí la tarea de proveedores económicos de la unidad doméstica. El modelo implica una división de roles por sexo, pero además una relación de poder asimétrica entre ellos por la cual los varones obtienen más prerrogativas sociales y libertades que las mujeres. El modelo transicional incluiría una división de roles y repartición de poder similar pero más atenuada y democratizada que el modelo anterior. Mientras que los modos innovadores no guardan un patrón posible de definir más que por su diversidad, en tanto incluyen una amplia gama de modalidades de construcción subjetiva y vincular en la cual la maternidad para las mujeres y el imperativo de hacer carrera y provisión económica exclusiva en varones se plantean *como una opción, y ya no como un mandato* en la construcción del proyecto de vida. Mientras que en las mujeres la inclusión laboral, con variaciones según el sector social, se constituye en una condición para el autosustento propio de este modelo, ya sea que la mujer viva sola, en pareja o en familia.

Estos modelos actúan a modo de ideales de vida desde los cuales los y las sujetos se miran a sí mismos/as y son mirados/as por los/as demás. Por lo tanto, están estrechamente ligados a la construcción de sus proyectos de vida, sus deseos y los contenidos en la constitución de la autoestima.

La puesta en tela de juicio de los valores en los cuales los/as sujetos basan su autoestima ha sido largamente estudiado en nuestro medio como factores de vulnerabilización y, en algunos casos, como “gatilladores” de eventos coronarios agudos. (23) Por lo tanto, identificar los modos específicos femeninos y masculinos segmentados por grupo social de constitución de estos ideales ha sido una de las mayores contribuciones de las investigaciones que este artículo presenta al impacto de los factores psicosociales en la construcción de la vulnerabilidad coronaria. Considerando la vulnerabilidad como modalidad de construcción del riesgo propia de las patologías crónicas, que no se dirimen por exposición a un factor, sino por una construcción de largo alcance en el tiempo ligada a las modalidades y condiciones de vida.

Con tal motivo, en las dos primeras investigaciones se relevó la existencia de modos específicamente femeninos y modos específicamente masculinos de construir la vulnerabilidad psicosocial de enfermedad coronaria en mujeres y en varones de dos sectores sociales de la ciudad de Buenos Aires

(entrevistas tomadas en un hospital público y dos clínicas privadas de la ciudad de Buenos Aires), los/as cuales fueron entrevistados/as luego de un evento coronario agudo. Con un diseño cualitativo comparativo, se efectuaron entrevistas semiestructuradas en pacientes varones y en pacientes mujeres con síndrome coronario agudo y luego se compararon con varones y mujeres interna-dos/as en clínica médica de la misma institución por otras afecciones y con similares características sociodemográficas como grupo control.

Con respecto a la población de mujeres se encontró que las entrevistadas con afecciones coronarias de sectores económicos bajos presentaban patrones de género femenino tradicionales: estaban casadas en primeras nupcias, la maternidad era el eje central en sus vidas, su trabajo lo desempeñaban como amas de casa o empleadas domésticas. Estas características habían sido consideradas hasta el momento como "factores de protección" para este tipo de enfermedades, considerando como mujeres vulnerables solo a las exitosas, a las que se perciben y actúan como "imprescindibles" y multifuncionales, que trabajan fuera del hogar en tareas competitivas y las que aparentemente se parecen a "los hombres". Sin embargo, las mujeres de sectores populares no siguieron el patrón esperado, aunque confirmamos que vivían sobreexigidas y presentaban el "síndrome de la supermujer", (24) el cual había quedado invisibilizado. La supermujer en este caso presenta ropajes propios de los sectores populares urbanos, donde las mujeres que viven en una economía de subsistencia asumen la creencia de que deben resolverlo todo, riesgo que aumenta en momentos de empeoramiento de las condiciones de vida. Cuando a esta sobrecarga ligada a factores sociales se suma que la mujer, por razones psicológicas, articuladas a los contenidos del modo de subjetivación de género femenino tradicional, presenta tendencia a recargarse, el incremento de este ahora factor psicosocial de riesgo es exponencial, aumentando de este modo su vulnerabilidad coronaria.

