

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

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

Tajer, Débora¹

RESUMEN

Este trabajo plantea el modo en el cual las características de la construcción de las subjetividades 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.

Revisa 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 psicosocial** del estudio de la conformación de la subjetividad de género de las mujeres afectadas de esta patología donde la diferencial por sexos, fundamentalmente a edad temprana, es tan pronunciada. Y para la cual la causa que afecta a la población femenina desde una perspectiva psicosocial, 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 psicosociales.

Palabras clave:

Riesgo psicosocial - Mujeres - Género - Enfermedad cardiovascular

ABSTRACT

This work aims to identify how gender subjetivation process in women with coronary heart disease, can collaborate in understanding women's particular risk in this disease.

Has a critical point of view related to the explanation of young women less incidence linked to biological factors, expanding the framework to a more comprehensive point of view. By the same token, this framework considers the health-disease-care process of a person produced by biological, psychological and social determinants. The specific collaboration of this work consists in focusing on the psychosocial approach to the conformation of women gender subjetivation in order to understand this part of women's own way of getting in risk. Taking in account that former studies had understood it as a "masculinization" process of the affected population or an increased of biological risk factors in the cause, more than and increase of women's particular psychosocial risk factors.

Key words:

Psychosocial risk factors - Women - Gender - Coronary heart disease

* Este trabajo es una síntesis de la Tesis de Maestría en Ciencias Sociales en Salud CEDES/FLACSO aprobada con sobresaliente en Noviembre del 2004. El trabajo de campo fue realizado en el marco de los proyectos de investigación UBACyT 98/99 JP05 "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" y UBACyT 2000 JP08 "Género y Construcción del Riesgo en Enfermedades Cardiovasculares en Adultos Jóvenes" Directora: Lic. Débora Tajer Equipo: Lics. Josefa Cernadas, María Isabel Barrera, Daniel Vega, Paola Albertano, Xabier Imaz, María Cecilia Méliz Alejandra Lo Russo y Dra. Mercedes López

¹ Psicóloga. Universidad de Buenos Aires. Psicoanalista, Especialista en Psicología Clínica (GCBA). Master en Ciencias Sociales y Salud (CEDES/FLACSO). Doctoranda en Psicología. UBA. Profesora Adjunta Cátedra Introducción a los Estudios de Género de la Facultad de Psicología. UBA. E-Mail: dtajer@psi.uba.ar

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo 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. 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 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.

En las entrevistas a pacientes se han relevado las siguientes variables escogidas según áreas y temáticas identificadas previamente como significativas.

• Variables escogidas:

- Caracterización de la población
- Relación con los servicios de salud
- Construcción subjetiva de la enfermedad
- Modalidad de inserción laboral y manejo vincular en el trabajo
- Uso del tiempo libre
- Modalidad vida familiar
- Comparación situación socio- económica entre familia de origen y actual
- Articulación trabajo-intereses personales-vida familiar
- Modalidad despliegue pulsional
- Estructuración del narcisismo
- Desarrollo yoico
- Modalidad de la construcción de la representación psíquica del cuerpo.

Con respecto a las entrevistas a informantes claves se ha relevado sus representaciones acerca de:

- Como caracterizan en términos psicológicos o subjetivos a la población que atienden o estudian,
- Como visualizan la diferencia y las especificidades en el modo de enfermar y consultar de varones y mujeres en esta patología y como explican la incidencia diferencial entre sexos en la actualidad
- Sus representaciones acerca de la construcción del riesgo de las cardiopatías isquémicas
- Aportes personales a la comprensión del tema

3. CONCLUSIONES

¿Quiénes son?

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”.

Son mujeres 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 lograr este ascenso social han debido esforzarse en adquirir nuevas habilidades lo cual las ha llevado a adquirir características de subjetividad sobreadaptativas descritas como determinantes de la construcción del psiquismo de personas con enfermedades psicósomáticas (Lieberman y col, 1993). 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 y la no-búsqueda de otro tipo de relación como asimismo una ocupación laboral por fuera de los trabajos domésticos (rentados o en la casa).

