

# Mujeres y enfermedad cardiovascular. Género y subjetividad en la construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en mujeres jóvenes.

Tajer, Débora.

Cita:

Tajer, Débora (2005). *Mujeres y enfermedad cardiovascular. Género y subjetividad en la construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en mujeres jóvenes*. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-051/131>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ewYf/2e7>

# MUJERES Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR. GÉNERO Y SUBJETIVIDAD EN LA CONSTRUCCIÓN DEL RIESGO EN ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN MUJERES JÓVENES

Mag. Débora Tajer  
UBACyT. Universidad de Buenos Aires.

## Resumen

Este trabajo plantea el modo en el cual las características de la construcción de las subjetividades o modos de subjetivación de género de las mujeres con cardiopatía isquémica (infarto agudo de miocardio y angina inestable), aportadas desde la Salud Mental y los Estudios de Género, colabora a la explicación de la construcción del riesgo en mujeres adultas jóvenes. Propone colaborar a la identificación de un modo característicamente femenino de construcción de los factores psico-sociales que contribuyen al riesgo de las mujeres en lo relativo a las cardiopatías isquémicas. Tomando en cuenta que al ser esta una enfermedad mayoritariamente “de varones” existe una tendencia a identificar a las mujeres que se enferman como las que más se parecen a ellos. En este sentido se presentará información acerca de las características específicas de los aspectos subjetivos y/o psico-sociales de mujeres menores de 55 años con cardiopatía isquémica que pueden colaborar a la prevención, tratamiento y rehabilitación específicos de este tipo de pacientes.

## Palabras Clave

Mujeres-riesgo psicossocial-enfermedad coronaria- genero

## Abstract

WOMEN AND CORONARY HEART DISEASE. GENDER AND SUBJECTIVITY IN YOUNG WOMEN'S RISK

This article aims to consider gender subjectivity of women with coronary heart disease CHD (myocardial acute infarction and instable angina) as part of the risk of coronary heart disease in women under 55 years old. Contributes in identifying a feminine pattern of psychosocial risk factor, realizing that being a more often disease in men can turn into a bias in considering women patients as “those” more similar to men. Information related to specific psychosocial patterns of women under 55 with CHD is presented in order to improve prevention, treatment and rehabilitation processes in this kind of patients

## Key words

Women-psychosocial risk-coronary heart disease-gender

## 1. Introducción

Este trabajo, que es una síntesis de Tesis de Maestría, plantea el modo en el cual las características de la construcción de las subjetividades o modos de subjetivación de género de las mujeres con cardiopatía isquémica (infarto agudo de miocardio y angina inestable), aportadas desde la Salud Mental y los Estudios de Género, colabora a la explicación de la construcción del riesgo en mujeres adultas jóvenes. Del mismo modo y desde el mismo marco ha revisado críticamente los estudios que explican la menor incidencia de esta patología en las mujeres jóvenes y que privilegian el punto de vista de las diferencias biológicas, resituando a éstos dentro de una visión más abarcativa que considera al proceso salud-enfermedad-atención de un/a sujeto/a como un precipitado del interjuego de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. El aporte específico de este trabajo, consiste en el abordaje psicossocial del estudio de la conformación de la subjetividad o modos de subjetivación de género de las mujeres afectadas de esta patología donde la diferencial por sexos, fundamentalmente a edad temprana, es tan pronunciada y donde la causa que afecta a la población femenina, cuya proporción es 4 veces menor que los varones en menores de 55 años, desde una perspectiva psicossocial, es comúnmente entendida como causada por la “masculinización” de la población afectada o por el mayor peso de los factores biológicos de la causación por sobre los factores psicossociales. Este trabajo de Tesis ha identificado un modo característicamente femenino de construcción de los factores psico-sociales que contribuyen al riesgo de las mujeres en lo relativo a las cardiopatías isquémicas. En este sentido se presentará información acerca de las características específicas de los aspectos subjetivos y/o psico-sociales de las mujeres menores de 55 años con cardiopatía isquémica que pueden colaborar a la prevención, tratamiento y rehabilitación específicos de este tipo de pacientes.