En mujeres de sectores medios-altos con afecciones cardíacas se encontraron hiperactivas que "*no pueden parar*", con una fina percepción de lo que está aconteciendo pero con gran dificultad para accionar sobre el problema y resolvérselo. Presentan un ritmo de vida muy apurado, con dificultad para articular áreas, ya que sus rasgos de personalidad suelen ser perfeccionistas y omnipotentes. Por lo tanto, la entrada de estas mujeres a la vida moderna y al mercado laboral asalariado *full time* las ha confrontado a una diversidad de áreas de conflictos a enfrentar: trabajo, familia, desarrollo personal, ideales estéticos vigentes, etc., para las que mantienen una autoexigencia muy elevada sin flexibilizar expectativas. Esto las coloca en una zona roja de riesgo que las puede confrontar con *morir en el intento*. Son *supermujeres* que en este sector social en lugar de flexibilizar ideales y articular

áreas establecen una sumatoria de aspiraciones al máximo de la autoexigencia. Autoexigencia que aumenta con el hecho de que suelen trabajar solas, pues acrecienta la sobrecarga de exigencias aumentando el riesgo. Este síndrome puede considerarse un estresor específico de género femenino en la actualidad ligado a la vulnerabilidad coronaria y permite, como contracara, identificar como factor protector a las prácticas solidarias y al trabajo en equipo, pues son promotores de los aspectos psicosociales que colaboran a mantener la salud coronaria.

Los imaginarios sociales constituidos en torno a la enfermedad coronaria como "enfermedad de varones y sus modos de vida" han caracterizado a estas mujeres como masculinizadas, lo cual distorsiona la percepción de la realidad dado que son mujeres que pagan el costo de haber construido su autonomía en un mundo donde el modelo valorizado es el masculino tradicional. Por lo tanto, el estrés del mundo del trabajo al cual están expuestas es más complejo que caracterizarlo como que están sometidas a las mismas exigencias que los varones. (25-27) Es una exigencia específica dirigida a las mujeres que deben "actuar como hombres" en un mundo laboral que en general no valora las características que las mujeres tienen para ofrecer, salvo en las actividades de cuidado menos calificadas y menos rentadas. Dado que el mundo de los mayores ingresos y prestigio suele desvalorizar en su mayoría los estilos femeninos, les pide el doble de esfuerzo que a los varones para las mismas tareas y las estimula a adoptar estilos masculinos y luego las acusa de haber perdido la femineidad.

NO ES SOLO COSA DE MUJERES. VARONES CORONARIOS DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Aun cuando persiste la tendencia a homologar la incorporación de la perspectiva de género como casi un sinónimo de hablar de la especificidad femenina, en las dos primeras investigaciones realizadas se incluyó población de ambos sexos y se trabajó desde un marco abarcador e integral utilizando indicadores de género masculino para identificar marcadores de vulnerabilidad psicosocial de enfermedad coronaria en varones.

De este modo se estudiaron varones coronarios de los mismos dos sectores sociales que las mujeres cardíacas, los cuales fueron comparados con controles de similares características sociodemográficas. En la comparación de ambos grupos de varones se identificó que los coronarios entrevistados de ambos grupos sociales presentaban, en comparación con sus controles, un grado mayor de nivel educativo, el cual estaba relacionado con la búsqueda de credenciales académicas ligadas a expectativas de altas exigencias de rendimiento laboral.

Se observó a su vez que presentaban un patrón reproductivo característico del modelo de la masculinidad social de la modernidad tardía, con el ideal de

la construcción de una familia tipo o nuclear, como modo de “organizarse en la vida”, con una tendencia a permanecer más tiempo en relaciones estables de convivencia que sus controles.

Se identificó que perciben mayores ingresos que los no cardíacos de cada grupo social, lo cual se relaciona con que han sido subjetivados para ser **los ricos del barrio** (los más exitosos, incluidos y exigidos de cada grupo social), lo cual presenta como contracara el costo de ser los más sobreadaptados al modelo de masculinidad moderna de cada grupo social. Y dado que el mecanismo psicológico de sobreadaptación ha sido largamente asociado en nuestro medio con los fenómenos psicosomáticos, (28) se puede señalar que esta forma de incorporación del ideal social contribuye a aumentar el riesgo.

Otro rasgo observado es el pensarse a sí mismos como excepcionales; por lo tanto, les ha sido difícil de entender que a ellos les pudiese acontecer un evento coronario, y menos aún en su camino rumbo al éxito. Esta reflexión contiene uno de los núcleos duros de construcción de la vulnerabilidad en términos de subjetividad y género en los varones coronarios, pues se observa en ellos la dificultad de renunciar, aun cuando se tome conciencia, a acercarse a un ideal de la masculinidad por el cual son valorados socialmente (y por sí mismos), pero cuya contracara es la vulnerabilización para este tipo de problemáticas.

