

EI corazón de las mujeresⁱ

Dra. Débora Tajerⁱⁱ

Profesora adjunta de Introducción a los Estudios de Género,
Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA),
especialista en Salud Pública.

¿Qué está pasando con las mujeres y su salud hoy? ¿Cómo se va construyendo el riesgo de enfermedad coronaria en ellas? ¿Es igual al de los varones o hay una forma específicamente femenina relacionada con los cambios que han ocurrido –en los últimos años– en los papeles de las mujeres en la sociedad?



ⁱ El texto está basado en el libro Heridos corazones. Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres escrito por Débora Tajer en 2009.

ⁱⁱ Correspondencia: dtajer@psi.uba.ar

Desde hace varios años, estamos investigando en la Universidad de Buenos Aires (UBA)ⁱⁱⁱ si existe un modo específicamente femenino en la construcción del riesgo de la enfermedad coronaria en mujeres de distintos sectores sociales de la ciudad de Buenos Aires, Argentina. También nos preocupa saber cómo son atendidas, tanto en el sector público como en las obras sociales y el servicio de prepagas cuando presentan signos de enfermedad coronaria.

De nuestras indagaciones plasmadas en los estudios “Género y construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en adultos jóvenes” y “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”,^{iv} entre otros, encontramos que el riesgo psicosocial de las mujeres es diferente al de los varones y que existen, a su vez, diferencias entre mujeres de diversos sectores socioeconómicos.

Las mujeres con afecciones coronarias de sectores económicos bajos, entrevistadas para estos estudios epidemiológicos cualitativos de caso-control,^v presentaron patrones de género tradicionales: están casadas en primeras nupcias, la maternidad es el eje central de sus vidas y desempeñan un trabajo como amas de casa, o bien, como empleadas domésticas.

Estas características han sido consideradas hasta ahora como “factores de protección” para las mujeres frente a este tipo de enfermedades, al suponer que no compiten por el éxito ni trabajan fuera del hogar en tareas estresantes y, por lo tanto, no se parecen a los hombres. Sin embargo, son sobreexigidas y presentan el “síndrome de la supermujer” que define a las que se perciben y actúan como imprescindibles y multifuncionales.

Esto es propio de los sectores populares urbanos: mujeres que viven con una economía de subsistencia pensando que ellas deben resolverlo todo. El empeoramiento de las

condiciones de vida del país las expone a situaciones “sin salida”, generándoles mucha angustia, sobre todo, si tienen gran dificultad para soportarla sin sentirse desbordadas por estas condiciones.

Las mujeres de sectores medios-altos con afecciones cardíacas se caracterizan porque no pueden parar, tienen una clara percepción de lo que está aconteciendo, pero sienten que no pueden evitarlo. Su ritmo de vida es muy apurado, con dificultad para articular las diferentes áreas de su cotidianidad, pues sus rasgos de personalidad suelen ser perfeccionistas y omnipotentes. Por lo tanto, la entrada de estas mujeres a la modernidad y al mercado laboral asalariado *full time*, se presenta en el marco de una suma de conflictos para enfrentar: trabajo, familia, desarrollo personal, requerimientos estéticos vigentes, etcétera, que las hace mantener una autoexigencia muy elevada aunque sientan que pueden “morir en el intento”.

Las supermujeres de este sector social, en lugar de flexibilizar ideales y acoplar sus áreas de acción, establecen una sumatoria de aspiraciones al máximo. Suelen trabajar solas, lo cual acrecienta la sobrecarga de exigencias, ya que se trata de personas que no pueden controlar por sí mismas estas situaciones para evitar el daño.

¿Son masculinas? No, son mujeres que “pagan el costo” de haber construido su autonomía en un mundo donde el modelo valorizado es el masculino. Por lo tanto, el estrés de estas mujeres en el ámbito del trabajo debe ser comprendido como un fenómeno más complejo que estar expuestas a los mismos imperativos que los varones. Se les demanda actuar como hombres en el ambiente laboral –considerado como un universo masculino –que no reconoce sus características ni su desarrollo profesional, al desvalorizar sus capacidades, pedirles el doble, estimulándolas a ser como hombres y luego acusarlas de haber perdido la “feminidad”.

ⁱⁱⁱ Equipo conformado por las licenciadas Graciela Reid, Josefa Cernadas, María Isabel Barrera y Alejandra Lo Russo, entre otras/os colaboradoras/es del Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA.

^{iv} Dichos estudios fueron la base del libro *Heridos corazones*.¹ En el primero, participaron además de Cernadas, Barrera y Lo Russo, Mercedes López, Xavier Imaz y Cecilia Mélez; en tanto que en el segundo, lo hicieron Daniel Vega y Paola Albertano, junto con Cernadas y Barrera. Ambos trabajos fueron coordinados por Débora Tajer.

^v Se entrevistaron 116 personas (84 varones y 32 mujeres) de entre 35 y 55 años, internadas en un hospital público y en clínicas privadas de Buenos Aires. La mitad con enfermedad coronaria (ingresadas luego de un infarto agudo de miocardio o un episodio de angina inestable) y el resto, pacientes sin patología coronaria comprobable.