## 2. Desarrollo

El desarrollo del trabajo de campo se realizó en base a dos etapas: 1) entrevistas a pacientes y 2) entrevistas a informantes claves. Ambas se desarrollaron sobre la base de entrevistas semi-estructuradas.

Para la primera etapa se eligieron instituciones que permitieron contar con pacientes de por lo menos dos estratos sociales: sector medio bajo y bajo; y sector medio alto y alto. Las instituciones escogidas fueron: para el primer estrato el Hospital Santojanni, ubicado en el límite sudoeste de la ciudad de Buenos Aires. Hospital Municipal de referencia zonal, y para el segundo estrato las Clínicas Bazterrica y La Providencia ubicadas en el sector centro y norte de la ciudad de Buenos Aires. El tipo de diseño utilizado ha sido exploratorio, sobre la base de un modelo de Casos y Controles, que representa un tipo de diseño utilizado en epidemiología que se inicia con los enfermos/as identificados/as, establece controles (sujetos/as comparables a los casos pero reconocidamente no enfermos/as) para ellos/as y retrospectivamente busca conocer los niveles de exposición al factor de riesgo supuesto (Almeida Filho, 1992a). Para los casos fueron elegidas pacientes mujeres de 35 a 55 años con cardiopatía isquémica, internadas por episodio coronario agudo. Y los controles se constituyeron en base a mujeres de 35 a 55

años, sin patología coronaria comprobable, pero equiparables en todas las otras características. Se entrevistaron en total 32 mujeres, 16 casos y 16 controles. Con respecto a los/as informantes claves se realizaron 7 entrevistas a profesionales de diferentes disciplinas con experiencia en el tratamiento y/o estudio de pacientes con cardiopatía isquémica: 4 médicos/as especialistas en cardiología, 2 psicoanalistas y 1 epidemiólogo. El marco teórico desde el cual se ha abordado el material recabado es un entramado que articula la etnoepidemiología, los Estudios de Género, los psicoanálisis y herramientas provenientes de las Ciencias Sociales en Salud.

### 3. Conclusiones

Se ha encontrado que las mujeres coronarias de sector bajo y medio bajo son mujeres que responden a patrones tradicionales de género femenino tanto en términos de organización de la conyugalidad y la maternidad como en términos laborales (Burin, Meler, 1998). Características que no han sido consideradas como pasibles de construir el componente de riesgo psicosocial de las cardiopatías isquémicas, sino que han sido consideradas como "factores de protección". En contraposición al imaginario relativo a "cómo son las mujeres que se enferman de este tipo de patología" estas mujeres no son exitosas, no trabajan fuera del hogar en tareas competitivas y no se parecen a "los hombres". Si, son sobreexigidas puesto que todas ellas han formado parte de un grupo que en términos tanto de género como de clase, han efectuado un ascenso social. En lo referente a la clase, se puede señalar que la mayor parte de las mismas son migrantes del interior del país por razones económicas, provenientes de familias extensas, con precariedad de recursos simbólicos y materiales en su familia de origen. Con respecto al género, presentan mandatos parentales (fundamentalmente de las madres) de alcanzar patrones de educación que colaboren a acceder a una conyugalidad que permita establecer una familia y una femineidad tradicional. Se puede señalar que para este grupo de mujeres, en el ámbito de la conformación de la subjetivación de género de acuerdo a patrones de su generación (Lombardi, 1988) ser madre y ama de casa en el marco de una familia nuclear, se ha constituido en un rasgo de ascenso social, para el cual han debido esforzarse en adquirir nuevas habilidades que les implicó adquirir características de subjetividad sobreadaptativas descritas (Lieberman y col, 1993) como determinantes de la construcción del psiquismo de personas con enfermedades psicosomáticas. Lo cual se constituye en un modo de vulnerabilidad específico de este tipo de población, ligado tanto al tipo de ocupación que tienen, como también a la significación de lo que hacen y han logrado, incorporando el trabajo psíquico y físico que ha implicado para este grupo el sostenimiento de parejas tradicionales [i] y la nobúsqueda de otro tipo de relación como asimismo una ocupación laboral por fuera de los trabajos domésticos (rentados o en la casa).