Un rasgo en común que se encontró entre los varones coronarios de ambos grupos ha sido la coexistencia de una falta de registro de la gravedad de lo que estaba ocurriendo en su cuerpo y simultáneamente una reflexión posdiagnóstico de que una angina (o infarto) “era algo que les podía pasar”. Esto se debe a que se perciben simultáneamente como al borde de explotar y saben por pertenencia de género (masculino) que el modo de explotar podría ser un evento coronario agudo, pero que a ellos, por ser excepcionales incluso en ese grupo, no les iba a pasar.

Por lo tanto, aun cuando racionalmente pueden describir los rasgos de su forma de estar en la vida, los cuales conectan con la producción del proceso mórbido, como ritmo de vida con excesos, autoexigentes, *aguantadores* hasta explotar, híper responsables que no saben delegar, idealistas con dificultades en su relación con la realidad y con dificultades en el autocuidado, este saber solo opera como racionalización y no como apropiación de un conocimiento para el cambio, puesto que no puede operar como herramienta de autocuidado y consulta precoz debido a la invisibilización de los costos del ejercicio y mantenimiento de la hegemonía social para quien la ejerce.

Con respecto a las diferencias identificadas entre los modos masculinos de los dos sectores sociales estudiados se pudo observar en sectores más bajos una actitud pasiva frente a la vida que los lleva a tragarse la ansiedad, el enojo y los nervios. Presentan al mismo tiempo una gran dificultad para controlar

(o tramitar) los impulsos, del mismo modo que dificultad para percibir el “yo corporal” como formando parte de su persona como efecto del mandato de la modernidad industrial de escindir la relación entre cuerpo y mente.

En el sector más alto se confirma la hipótesis de que las enfermedades coronarias son enfermedades ligadas a estilos de vida y percepción de sí mismos como superhéroes, para los cuales parte del contenido principal de la hazaña es la preocupación por los demás, constituyéndose en un “ser para el otro” que pone el bienestar material y económico de la familia como valor por sobre el de su salud y bienestar. Esto es constitutivo de la autoestima de género masculino tradicional, que tiende a considerar que serán más valorizados en tanto son “más para los demás”, presentando dificultades para encontrar un equilibrio entre las propias necesidades y las de los/as otros/as significativos/as.

En relación con la autopercepción de posibles desencadenantes del evento agudo coronario hay coincidencias en ambos grupos sociales, en los cuales la mayoría refiere situaciones en las que se puso en evidencia que la imagen que duramente intentaron sostener acerca de sí mismos se caía frente a otros/as significativos/as. Situaciones que resultaron más traumáticas por la dificultad de estas personas de identificar que la situación actual dolorosa que se les aparecía como un accidente era en realidad un corolario de un proceso que fue construyéndose en el tiempo, por la propia limitación para percibir su desarrollo.

En su mayoría refieren que frente a situaciones de sentirse mal tienden a encerrarse y tratar de resolver solos el problema y no quieren que nadie los ayude probablemente porque no confían en nadie, lo cual es una característica de este tipo de sujetos y un factor específico de vulnerabilidad psicosocial.

El desencadenante de la situación de morbilidad lo ubican en situaciones ligadas a la autoexigencia; el esfuerzo por estar a la altura de un ideal muy alto ligado al éxito o al mantenimiento de una imagen de sí inmaculada, estableciéndose de este modo una tipología de género masculino de habitar el cuerpo y de conducta que tiene como resultado el aumento de la vulnerabilidad coronaria.

En lo laboral, los coronarios son los más integrados y exitosos de cada grupo social y trabajan diariamente más horas que los no coronarios de su mismo sector social. Prefieren trabajar solos y si lo hacen en grupo es a condición de que lo lideren o coordinen, a diferencia de los controles que valoran compartir responsabilidades. Mientras que para los coronarios “el otro” es alguien que molesta, puede hacer perder el tiempo o es alguien útil solo para ser dirigido, para los sujetos controles no coronarios “el otro” es alguien para compartir, ayudar y ser ayudado.

Una característica muy notable es que se declaran más insatisfechos en el campo del trabajo que

sus controles a similitud en el tipo de trabajo, lo cual refuerza la idea de que parte de la diferencia entre varones cardíacos y no cardíacos radica en la brecha que presentan los coronarios entre expectativas (muy altas) y realidad y no solo en el impacto que la realidad tiene sobre ellos. (29) Es la relación que establecen con la realidad lo que los vulnerabiliza.