Yessica Sánchez Rangel

¿Las y los especialistas en cardiología tratan diferente a los pacientes varones que a las pacientes mujeres? ¿Estas diferencias tienen algún efecto negativo en el diagnóstico y atención de las mujeres? ¿Se puede hacer algo al respecto?

Según el análisis de datos provenientes de la Encuesta sobre Infarto de la Sociedad Argentina de Cardiología (1996 y 2000), las mujeres que han padecido un infarto reciben menos estudios de coronariografías que los varones con el mismo perfil. Tales estudios permitirían establecer diagnósticos más precisos para ellas, así como una menor indicación de trombolíticos y angioplastía como métodos de tratamiento.

Por otra parte, mueren más mujeres por infarto, que varones por la misma causa. La explicación más extendida de este hecho es que las mujeres se infartan en promedio 10 años después que los varones; por lo tanto, la causa sería la mayor edad de ellas. Sin embargo, el análisis de los datos destierra esta hipótesis al revelar que la mayor

mortalidad de las mujeres se presenta en todas las edades, lo cual lleva a buscar la explicación con una mirada más integral.

Con tal objetivo, se llevó a cabo la investigación “Equidad de género en la calidad de la atención de pacientes cardiovasculares”,^{vi} en la que se entrevistó a especialistas en cardiología de hospitales públicos, clínicas privadas y nosocomio de la comunidad de la ciudad de Buenos Aires.

Esta pesquisa evidenció que se diagnostica y se trata diferente a los pacientes varones que a las pacientes mujeres con problemas coronarios. Tales diferencias se advierten en varios niveles.

El hecho de que la enfermedad coronaria sea más frecuente en varones, sumado a que la misma patología en mujeres se presenta de manera menos específica, incide en el comportamiento médico. Las y los médicos

^{vi} Directora de la investigación, Débora Tajer; asesora, Ana María Fernández; equipo: Graciela Reid, Mariana Gaba, Nicolás Idígoras, María Fernanda Giralt Font, Mercedes Cicalessi y Clara Attardo junto con Cernadas, Vega, Barrera y Lo Russo.

tienden a tratar a todos los pacientes, hombres y mujeres, tomando como patrón el modo en que se presentan los cuadros coronarios en la población masculina, desestimando en general, las peculiaridades presentadas en las mujeres para la misma enfermedad.

Existe dificultad en el personal médico para pensar y actuar clínicamente según el modo de enfermar de mujeres y hombres, motivo por el cual, la diferencia de género tiende a transformarse en inequidad en la calidad de la atención.

Este hecho ha sido estudiado y se le ha llamado “Síndrome de Yentl” (tomado del personaje de Barbra Streisand en la película con el mismo nombre, basada en una historia de Isaac Bashevis Singer) que sostiene que en salud las mujeres deben comportarse, enfermarse y consultar como lo hacen los varones, pues ser o enfermarse diferente a ellos, las llevará a ser tratadas como pacientes de segunda clase.

La presentación inespecífica de los síntomas coronarios, que es el modo típico en que se manifiestan estos problemas en las mujeres, suele tener como efecto que las/os médicos tardan en diagnosticar adecuadamente esta patología en el caso de las mujeres, dificultando su atención eficaz en etapa temprana.

Por otra parte, el reducido tiempo dedicado a cada paciente durante la consulta, como consecuencia de las presiones institucionales para acelerar la cantidad de tareas, dificulta más esta situación, puesto que se requiere de entrevistas más extensas en las pacientes mujeres para realizar un diagnóstico diferencial adecuado y no confundirlo con síntomas digestivos, como ocurre a menudo.

Las y los profesionales señalan que las pacientes son más quejas generalmente, lo cual dificulta el interrogatorio médico. A esto se ha sumado que las mujeres tienen dificultad para realizar consultas tempranas en esta área, pues no se consideran a sí mismas como grupo de riesgo, debido al imaginario social de que se trata de una enfermedad “sólo de hombres”. Por el contrario, ellas suelen estar más entrenadas para detectar y consultar las enfermedades del aparato reproductivo.

Esto plantea la necesidad de realizar campañas de información dirigidas a las mujeres sobre su modo específico de riesgo coronario que permitan fomentar la consulta precoz.

Estos sesgos médicos, sumados al modo de consulta típico de las mujeres, generan un diagnóstico tardío, aumentando el riesgo en una patología en la que, durante los últimos años, se ha avanzado mucho en la intervención oportuna.

Las mujeres suelen consultar tempranamente en el ámbito general de los servicios de salud, pero acuden con menos frecuencia a cardiología, ya que no se perciben como grupo de riesgo. En contraposición, una vez diagnosticadas, acatan y se adhieren más al tratamiento que los hombres.

¿Se puede producir algún cambio?

Resulta esperanzador que las y los médicos entrevistados coincidan en sus expectativas a futuro acerca de la necesidad de cambiar su actitud profesional. Consideran necesario contar con mayor información sobre los modos específicos de enfermar, de consultar y de como deben ser atendidos, tanto los varones como las mujeres, dentro de la capacitación en la especialidad. Esto ayudaría a establecer diagnósticos más precisos y contribuiría al acompañamiento y tratamiento de las personas con trastornos cardiacos.



Referencia bibliográfica

1. Tajer D. Heridos corazones. Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. Buenos Aires: Paidós; 2009.