Si se compara las cardíacas de los dos grupos sociales entre sí, los únicos elementos comunes hallados en esta variable son la presencia de casi igual cantidad de factores de riesgo (2,3-3) y de hijos (2,5). Por otra parte, dada la diversidad en las formas de conyugalidad y de inserción laboral del grupo de coronarias de sectores altos, estas mujeres serían en estos aspectos las que se asemejarían, mas que las del grupo 1 (coronarias sectores bajos), al estereotipo que la población en general y los/as profesionales de salud han construido en torno a "*como son las mujeres coronarias*".

Esta construcción imaginaria invisibiliza el modo particular del riesgo y la construcción del proceso mórbido en las mujeres de sectores populares, pero también tergiversa el modo particular de la construcción del riesgo de las mujeres de sector social más acomodado homologándolas con los varones cuando en realidad presentan una modalidad específica de vulnerabilidad. Se observa que las mujeres coronarias de sectores bajos presentan como distintivo en la confrontación de las condiciones

de vida, el "síndrome de la supermujer" (Ares, 2000), síndrome que define a las mujeres que se perciben y actúan como "imprescindibles" y multifuncionales, para este caso, con contenidos específicos de mujeres de sectores populares urbanos. Mujeres que viven en una economía de subsistencia pensando que ellas debe resolverlo todo, con contenidos y expectativas específicas de clase y género. Esto las expone desde las propias expectativas a situaciones de "sin salida" que generan mucha angustia en subjetividades que presentan además gran dificultad para el trámite de la angustia motivo por el cual se "inundan" de la misma. Por otra parte, se observa como distintivo de las coronarias de sector medio- alto "*el no poder parar*". Son mujeres con una fina percepción de lo que está aconteciendo pero "no pueden parar". La imagen que transmiten es de algo que pulsa y no puede ser tramitado, contenido o diferido, como si tuvieran un yo "poroso". Con el cuerpo actuando como freno de problemas situacionales, subjetivos o intersubjetivos que no pudieron ser resueltos en esos niveles. Las mismas, ubican como desencadenante del episodio coronario agudo el estar inmersas en un ritmo de vida muy apurado con dificultad para articular áreas, caracterizada no solo por la cantidad de tareas de la vida moderna sino por características de subjetividad perfeccionista y omnipotente. De lo cual se puede deducir que el tema no es solo la entrada a la vida de mujer moderna y al mercado laboral asalariado en condiciones "masculinas", sino la sumatoria de áreas de las cuales ocuparse: trabajo, familia, desarrollo personal, requerimientos estéticos, etc. manteniendo un paradigma de que todo debe ser 10 puntos aunque "mueran en el intento". Estableciéndose un perfil específico del síndrome de la supermujer para este sector social que en lugar de flexibilizar ideales y articular áreas establece una sumatoria de aspiraciones al 100% como si cada una fuera única (Burin M, Meler I, 1998).

Por otra parte, las coronarias de ambos sectores sociales cuando refieren a situaciones específicas de exigencia o traumáticas que tendrían relación con el acontecimiento mórbido sólo dos le dan mas peso a situaciones laborales y la mayoría lo asocia a situaciones relativas a la conyugalidad, a enfermedades graves de parientes o a vicisitudes de la relación madre-hija (sean ellas como hijas o como madres). Todas situaciones que abonan la hipótesis que lo estresa o vulnerabiliza a las mujeres son situaciones específicas ligadas a la constitución del *narcisismo de género* (Dio Bleichmar, 1985) *femenino tradicional* para el sector de menos recursos que valoriza fuertemente en términos de autoestima los desarrollos en el área de la familia y la pareja y situaciones ligadas al *narcisismo de género femenino transicional o innovador* para el grupo de coronarias de mayores recursos que incluye otros valores como ser exitosa, tener desarrollo propio, estar de acuerdo a los ideales estéticos vigentes para las mujeres sin abandonar las aspiraciones en el área de la familia y la pareja del modelo tradicional.