En el uso del tiempo libre se observa que la mayoría del grupo de coronarios de sector más bajo refiere no tenerlo, sino que es utilizado para realizar o buscar actividades para complementar los magros ingresos, lo cual es un indicador de que, por buenas y malas razones, los coronarios tienen más incorporada la idea de tiempo productivo por sobre el tiempo recreativo. En los de sector más alto aparece la idea de tenerle pavor al tiempo libre, el cual aparece casi totalmente reglado u ocupado de trabajo del cual “se escapan”. Se encontró en los coronarios de sector más alto dificultades en el disfrute de las vacaciones aun con posibilidades materiales de hacerlo, motivo por el cual queda evidenciado que la dificultad para disfrutar del tiempo libre es de raíz psicológica.

Como reflexión final, cabe afirmar que para este grupo el modo subjetivo que les genera vulnerabilidad coronaria es el resultado de una forma de andar por la vida con alta valoración social y cuya contracara es un alto costo en morbilidad.

A modo de síntesis de los hallazgos de estas dos primeras investigaciones se puede señalar que se han presentado algunos rasgos de los modos particulares de construcción de la vulnerabilidad psicosocial de enfermedad coronaria en mujeres y varones de entre 35 y 55 años de dos sectores sociales de la Ciudad de Buenos Aires. Vulnerabilidad asociada tanto con lo que los/as sujetos “hacen” y les pasa como con la significación que esas prácticas tienen para sí mismos/as.

SESGOS DE GÉNERO EN LA EQUIDAD EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

La tercera investigación se realizó con un diseño cualcuantitativo y el objetivo fue explorar en médicos/as especialistas en cardiología la existencia de prejuicios o conceptos que contribuyan a producir un sesgo que cause inequidad de género en la atención de las enfermedades cardiovasculares. Los hallazgos confirmaron que los/as médicos/as tienden a tratar de forma diferente a los pacientes varones que a las mujeres, con el riesgo de que algunas de estas diferencias ejerzan efectos negativos en el diagnóstico y en la atención de las mujeres. (30)

Conceptualmente se considera que se produce inequidad de género en la calidad de la atención cuando:

- Se entrega una atención igual para ambos sexos cuando las necesidades no son iguales.

- Se entrega una atención diferente cuando las necesidades son iguales.
- Se otorga un trato que refuerza los estereotipos de género. (31, 32)

Esta pesquisa tomó como fuentes secundarias los datos obtenidos en las Encuestas Nacionales de Unidades Coronarias de los años 1996 y 2000, (33) en las cuales se informó que las mujeres que habían padecido un infarto recibían menos estudios de coronariografías que los varones con el mismo cuadro y menor indicación de trombolíticos y angioplastia como métodos de tratamiento. Esta situación persiste según estudios recientes. (34, 35)

La explicación más extendida al hecho de que las mujeres que se infartan presentan más letalidad que los hombres es atribuirla a la edad, dado que las mujeres padecen infartos con una edad promedio de 7 a 10 años mayor que los varones. En diferentes series esta explicación ha resultado controversial y las diferencias observadas en los tratamientos sugieren que factores vinculados a estrategias o conceptos médicos podrían explicarlo. Dentro de este enfoque se ha verificado la menor indicación en mujeres de tratamientos probados en su eficacia para la prevención secundaria.

Con el objetivo de colaborar a ampliar la mirada y de *hacer hablar a los números* se desarrolló la parte cualitativa de la misma investigación entrevistando a médicos/as especialistas en cardiología de hospitales públicos, clínicas privadas y hospitales de comunidad de la ciudad de Buenos Aires. Esta parte de la pesquisa permitió identificar en qué niveles de la práctica cotidiana se van estableciendo las diferencias evitables que luego se evidencian en *los grandes números*. (30, 36, 37)

En el análisis observamos que el hecho de que la enfermedad coronaria sea más frecuente en varones, sumado a que la misma patología en mujeres tiene un modo de presentación más inespecífico, incide en el comportamiento médico. Los/as médicos/as tienden a tratar a todos los/as pacientes, varones y mujeres, tomando como patrón el modo en que se presentan los cuadros coronarios en la población masculina, con una tendencia a desestimar en general la especificidad que presentan las mujeres para la misma enfermedad. Se identificó una dificultad en los/as médicos y médicas para pensar y actuar clínicamente según el modo de enfermar de cada género, motivo por el cual la diferencia tiende a transformarse en inequidad en la calidad de atención. Este hecho ha sido estudiado para otras patologías y se le ha dado el nombre de *síndrome de Yentl*. (38) Este síndrome ilustra cómo en nuestras sociedades en el campo de la salud las mujeres deben comportarse, enfermarse y consultar como varones para ser tratadas “en serio”, pues comportarse o enfermarse diferente que ellos las condena a ser tratadas como pacientes de segunda clase. La presentación