Otro aspecto importante, es que lejos de la estereotipia que señala que las mujeres menores de 55 años coronarias son más fumadoras (encontramos 5 fumadoras sobre 8 en cada uno de los dos grupos de cardíacas y no cardíacas) y tienen más antecedentes familiares coronarios que las mujeres de la misma edad no coronarias (2 casos en las coronarias y 3 en las no coronarias), lo cual llevaría a pensar que la población de mujeres de menores recursos en general controla menos sus factores de riesgo lo cual pudiera estar afectando su salud integral, más allá de esta patología y que el mayor peso de la diferencia en la construcción del riesgo para cardiopatía isquémica hay que buscarla en otros factores además del tabaco y los antecedentes familiares. Por otra parte, se observa que en el sector más aventajado socialmente, los factores de riesgo clásicos presentan una importante divisoria de aguas entre mujeres vulnerables y no vulnerables a este tipo de patología (3 factores de riesgo sobre 6¹ en comparación con 1,75 de las no coronarias)

Por otra parte, se ha desagregado para comparar dentro de los factores de riesgo tomados en conjunto, el tabaquismo y la presencia de antecedentes familiares, puesto que ha sido señalado por los informantes clave como los dos factores más importantes en la construcción del riesgo de las mujeres. Con respecto al tabaquismo, se encontró igual cantidad de fumadoras en los 4 grupos (5 sobre 8). Con respecto a antecedentes familiares, el único grupo que presentó una presencia muy importante y muy diferente al resto es el de las

coronarias de sector más aventajado. Con tal motivo se pudiera confirmar que sobre esta base de comportamiento se ha construido un imaginario médico acerca de que las mujeres en general con riesgo de cardiopatía isquémica en base a lo que acontece con las consultantes de clase media para arriba.

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 de las coronarias del sector del grupo 3 (coronarias sectores altos), estas mujeres serían en estos aspectos las que se asemejarían, más 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*".

Por otra parte, se ha encontrado que la escolaridad es levemente más alta en las no cardíacas (grupos 2-4) que en las cardíacas (grupos 1-3) lo cual podría relacionarse, más no afirmarse dado el número de casos correspondiente a este estudio, con el hecho de que el tipo de procesamiento psíquico de las cardíacas tiende a ser más operativo (causa/efecto), mientras que las no cardíacas tienden a ser más reflexivas lo cual favorece el acceso a mayores grados de capacitación a iguales condiciones socioeconómicas. Mientras que las coronarias van más al "éxito en las cosas" o al resultado, las no coronarias utilizan más la reflexión e introspección y son menos "operativas-maquínicas" lo cual contribuye en términos de habilidades subjetivas a acceder a mayores grados de escolaridad.

Educación media alcanzada

	Coronarias	No coronarias
Sector bajo	Primario completo	Primario completo / secundario incompleto
Sector alto	Secundario completo	Secundario completo / terciario-universitario incompleto

¿Cómo consultan, cómo se las atiende y como construyen el riesgo?

Se ha evidenciado que tanto las coronarias de sectores bajos como los/as profesionales que las asisten subregistran los primeros síntomas de malestar como correspondientes a la ocurrencia de una cardiopatía isquémica. Podemos señalar que esto sucede puesto que tanto para la población consultante como para los/as médicos/as, en especial los/as clínicos/as o de guardia que son los/as que primero reciben a estas pacientes no es esperable que estas mujeres desarrollen un tipo de patología pues "no pertenecen" al grupo de población de mayor riesgo que son los varones (Healey, 1991). Lo cual genera un efecto imaginario tanto en la población consultante como en los/as profesionales que invisibilizan los prime-

¹ Se han valorado los siguientes factores de riesgo: antecedentes familiares, tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes, obesidad y colesterol

ros síntomas con el concomitante aumento del riesgo. Por otra parte, el hecho de que la cardiopatía isquémica suele presentarse con mas asiduidad en las mujeres como cuadros inespecíficos no es tomado como dato específico de la presentación de esta patología en mujeres como insumo para el diagnóstico precoz lo cual se constituye en un factor de inequidad de género en la calidad de atención (Tajer y col, 2003).

Esta invisibilidad de la especificidad es menor en las coronarias de sectores altos las cuales han podido comparativamente identificar con mayor claridad los síntomas como coronarios, consultar más tempranamente y recibir una respuesta más pertinente por parte de los profesionales que sus congéneres del grupo social menos aventajado. Este hecho hace sospechar que el subregistro tanto de los profesionales como de las consultantes con respecto a la incidencia en mujeres de enfermedad cardiovascular es mas acentuado en mujeres pobres que en mujeres de sectores medios para arriba. Esto se puede corresponder con que la representación que tanto los profesionales como la población en general tienden a pensar que solo los varones son sujetos pasibles de enfermarse de este tipo de patología. Y de las "pocas mujeres" que pudieran enfermarse son las de clase media para arriba una inserción en el mercado de trabajo de un "modo similar a los varones". Esta construcción imaginaria invisibiliza el modo particular del riesgo y la construcción del proceso mórbido en las mujeres de sectores populares y 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. Viven en una economía de subsistencia pensando que ellas deben 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 mucha dificultad para el trámite de la angustia motivo por el cual se "inundan" de la misma.