Cabe señalar que este tipo de construcción subjetiva autoexigente, con contenidos diversos según el grupo social, esta en consonancia con un momento histórico en el cual los valores de hiperproductividad, exigencia y polifuncionalidad tienen gran valor social, de todos modos tienen diferente impacto de acuerdo al tipo de herramientas subjetivas que la sujeto posea. Observándose que la sobreadaptación es un modelo de vulnerabilización específica (Lieberman y col, 1993), dado por su hiperrealismo, esto es la sobre estimación de los imperativos de la realidad por sobre sus necesidades y deseos. Una referencia muy importante que permite definir un perfil específico de mujeres cardíacas de sector medio alto es que suelen trabajar solas. Soledad que actúa como facilitadora de sobrecarga en personas con un significativo grado de omnipotencia a nivel de la subjetividad, pues las deja muy vulnerables (y solas) frente a situaciones y estímulos que no puede controlar por si mismas sin causarse daño.

En este mismo sector aparecen mujeres que ganan mas que

los maridos, que prefieren a los varones en el trabajo, con una clara identificación con los mismos (y que rivalizan con ellos), aspectos que la literatura sin perspectiva de género consideraría como rasgos de masculinización. Con respecto a este punto, esta Tesis plantea que no se trataría de mujeres “masculinizadas” sino de mujeres que pagan el costo de la construcción de autonomía en un mundo fuertemente patriarcal donde el modelo valorizado también en el fuero íntimo (de las mujeres) son los varones. Costo entendido no solo por la exigencia externa sino por el modo de construcción del narcisismo y la estima de sí en un mundo donde los valorados son los varones. Se sostiene que este proceso específicamente femenino es usualmente y erróneamente catalogado como “masculinización”. En este sentido se entiende como modo de vulnerabilización específico de las mujeres de sector social más alto el esfuerzo de adquirir habilidades para las que no fueron socio-subjetivadas para poder desarrollar una carrera laboral simultánea a tener que minusvalorar las habilidades tradicionales femeninas y sobrevalorar las tradicionalmente masculinas para poder lograrlo. En este sentido se entiende que el estrés de las mujeres en el mundo del trabajo responde a un fenómeno más complejo que estar expuestas a las mismas exigencias que los varones. Es una exigencia dirigida especialmente a las mujeres el tener que actuar como “hombres” en un mundo laboral que no valora las características que las mujeres tienen para ofrecer por lo tanto las desvaloriza, les pide el doble, las estimula a ser como hombres y luego las acusa de haber perdido la “femineidad”.

Editorial Universidad de Brasilia, Brasil, 2000c

Tajer D, Cernadas J, Barrera MI, Vega D "Mujeres, Varones y enfermedad cardiovascular". En "Género y Salud" Zaldúa G (Coordinadora), Edt. Eudeba, Bs.As., 2000

Tajer D "Género y Generación en el Trabajo en Salud Mental". En "Los espejos de la desigualdad" Cuadernos Mujer Salud/6. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC), Santiago de Chile, ISBN 107096, 40-45, 2001

Tajer, D "Construyendo una agenda de género en políticas públicas en salud" En Revista Sexología y Sociedad del Centro Nacional de Educación Sexual de Cuba No. 21 año 9, págs 14- 20, agosto 2003 ISSN 1025-6912

Tajer D, Fernández AM, Cernadas J, Barrera MI, Reid G, Lo Russo A, Gaba M, Idigoras N, Soler V "Equidad de Género en la calidad de atención en los pacientes cardiovasculares" X Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. ISSN 0329-5885,215-222, 2003

[i] en las cuales el goce de la sexualidad y la adquisición de un proyecto de vida propio para las mujeres no están incluidos como valor para ninguno de ambos conyuges.