inespecífica de los síntomas coronarios, que es más común en las mujeres, suele tener como efecto que los/as médicos/as tarden en diagnosticar dificultando su atención precoz y eficaz. Por otra parte, la brevedad del tiempo con el que cuentan para dedicar a cada paciente debido a las presiones institucionales para acelerar la cantidad de tareas por el imperativo de la eficiencia dificulta más esta situación impactando peor en las pacientes mujeres que presentan una “tendencia de género” de hablar más de su vida privada en la consulta y tardan más tiempo para referir el malestar específico. Es importante tener en cuenta que se requieren entrevistas más largas en mujeres para realizar un diagnóstico diferencial adecuado y no confundirlo con otros cuadros, como ocurre a menudo tal como se ha evidenciado en nuestra cuarta investigación.

Los/as profesionales entrevistados/as refieren que las pacientes mujeres son generalmente más “quejosas”, lo cual dificulta el interrogatorio médico. A esto se ha sumado que las mujeres tienen dificultad para realizar consultas precoces en esta área puesto que no se piensan como grupo de riesgo, debido a los imaginarios sociales de que es una enfermedad “solo de varones”. Ellas suelen estar más entrenadas para detectar y consultar por su salud reproductiva. Esto plantea la necesidad de realizar campañas de información y sensibilización dirigidas a las mujeres sobre su modo específico de riesgo coronario que permita fomentar la consulta precoz. Estos sesgos médicos sumados al modo de consulta típico de las mujeres generan que se las diagnostique más tarde, aumentando el riesgo en una patología donde en los últimos años se ha avanzado mucho en la intervención precoz. Esto ha sido sub registrado puesto que se suponía que las mujeres solían consultar más tempranamente que los varones en los servicios de salud. Pero al “abrir” la información por especialidad se pudo identificar que esto no ocurre en cardiología dado que no se perciben como grupo de riesgo. En contraposición se identificó que una vez diagnosticadas las mujeres acatan y adhieren más al tratamiento que los varones.

¿SE PUEDE PRODUCIR ALGÚN CAMBIO?

Resulta esperanzador que los/as profesionales entrevistados/as coincidan en sus expectativas a futuro acerca de la necesidad de cambiar la actitud médica frente a los desafíos planteados. Estudios ya publicados en diversos ámbitos consideran necesario contar con mayor información sobre los modos específicos de enfermar, de consultar y de ser atendidos/as de varones y mujeres, como parte de la capacitación en la especialidad. Consideran que esta información diferencial y específica contribuiría a establecer diagnósticos más precisos, así como mejoraría el acompañamiento profesional, y por lo tanto el tratamiento y pronóstico de los y las pacientes con trastornos cardíacos.

SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD CORONARIA Y GÉNERO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: APORTES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

La cuarta investigación realizada recientemente fue ejecutada por invitación de la Dirección General de la Mujer del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, con el propósito de contar con insumos para realizar acciones de promoción de la salud coronaria en las mujeres de ese distrito. Con tal objeto, el diseño tuvo la particularidad de incorporar, además de entrevistas a especialistas en cardiología, entrevistas a especialistas en ginecología y encuestas telefónicas a mujeres de población general de la ciudad. Se escogió contar con esta diversidad de fuentes para poder permitir un diagnóstico de las diversas caras del problema: los/as que atienden cuando el problema de salud está instalado, los/as que por atender mujeres de diversas edades cuentan con una buena oportunidad de realizar acciones preventivas y las mujeres de población general que son las que necesitan información para cuidar su situación de salud. Las entrevistas se tomaron en tres centros de atención, que atienden igual cantidad de sectores socioeconómicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Con respecto a los resultados de las entrevistas a especialistas en cardiología, se observó, a diferencia de lo relevado en 2003, un gran avance en la visibilización de los sesgos de género en algunos de los aspectos de la práctica cardiológica en los últimos 10 años. Los/as entrevistados/as están más advertidos/as de la importancia de identificar las diferencias en los modos más frecuentes de presentación de los cuadros coronarios agudos entre varones y mujeres. Por otro lado, cuando se les preguntó por características de las mujeres de su población consultante, refirieron que las de sectores medios y medios altos tienen mayor grado de percepción del riesgo, posiblemente por estar más impactadas por los medios de difusión, los cuales han emitido en este período mensajes preventivos sensibles a mujeres de este sector social. Ambos hallazgos implican un avance que es importante seguir potenciando con el propósito de incluir a las mujeres de otros sectores sociales.