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 es de algo que pulsa y no puede ser tramitado, contenido o diferido, como si tuviera un yo "poroso". En estos casos, el cuerpo actúa como freno de problemas situacionales, subjetivos o intersubjetivos que no pudieron ser resueltos en esos niveles. Por otra parte se encuentra solo en el grupo 3 (corona-

rias de nivel más alto) un solo caso con el mecanismo de ignominia² señalado en nuestro medio por Chiozza (Chiozza y col 1991) como desencadenante fundamental de episodios agudos de cardiopatía isquémica.

Las coronarias de sector medio-alto 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 personalidad perfeccionista y omnipotente. De lo cual se puede deducir que "estresor" específico 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, enfermedad grave o situaciones en la relación madre-hija (sean ellas como hijas o como madres). Todas situaciones que abonan la hipótesis que lo que estresa o vulnerabiliza a las mujeres son situaciones específicas ligadas a la constitución del narcisismo de género femenino tradicional (Dio Bleichmar, 1985) 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 por su parte, para el grupo de coronarias de mayores recursos serían situaciones ligadas al narcisismo de género femenino transicional o innovador que incluye otros valores tales 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, cabe destacar que tiene diferente impacto de acuerdo al tipo de herramientas subjetivas que la sujeto posea. Observándose que la sobreadaptación es un modelo de vulnerabilización específica (Liberman y col,

² Refiriéndose a algo que no tiene nombre, que no puede ser significado por el/la sujeto que según esa escuela de pensamiento sería el desencadenante principal psíquico del infarto agudo de miocardio

1993), dado por su hiperrealismo, esto es la sobre estimación de los imperativos de la realidad por sobre sus necesidades y deseos.

Las coronarias de sector alto hacen referencia al cuerpo como freno a un proceso de inundación y de exceso psíquico, pero no de *“una cosa en lugar de la otra”* característica de procesos con mayor articulación simbólica, lo cual incluye el no poder metaforizar el cuerpo como un indicador específico de vulnerabilidad de género y clase. Por otra parte, destacamos que las coronarias representan una conformación subjetiva que lleva al extremo el modelo de la modernidad de la separación entre cuerpo y psiquismo.

¿En que y como trabajan?

En lo laboral, la mitad de las coronarias del grupo de menores recursos se define como amas de casa y al igual que la otra mitad que trabaja fuera de la casa son las únicas en estar a cargo de resolución de las tareas domésticas algunas veces con la colaboración de hijas mujeres convivientes. Presentando bajo registro de sus esfuerzos, de sí mismas, de los ritmos de trabajo, de los excesos de responsabilidad y del cansancio. Asimismo las coronarias de sectores altos mostraron la misma dificultad no pudiendo decir mucho acerca de las condiciones de trabajo, de cómo le gusta o gustaría trabajar etc., manifestando mucha pobreza simbólica en sus consideraciones. Siendo la diferencia entre ambos grupos ubicada solo en el nivel y tipo de empleo.

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, pues las deja muy vulnerables frente a situaciones y estímulos que no puede controlar por sí mismas sin causarse daño.

En este mismo sector aparecen mujeres que ganan más que los maridos, que prefieren a los varones en el trabajo, con una clara identificación con los mismos que la literatura sin perspectiva de género consideraría como “rasgos de masculinización”. Con respecto a este punto, esta Tesis no las describe como mujeres “masculinizadas”, sino 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 constituido tanto por la exigencia externa como por el modo de construcción del narcisismo y la estima de sí en un mundo donde los valorados son los varones. Se sostiene por lo tanto que este proceso específicamente femenino es usualmente y erróneamente catalogado como masculinización.

Las mujeres cardíacas de ambos grupos sociales tienen en común que aún cuando hagan tareas totalmente diferentes pertenecen a grupos familiares que las han estimulado a sobreadaptarse para ser mujeres diferen-

tes a lo que fueron sus madres (Lombardi, 1988). En ellas operaría el mecanismo psíquico que Liberman (Liberman, 1993) describe como una sobreexigencia operativa para el ascenso social, dentro del cual en esta Tesis se incluye el “ascenso de género” hacia modalidades con mayores grados de autonomía.