---

#### BIBLIOGRAFÍA

Almeida Filho, N "Epidemiología sin Números". Bs.As.,OPS, 1992a

Arés P. "Ser mujer en Cuba. Riesgos y conquistas", en Sarduy, C., Alfonso, A (Comps.), Género: Salud y Cotidianidad, Editorial Científico Técnica, La Habana, 2000.

Burin M, Meler I. "Género y Familia" Edit Paidós, Buenos Aires, 1998

Dío Bleichmar, E. "El Feminismo Espontáneo de la Histeria. Estudio de los Transtornos Narcisistas de la Femenidad". Edit.Adotraf, Madrid,1985

Lieberman D, Grassano de Piccolo E, Neborak de Dimant S, Pistiner de Cortiñas, Roitman de Woscoboinik P "Del Cuerpo al Símbolo. Sobreadaptación y Enfermedad Psicósomática" Edit. Ananké, Santiago de Chile,1993

Lombardi A., Entre Madres e Hijas. Acerca de la opresión psicológica", Paidós, Bs.As, 1988

Meler,I "Parejas en Transición: Entre la Psicopatología y la Respuesta Creativa". Rev. Actualidad Psicológica, Bs.As.,Octubre 1994

Schmuckler, B "El Rol Materno y la Politización de la Familia". En "La Mujer y la Violencia Invisible". Giberti, E, Fernández, AM (Comp) Edit. Sudamericana, Bs.As., 1989

Tajer D "Sobremortalidad Masculina a Edad Temprana: Varones, Género y Enfermedad Cardiovascular". En "Oficina de Género y Salud Colectiva".Tajer, D Ynoub, R, Huggins M ( Comp.). Edic. ALAMES-IDRC, Bs.As.,1997a

Tajer D, Ponencia presentada en el Foro "Género y Epidemiología" en el III Congreso Iberoamericano, II Congreso Latinoamericano, II Congreso Andino y I Congreso Venezolano de Epidemiología Epid 97 "Epidemiología y Políticas de Salud" 17 al 21 de noviembre de 1997b-Caracas Venezuela

Tajer D, Cernadas, J, Barrera MI y otros "Mujeres, Varones y Enfermedad Cardiovascular". Revista Salud, Problema y Debate, Año X, N° 19, Primavera 98, Bs.As.

Tajer D, Cernadas J, Barrera MI y otros "Mujeres, Varones y Enfermedad Cardiovascular. Aportes epidemiológicos desde la perspectiva de la Salud Mental y la perspectiva de género a la explicación de la incidencia diferencial por sexos de enfermedades cardiovasculares en adultos jóvenes" 6° Anuario de la Secretaría de Investigaciones de la Facultad de Psicología, UBA,1998

Tajer D "Generando la Reforma. Definición de estrategias, identificación y construcción de actores para la incorporación de la perspectiva de género en las Políticas de Salud". Paper Presentado en Primera Reunión de Consulta sobre Equidad de Género y Políticas de Reforma en Salud. Organización Panamericana de la Salud OPS/PAHO. 6 y 7 de octubre de 1998, Washington D.C., EEUU

Tajer D Epílogo libro "Género: Salud y Cotidianidad. Temas de actualidad en el contexto cubano" Sarduy Sánchez C, Alfonso A (comp.) Editorial Científico Técnica, La Habana, Cuba, 2000a.

Tajer D "Subjetividades sexuadas contemporáneas. La diversidad posmoderna en tiempos de exclusión". En " Psicoanálisis y Género. Debates en el Foro" Meler I, Tajer D (Comp.). Lugar Editorial, Bs.As., 2000b

Tajer D "Generando la Reforma de la Reforma". En "Salud, Equidad y Género. Un Desafío para las Políticas Públicas". Costa AM, Tajer D, Hamman E (Org.).