Por otra parte, se identificó una gran dificultad para valorar la especificidad del riesgo psicosocial de la enfermedad coronaria en general y en particular en mujeres. En los casos en que los/as médicos/as pudieron identificarlos adecuadamente, se debió a que eran similares a las mujeres del sector social que consultan en cada centro de salud elegido para esta investigación y a los modelos que se asimilan a los de los varones, lo cual implica que la identificación de factores psicosociales tiende a basarse más en la experiencia y la circulación informal de estereotipos que en la recepción de información científica específica.

Incluso en aquellos casos donde manifestaron a lo largo de la entrevista su interés por los factores psicosociales, en su práctica han encontrado dificultades en

poder identificarlos en la ausencia de los indicadores de riesgo biomédicos, para los cuales están más entrenados/as para observar. Es posible que parte de estas dificultades se deban a que las investigaciones en este campo han sido realizadas con metodología cualitativa y provienen de otras disciplinas del campo de la salud. Con tal motivo, se identifica la necesidad del desarrollo de capacitaciones y acciones de divulgación de estos hallazgos desde una perspectiva interdisciplinaria para que los/as profesionales puedan contar con un marco más amplio que aporte a sus herramientas diagnósticas de manera sistematizada, además de su bagaje de experiencias.

Las entrevistas a especialistas en ginecología fueron realizadas en los mismos centros de salud bajo la premisa de la identificación de esta especialidad como una de las más consultadas por mujeres de todas las edades. Y por tal causa es una especialidad que podría colaborar a la prevención de la salud coronaria en mujeres, a modo de oportunidad ganada. Con tal fin se indagó si estos/as profesionales estarían adoptando conductas médicas que colaboren a la promoción de la salud coronaria y a la detección temprana de la vulnerabilidad coronaria en las mujeres que atienden. Como conclusiones generales de esas entrevistas se evidencia que la mayoría percibe que suelen ser el/la único/a médico/a que en forma periódica ve a las mujeres en su vida adulta. Por tal motivo refieren trabajar en prevención, controlando factores de riesgo específicos tales como tabaquismo, hipertensión, colesterol, diabetes, etc.

Conciben que el riesgo coronario se va construyendo a lo largo de la vida de las mujeres y eventualmente se dispara a partir del climaterio, a diferencia de la otra institución, donde conciben que el riesgo aparece en esta etapa. Sin embargo, aun cuando comprenden la construcción del riesgo de manera diferencial, a nivel operativo el control de los factores de riesgo suelen comenzar a llevarlo en la etapa preclimaterio (a partir de los 40/50 años).

Del mismo modo, se pudieron observar variadas posiciones frente a cómo conciben la determinación de este problema de salud. Mientras que los/as ginecólogos/as de uno de los centros consideran como factores de riesgo coronario solo a los biomédicos desestimando los aspectos de determinación social y psicológica de la enfermedad coronaria, en otro centro reconocieron el peso de los factores psicológicos y sociales en la determinación de la vulnerabilidad coronaria y la incidencia que por lo tanto pueden presentar las crisis vitales en la salud de las pacientes. Desde esta mirada, valoran la importancia de contar con información acerca de cómo poder actuar preventivamente en estos campos, dado que consideran que “lo que se no se hace en los primeros 30 años se paga a los 60 años”. Identifican la necesidad de contar con información para que la consulta pueda operar como una oportunidad para rastrear los riesgos que se van construyendo a lo largo de la vida y que la intervención preventiva precoz pueda ser una vía para detener su construcción,

implementando esta visión en la adopción de medidas preventivas integrales, muchas de las cuales actúan en la conservación de la salud coronaria.

Estas medidas las ubican en tres ejes: a) en obstetricia, aprovechar la oportunidad de la consulta de mujeres embarazadas para pesquisar otras patologías, b) derivar a Salud Mental en situaciones vitales especialmente críticas (climaterio, cirugías, problemas reproductivos, separaciones), porque todas estas situaciones presentan la necesidad de elaborar duelos que podrían desencadenar episodios y estados depresivos, los cuales inciden en la salud en general, pero muy en particular en la vulnerabilidad coronaria y c) tomar en cuenta la diversidad del acceso a la educación en la población que consulta, para expresar adecuadamente y en lenguaje accesible según el estatus cultural mensajes preventivos que puedan ser aprovechados y entendidos.

La tercera parte de la investigación consistió en una encuesta telefónica a mujeres de población general de la ciudad de Buenos Aires, a las cuales se les preguntó sobre su valorización de los riesgos en la salud de las mujeres, la identificación de su propio riesgo coronario, la identificación y caracterización del modo particular que tienen las mujeres de considerar el “estrés femenino”, la relación entre estrés y enfermedad coronaria y su percepción sobre la prevención del riesgo coronario.