El ascenso de género ha tomado para las coronarias de grupo social más alto el contenido de que sean independientes o por lo menos autoabastecidas, esto es pasar del modelo tradicional al transicional o al innovador, pero el precio ha sido alto y no previsto por inexistencia de información previa al respecto. Mientras que para las del grupo social más bajo la expectativa estuvo ligada a dejar la identidad de “provincianas” (aun siendo migrantes), para tener una casa linda, un marido trabajador e hijos que estudien pasando de un modelo premoderno a uno moderno (Schmuckler, B, 1989), denominado desde la clasificación utilizada para este trabajo como tradicional (Meler, 1994).

Es muy significativo que al preguntarles que habilidades son necesarias en una persona para triunfar en el trabajo, las coronarias de sector más bajo las desconocen con lo cual se evidencia su no socio subjetivación como trabajadoras. Mientras que las de sectores altos destacan valores ligados a la competitividad y algunas cualidades ligadas a la omnipotencia que dan pistas de características específicas de subjetividad de las mujeres cardíacas de este sector social.

Es altamente significativo, pues pudiera establecer un diferencial de caracterización importante de perfil o modo de subjetivación de la mujer cardíaca de sector medio alto, que una de las características señaladas como *necesarias para triunfar en el mundo del trabajo* se destaque la de sobrecargarse de tareas que no son propias e improvisar cuando “no se tiene título”. Como señalamos con anterioridad, estos valores son especialmente infartógenos pues son características de la sobreadaptación femenina. Una cuestión es el trabajo en plus para demostrar que uno vale cuando no se espera que uno lo haga por pertenecer a un grupo social descalificado y otro es “cargarse el sayo” de algo que excede al sujeto.

Fenómenos que pueden confundirse con un proceso de masculinización pero que en realidad expresan un modo femenino de construcción de autonomía en un mundo fuertemente patriarcal. En este trabajo se afirma que es un modo particular femenino que ha tenido como costo un aumento de la exigencia externa por las nuevas situaciones a enfrentar, pero también ha implicado un reacomodamiento del narcisismo y la estima de sí en un mundo donde los valorados son los varones, por lo tanto hay que tomar actitudes que hasta poco tiempo atrás eran solo permitidas a los varones, en aras a ser aceptadas en el mercado laboral en puestos no tradicionalmente femeninos.

En este sentido se entiende como modo de vulnerabili-

zación específico de las mujeres de este sector social el esfuerzo de adquirir habilidades para las que no fueron socio-subjetivadas para poder desarrollar una carrera laboral simultaneo 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 el estar expuestas a las mismas exigencias que los varones. Es una exigencia dirigida especialmente a las mujeres él 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”.

Cabe notar la gran cantidad de maridos desempleados que presenta el grupo de coronarias más pobres, las cuales plantean sentimientos de decepción por estar en pareja con maridos “venidos a menos”. Lo cual lleva a conceptualizar que el narcisismo y la valía de sí con respecto al trabajo en estas mujeres en vez de estar relacionada con el propio desempeño lo está con el trabajo del marido que se “supieron conseguir”. Por lo tanto, estos maridos actualmente caídos representan una afrenta narcisista para las mujeres coronarias del grupo más pobre pues les hace caer su valor como mujeres tradicionales por no haber podido “conseguir un mejor marido que les dure inserto para toda la vida”, además del aumento de trabajo doméstico necesario para resolver las necesidades del grupo familiar frente a la escasez de recursos económicos.

Por su parte, mas de la mitad de las coronarias del sector social más favorecido no está en pareja actualmente. De las tres en pareja, a una la mantiene el marido, otra mantiene ella y la tercera, comparten aun cuando su ingreso es mayor. Podemos decir que salvo una, todas son en este momento sostenes de hogar. Una mención especial es la no-observación de parejas “mas parejas” sino de inversión de carga del modelo tradicional. Por lo tanto podemos pensar que pudiera resultar infartógeno, no el modo de trabajar “como varones”, sino el ser único sostén y no poder compartir la carga con otro adulto o el estar muy presionado/a social y subjetivamente por cargarse mas de lo que una mujer puede, que hasta ahora era mayormente afrontado por los varones tradicionales³.

Con respecto a si observan diferencian entre varones y mujeres en el mundo del trabajo las coronarias del sector más bajo responder planteando todo lo que no pudieron hacer en el ámbito laboral por ser mujeres pertenecientes a un grupo social y generacional con expectativas de femineidad tradicional.

³ Con lo cual se podría explorar si el compartir las responsabilidades de sostén de un hogar pudiera llegar a ser un factor de protección a promover en los varones.

Por su parte, las coronarias de sector más alto son las que más hacen referencia a situaciones de injusticia hacia las mujeres en el mercado y ambiente laboral. Se quejan de “jefes machistas que tratan mal a las mujeres”, pero simultáneo a estas apreciaciones aparecen afirmaciones que dan la razón a estos varones “porque muchas mujeres son así, menos ellas”. Aparece mucho en su discurso la idea de que ellas se manejan mejor que “las otras” mujeres, presentando una fuerte identificación con el discurso patriarcal. Por otra parte, presentan altos grados de ambivalencia con respecto a los varones oscilando entre la hipervaloración y la hostilidad hacia los mismos que en el mundo del trabajo las desestiman por mujeres.

Un elemento en común hallado entre las cardíacas de los dos grupos es una gran carga de hostilidad a causa de los costos en sus vidas por ser mujer en un contexto patriarcal. Costos vividos ambivalentemente pues ellas comparten el paradigma de mayor valoración de los varones a la vez que lo padecen y se llenan de rabia.

Uso del tiempo libre

En lo referente al tiempo libre, las coronarias de sector mas bajo durante la semana realizan menos actividades fuera de la casa, tienen poco registro de la cantidad de horas libres que poseen y las tareas manuales que realizan son de orden de resolución de necesidades. También el tiempo libre del fin de semana es poco dinámico y socializante.

Por su parte, las coronarias de sector alto gozan poco del tiempo libre en la semana. Mientras se encuentra una sola adicta al trabajo, cuadro que se tiende a asociar con la construcción del riesgo de los factores subjetivos de la cardiopatía isquémica (Schneider, 1991). Asimismo las coronarias de este grupo realizan muchas actividades en el tiempo libre durante la semana que tiene características de tiempo libre programado en exceso (Lieberman, 1993).

Mientras que la posibilidad de vacaciones se constituye en un diferencial de clase muy marcado. Por otra parte, cabe destacar que no se ha relevado en el grupo de cardíacas de ninguno de los dos sectores sociales referencias a alguna dificultad para salir de vacaciones referido a dificultades personales mas allá de las posibilidades económicas.

Vacaciones en el último año

	coronarias	no coronarias
Sector bajo	2 personas	2 personas
Sector alto	8 personas (todas)	7 personas (1 no pudo salir por enfermedad)

Vida familiar

Se puede decir a modo de reflexión general sobre la variable vida familiar que a las mujeres de los grupos sociales más bajos les fue transmitido como mandato vital la superación de las condiciones de vida de las ma-

dres con contenidos del tipo: casarse por amor, tener una casa, hijos que estudien, etc., posibilidades con las cuales no contaron sus madres. Para las de los grupos más altos los contenidos del mandato rondó en torno a: "hacer algo de su vida" fundamentalmente en el ámbito de lo laboral y el logro de independencia económica pero con un mensaje sublimar de que el desarrollo personal está en contradicción con el amor y con el matrimonio como institución. Lo destacable, es que las cardíacas de ambos sectores sociales recibieron igual contenido de mandatos que las otras mujeres de su sector social, pero los han tomado más "al pie de la letra" (Rosenman, Friedman, 1961) que las no cardíacas. Constituyéndose en un rasgo común de las mujeres cardíacas con contenidos diferenciales según la localización socioeconómica.

Con respecto a la familia de origen las coronarias de sector más bajo han sido en gran parte migrantes, detalle altamente significativo y diferencial de vulnerabilidad, puesto que la migración produce en el/a sujeto que la realiza un desajuste a nivel del bagaje simbólico para vivir en el nuevo lugar lo cual puede implicar un fenómeno de sobreadaptación desmintiendo y/o negando sus tradiciones de origen.

Otro detalle significativo con respecto a las expectativas de los padres varones con respecto a ellas, es que había una clara división de expectativas de roles entre ellas y sus hermanos varones, patrón que reprodujeron con sus hijas e hijos. Este hecho es muy significativo pues establece una falta de núcleo interno de valorización de la femineidad de estas mujeres dada por este rasgo del vínculo primario con el padre que no les ha permitido afianzar la propia imagen (Volnovich, 2000).

Otro elemento de alta significación es que es el grupo 1 (coronarias sector bajo), es el único grupo en el cual todas están casadas y en primeras nupcias, situación relativa a que han recibido un mandato de que a través del matrimonio estable iban a realizar el ascenso social.