De lo relevado vale consignar que las mujeres consideran que la etapa del climaterio en términos de ciclo de vida suele ser un momento en el cual pueden coexistir en simultáneo: crianza, inserción laboral, cuidado de padres/familiares mayores y pareja, con lo cual, en términos de riesgo psicosocial, se acentúa para ellas el estar expuestas al estrés de “la que está en el medio” o “síndrome del amortiguador”.

Y por último, sugieren algunas medidas preventivas que consideran eficaces, para impactar en temas ligados a calidad y condiciones de vida que identifican como aumentando su vulnerabilidad coronaria:

- Derecho a que en la infancia se pueda jugar y no estar tan exigidos/as y que eso se pueda mantener a lo largo de la vida.
- Enseñar a las mujeres la importancia de tener tiempo para sí mismas.
- Tomar conciencia de que el exceso de responsabilidades y la división por género del trabajo actual hacen al riesgo de las mujeres.
- Percepción de que el aumento de riesgo en mujeres no es solo por la entrada al mundo laboral, sino que se da sin redistribución de las tareas domésticas y apoyo institucional o familiar para la crianza.

CONCLUSIONES GENERALES

A modo de conclusión, se han presentado brevemente los hallazgos de cuatro investigaciones realizadas en la Argentina sobre los aspectos psicosociales de la construcción de la vulnerabilidad coronaria y de la calidad

de atención de varones y mujeres coronarios desde una perspectiva de género. Se espera que puedan resultar de interés para los/as profesionales de la salud que atienden este tipo de problemas en aras de incentivar el trabajo interdisciplinario, el cual permitirá incluir los aspectos subjetivos y sociales a la práctica médica en la prevención, atención y rehabilitación de varones y mujeres coronarios/as.