Un diferencial de socialización por clase es la cercanía en el vínculo con los padres varones que ha sido más estrecho y de mayor proximidad afectiva en el grupo social más aventajado. Pero dentro de ese grupo de sector alto, encontramos como diferencial en las coronarias que aun estando cercanas afectivamente y con fuerte presencia real de los padres varones, estos establecieron diferencias significativas de permisos, valoración y expectativas entre ellas y sus hermanos varones (Volnovich, 2000). Este tipo de vínculo contribuyó a idealizar el patrón de comportamiento de los varones tradicionales que se evidencia en sus contestaciones y modos de proceder que se ha relevado en la variable trabajo: Son mujeres que idealizan a los varones y menosprecian la modalidad femenina, incluso las propias, negándolas. Ellas anhelan parecerse más a los hombres pues están vistos como modelos positivos y valorizados (Dío Bleichmar, 1996) (Volnovich, 2003). Simultáneamente este grupo 3 (coronarias sector alto) se caracteriza por tener madres que les han transmitido un mensaje de "no ser como ellas" (Lombardi, 1988), lo cual muchas veces en lugar de generar verdadera autonomía han generado hijas obedientes al mandato materno que desde una mirada superficial puede ser confundida con mujeres con mayores grados de agencia y autonomía (Tajer, 2000).

Las coronarias más pobres encuentran en su familia actual el área de mayor satisfacción, fundamentalmente en la "producción de hijos" tarea en la cual han colocado el centro de sus vidas. Evidenciándose que aunque todas se encuentran en pareja en la actualidad, las relaciones que más valoran y de las cuales obtienen mayor grado de satisfacción y conflictos es en relación con las mujeres de la familia y de los varones, solamente con los hijos. Otro aspecto significativo es que han centrado buena parte de sus intereses y esfuerzos en promover la caída de las jerarquías entre generaciones manteniendo los patrones jerárquicos entre los géneros de acuerdo al modelo tradicional.

Una característica significativa de las mujeres coronarias de sector alto es que en la relación con los/as hijos/as, en su mayoría mayores (algunos/as aún convivientes) aparece una figura de cada uno tomando sus decisiones con consulta y la figura de compartir actividades de "adultos" independientes que confluyen de acuerdo a intereses y afinidades.

Las coronarias de sector más bajo fueron las más afectadas socio-económicamente en los 90' mas que las no coronarias del mismo sector, probablemente la causa de esta diferencia sea la mejor calificación educacional de mujeres y maridos del grupo de las no cardíacas. Además de que este grupo manifiesta que la pareja fue constituida con relación a un proyecto de formar un equipo que permitiese el ascenso social a diferencia de las coronarias de ese sector social que armó para sí un modelo de "señora de." Esta es otra expresión de que la vulnerabilidad en lo relativo al campo de la subjetividad con respecto a la enfermedad cardiovascular tiene estrecha relación con modalidades de estilo narcisista de la subjetividad de los cuales este modo de acceso a la conyugalidad que se ha descrito para el grupo de coronarias de este sector es uno de los tipos de expresión del mismo.

Por su parte la mitad de las coronarias de sector alto manifiesta haber descendido en su situación económica con respecto a su familia de origen, dado que el quedarse sola o el elegir estar solas fue por una parte generador de mayor libertad, relación más democrática con los hijos, mayor desarrollo personal, pero por la otra parte el costo fue un empeoramiento de la situación económica con respecto a la familia de origen o a la que formaban con su ex pareja en caso de divorcio o viudez. A modo de reflexión general de esta variable podemos señalar que las cardíacas de ambos grupos sociales (1

y 3) se encuentran en situaciones más desventajosas socialmente que sus padres, suceso que pudiera haber contribuido a la construcción del riesgo con respecto a este tipo de patología y además de que las razones de índole subjetivo que colaboraron a esta situación son indicadores de vulnerabilidad cardíaca.

De los tres grupos de los cuales tienen información (2, 3 y 4) no se encontraron diferencias significativas en cuanto al modo de articulación y la valoración entre áreas (trabajo, familia e intereses personales).

CARACTERÍSTICAS INTRAPSÍQUICAS

a. Modalidad del despliegue de las pulsiones (hostil y erótica)

Con relación al despliegue pulsional se puede señalar que tal como era supuesto de acuerdo a referencias anteriores, las cardíacas de ambos grupos sociales dicen enojarse muy frecuentemente. Este es un aspecto muy significativo puesto que es un indicador de trastornos a nivel del narcisismo característico de la subjetividad de los/as pacientes cardíacos/as⁴. Con respecto a la expresión de la hostilidad se observa que mientras las coronarias de sector bajo se lo tragan y explotan, las de sector alto dicen expresarlo, pero explosivamente. Con respecto a las situaciones conflictivas, las coronarias de sector bajo tienden a evitarlas manifestando dificultades para decir “no”, una de las cuales señala que el evento coronario fue un “no que le impuso el cuerpo”. Mientras que las coronarias de sector alto afrontan “*poniéndole el pecho a todo*”. Las coronarias más pobres en lo relativo a la competencia se presentan como personas ajenas a este tipo de situaciones, mientras que las de sector alto señalan evitar las situaciones de competencia, pero se entrevistó que es una forma de expresión de mantener para sí una imagen idealizada y omnipotente no puesta en juego en relación con los/las demás.

Las coronarias más pobres comparten con las no coronarias de su sector la no-importancia otorgada en sus vidas a lo erótico, siendo lo particular de las cardíacas él definirse como “frías” y poco interesadas en la sexualidad caracterizándose a sí mismas como receptáculos de la sexualidad de los maridos.

El valor de lo erótico es un diferencial por clase significativo, siendo que las respuestas de las mujeres de sectores más altos contrastan con las mujeres entrevistadas de sector más bajo que responden a patrones más tradicionales que ligan ejercicio de la sexualidad de las mujeres solo con la etapa y funciones reproductivas. Los grupos sociales más altos señalan que la sexualidad es muy importante en sus vidas, pero que en la

⁴ Puesto que enojarse muy frecuentemente implica tener dificultad para interpretar y asumir que las diferencias con los otros sujetos y con el entorno no implican necesariamente una amenaza o un ataque a la integridad del/a sujeto/a (Hornstein, 2000).

actualidad varias de ellas sienten que no responden “como antes” y que se sienten menos atractivas.

Esto último permite pensar que aun cuando existen diferencias muy significativas en las representaciones y las prácticas acerca de la sexualidad entre ambos grupos sociales coexisten en ambos la idea de que la práctica de la sexualidad va ligada a la constitución de las mismas fundamentalmente como objetos eróticos y esto último ligado a un ideal de belleza femenina fraguado en ser joven igual a ser sexualmente deseable, valores propios del imaginario social en la actualidad.

b. Estructuración del narcisismo⁵

Resulta altamente significativo que las coronarias más pobres hayan valorizado la independencia como un valor muypreciado para una mujer, al cual casi no han accedido, apareciendo asimismo el temor a no ser valorada “por ser mujer”.

Las coronarias más ricas presentan un mayor grado de satisfacción consigo mismas manifestando pudor de señalarse a sí mismas como inteligentes, lo cual pudiera deberse al hecho de que la inteligencia esta socialmente relacionada para las mujeres, de ese segmento etario y de ese sector social, con un atributo masculino el cual valoran poseer pero se inhiben de expresar.

Es dable de destacar, tal como se señalaba en las expectativas previas al campo, que las cardíacas tienden a tener una distancia muy grande entre lo que anhelan y lo que son. Se puede señalar que esto tiene componentes diferenciales según el sector social, por lo tanto no pudo ser apreciado con preguntas estandarizadas sino específicas por sector social.

c. Desarrollo yoico

Resulta muy significativo que parte de la descripción de los aspectos yoicos de los pacientes cardíacos que relata Schneider (Schneider, 1991) en su estudio se corresponde con las características que a este respecto presentan las mujeres coronarias de sector social más bajo⁶ esto es: dificultad para pedir ayuda y que la resolución de problemas pueda resolverse con la cooperación de los demás, identificando el pedir ayuda con impotencia y falta de habilidad para resolver situaciones. Son pesimistas y muy rencorosas, tienen dificultad de entender que las personas se equivocan “como parte de la vida”. No lo toleran y se enojan. Esto no aparece en las cardíacas de sector más alto en las cuales la omnipotencia se juega en la competitividad y el deseo de ganar. En este último grupo aparece como la necesidad de “ser única” y la mejor. Esta observación es muy interesante puesto que un mismo rasgo, la omnipotencia,

⁵ O valores a partir de los cuales arman su autoestima.

⁶ Dicho estudio se realizó con pacientes del Hospital Argerich, motivo por el cual posee por lo menos dos sesgos no explicitados: a) aun cuando fue hecho en base a población masculina presenta una intención de generalizar sus resultados también a mujeres b) un sesgo de clase por haberse hecho en base a pacientes de sectores medio y medios bajos con intención de generalizarse a otros grupos sociales.

se juega según el sector social en conductas muy diversas pero que refieren al mismo cuadro.

d. Representación psíquica del cuerpo

En cuanto a la representación psíquica del cuerpo, las coronarias de sector bajo perciben los síntomas de cansancio, pero tienden a exigirse, seguir adelante y no descansar si tienen tarea pendiente lo cual coincide con las cardíacas de sector más alto. Motivo por el cual la sobre exigencia frente al cansancio se convierte en un indicador específico de relación con el cuerpo de las mujeres cardíacas de ambos grupos. También resulta relevante destacar que varias de ambos grupos de cardíacas (1 y 3) manifiestan un cambio de conducta a partir del episodio isquémico, momento a partir del cual cuando se cansan, paran y descansan.