Declaración de conflicto de intereses

Las autoras declaran que no poseen conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Garduño MA. Determinación genérica de la mortalidad masculina. *Salud Problema*, 6, 2001;10-11, 29-36.
2. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). www.indec.gov.ar
3. Redberg RF. Coronary artery disease in women: understanding the diagnostical management pitfalls. *Medscape Womens Health* 1998;3:1-14.
4. Schreiner PJ, Niemelä M, Miettinen H, Mähönen M, Ketonen M, Immonen-Räihä P. Gender differences in recurrent coronary events; the FINMONICA MI register. *Eur Heart J* 2001;22:762-8.
5. Knopp R. Risk factor for coronary artery disease in women. *Am J Cardiol* 2002;89:28E-34E; discussion 34E-35E.
6. Kyker KA, Limacher MC. Gender differences in the presentation and symptoms of coronary artery disease. *Curr Womens Health Rep* 2002;2:115-9.
7. Jneid H, Thacker HL. Coronary artery disease in women: different, often undertreated. *Cleve Clin J Med* 2001;68:441-8.
8. Keller KB, Lemberg L. Coronary artery disease- ignored in women or inherently more lethal in women? *Am J Crit Care* 1998;7:77-9.
9. Inda N. Género masculino, número singular. En: Burin M y Dio Bleichmar E (comps.). Género, psicoanálisis y subjetividad. Buenos Aires: Paidós; 1996. p. 212-40.
10. Connel RW. La organización social de la masculinidad. En: Valdez T y Olavarriá J, editores. Masculinidad/es. Poder y crisis, 24-31-48. Santiago de Chile: Ediciones de las Mujeres; 1997.
11. Hartog G. De las ciencias del hombre a los estudios sobre masculinidades. La Manzana: revista Internacional de estudios sobre masculinidades 2006;1:11-20.
12. Time for creative thinking about men's health (editorial). *Lancet* 2001;357:1813.
13. De Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante: Género, cuerpo y salud masculina. La Manzana: revista Internacional de estudios sobre masculinidades 2006;1:59-88.
14. Tajer D, Fernández AM, Cernadas J, Barrera MI, Reid G, Lo Russo A. Equidad de género en la calidad de atención en los pacientes cardiovasculares. X Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 2002:215-22.
15. Tajer D. Heridos corazones. Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. Buenos Aires: Paidós; 2009.
16. Tajer D. Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. Género y Salud. Las Políticas en acción. Tajer D (comp.). Buenos Aires: Lugar Editorial; 2012.
17. Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychosocial factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 1999;99:2192-217.
18. Haynes SG, Feinleib M, Levine S, Scotch N, Kannel WB. The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study. II. Prevalence of coronary heart disease. *Am J Epidemiol* 1978;107:384-402.
19. Tajer D, Cernadas J, Barrera MI, Albertano P. Mujeres, Varones y Enfermedad Cardiovascular. Aportes epidemiológicos desde la Salud Mental y la perspectiva de Género a la explicación de la incidencia diferencial por sexos de enfermedades cardiovasculares en adultos jóvenes. Instituto de Investigaciones. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Programa UBACyT Categoría Investigadores Jóvenes. Bi Anual 98/00. PJ05.
20. Tajer D, Cernadas J, Barrera MI, Imaz I, Lo Russo A. Género y Construcción del Riesgo en Enfermedades Cardiovasculares en Adultos Jóvenes. Instituto de Investigaciones. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Programa UBACyT. Categoría Investigadores Jóvenes. Anual 98/00. PJ08. Año 2000.
21. Tajer D, Cernadas J, Barrera MI, Reid G, Lo Russo A, Gaba M. Equidad de género en la calidad de atención de pacientes cardiovasculares. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Programa UBACyT 01/03. Proyecto PS 037.
22. Tajer D, Gaba M, Barrera MI. Análisis de la situación de vulnerabilidad coronaria y género en la Ciudad de Buenos Aires. Programa de Fortalecimiento de la Sociedad Civil del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires - 2011, Investigación realizada para la Dirección General de la Mujer. (En prensa.)
23. Chiozza L. ¿Por qué enfermamos? La historia oculta en el cuerpo, Buenos Aires: Alianza; 1986.
24. Ares P. Ser mujer en Cuba. Riesgos y conquistas. En: Sarduy Sánchez C y Alfonso A (comps.). Género: Salud y Cotidianeidad. Temas de actualidad en el contexto cubano. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2000. p. 41-54.
25. Passannante MR, Nathanson CA. Women in the labour force: are sex mortality differentials changing? *J Occup Med* 1987;29:21-8.
26. Barnett R, Biener L, Baruch G. Gender and Stress. New York: The Free Press; 1987. p. 27.
27. Hall E. Gender, work control, and stress: a theoretical discussion and an empirical test. *Int J Health Serv* 1989;19:725-45.
28. Liberman D, Grassano E, Neborat S, Pistiner L, Roitman P. "Del Cuerpo al Símbolo". Sobreadaptación y Enfermedad Psicosomática. Santiago de Chile: Ananke; 1993.
29. Tajer D. Varones, subjetividad, trabajo y enfermedad coronaria. Construcción de la vulnerabilidad en varones adultos medios. *Salud en Debate - Género e Salud* 2007;31:116-23.
30. Tajer D, Cernadas J, Barrera MI, Reid G, Lo Russo A, Gaba M y cols. Equidad de género en la calidad de atención de pacientes cardiovasculares. En: Desigualdades sociales y equidad en salud: perspectivas internacionales. González-Pérez G (comp.). México: Edit Universidad de Guadalajara 2010:73-102.
31. Pittman P, Hartigan P. Gender inequity: an issue for quality assessment researchers and managers. *Health Care for Women International* 1996;17:469-86.
32. Pittman PM. Gendered experienced of health care. *Int J Qual Health Care* 1996;397-405.
33. Hirschson Prado A, Trivi M, Tájer DC, Charask A, Mauro VM, Salvatti AM y cols. Infarto Agudo de Miocardio en la Argentina. Tercera Encuesta Nacional SAC 1996. Comité de Investigación y Consejo de Emergencias Cardiovasculares de la Sociedad Argentina de Cardiología. *Rev Argent Cardiol* 1998;66:63-72.
34. Charask A, Castillo Costa Y, Mauro V, Fairman E, De Zan M, Barrero C y cols. Síndrome de Yentl o especificidad de género

- en el infarto agudo de miocardio (resumen). Rev Argent Cardiol 2012(Supl 3):24.
- 35.** Mariani J, De Abreu M, Silberstein A, Doval HC, Gagliardi J, Villarreal R y cols. Sesgo de género en el tratamiento de los síndromes coronarios agudos (resumen). Rev Argent Cardiol 2012;80(Supl 3):27.
- 36.** Tajer D, Fernández AM, Cernadas J, Barrera MI, Reid G, Lo Russo A y cols. Equidad de género en la calidad de atención en los pacientes cardiovaseulares. X Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires 2002:215-22.
- 37.** Tajer D, Fernández AM, Cernadas J, Barrera MI, Reid G, Lo Russo A y cols. Equidad de género en la calidad de atención de pacientes cardiovaseulares - 2^a parte. XI Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires 2003:271-82.
- 38.** Healy B. The Yentl syndrome. N Engl J Med 1991;325:274-6.