Las coronarias más pobres no realizan ningún tipo de actividad física, salvo muy pocas que caminan, mientras que las no coronarias del mismo grupo social realizan algún tipo de actividad. Es destacable de todos modos que de la información relevada se puede destacar que en el grupo social más desaventajado se considera que el ejercicio es "solo para los/as escolares los y las solteros/as y jóvenes", y no está considerado como una herramienta para mantener el cuerpo saludable. Por otra parte es significativo que en ambos grupos de cardíacas (1 y 3) aparezca la referencia a la fragilidad de sus cuerpos, precisamente porque un material frágil es rígido y muy posible de romperse, lo cual es una franca representación del cuerpo y del psiquismo de este tipo de pacientes que aparece claramente su discurso.

Por su parte se puede señalar que las cardíacas del grupo social más alto comparten el ideal estético y valorizante del cuerpo femenino joven, pero a diferencia de lo que acontece con las mujeres del grupo social más bajo (1 y 2), aparecen ideales de belleza y valoración por fuera de la juventud.

Con respecto a elegir un objeto con el cual representar a su cuerpo resulta significativa la referencia de algunas cardíacas de sector alto (3) a objetos de fuego o que queman lo cual se corresponde con la referencia acerca de que el episodio de infarto o de angina han sido sentidos como "*un fuego en el pecho*".

Reflexión final

Con respecto a los modos de subjetivación de género y su relación con la construcción del riesgo de enfermedad coronaria en las mujeres, se puede señalar de lo relevado que se ha encontrado y descripto modos específicos de construcción del riesgo de las modalidades tradicional y transicional, no encontrando que alguna de estas modalidades este asociada a mayor vulnerabilidad femenina en la construcción del riesgo de cardiopatías isquémicas. Cabe destacar asimismo que no se ha encontrado en este relevamiento mujeres coronarias con modalidad innovadora de subjetivación de género, modalidad que solo se ha encontrado en algunas muje-

res no coronarias del sector más alto relevado.

A modo de reflexión final, se puede concluir que ha sido de interés de esta Tesis desmitificar que el único modelo de riesgo en términos de factores subjetivos de cardiopatías isquémicas es el correspondiente a la modalidad de subjetivación y de estresores específicos de los varones "ejecutivos". Modelo a partir del cual se miden y se crean las expectativas del riesgo de los demás grupos. Con tal motivo se ha estudiado con detenimiento las características de subjetivación de mujeres con cardiopatía isquémica de dos sectores sociales para poder establecer patrones específicos de riesgo subjetivo en mujeres.

Asimismo se ha tenido especial recaudo en apartarse de la estereotipia y el esencialismo que constituye pensar que un estilo de pareja, familia, etc. pueda ser un indicador "per se" de construcción del riesgo. Ha sido una tarea de desideologización de ciertas modalidades de organización de la vida cotidiana que se apartan del modelo "hegemónico" pero al mismo tiempo tratando de identificar cuales factores pudieran estar contribuyendo al proceso mórbido. Este propósito ha contribuido a crear un modelo que no se detiene solo en la valoración de que hacen los/as sujetos, sino que incluye como lo hacen, como lo significan y como procesan lo que hacen.

BIBLIOGRAFÍA

- Almeida Filho, N. "Epidemiología sin Números". Bs.As., OPS, 1992a
- Almeida Filho, N. "Por una Etnoepidemiología. Esbozo de un nuevo paradigma epidemiológico". En Cuadernos Médico Sociales, CESS, Rosario, nº61, 1992b: 43-47.
- 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 Paidos, Buenos Aires, 1998
- Chiozza, L. y otros "Los afectos ocultos en...". Edit.Alianza, Bs. As.,1991
- Dío Bleichmar, E. "El Feminismo Espontaneo de la Histeria. Estudio de los Transtornos Narcisistas de la Femenidad". Edit. Adotraf, Madrid,1985
- Dío Bleichmar, E. "Femenidad/Masculinidad. Resistencias en el Psicoanálisis al Concepto de Género" En Burín y Dio Bleichmar (comp.) op.cit.,1996
- Healy, B. "The Yentl Syndrome" *New England Journal of Medicine*, July 25, 274-275. 1991
- Liberman, 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", Paidos, Bs.As, 1988
- Meler, I. "Parejas en Transición: Entre la Psicopatología y la Respuesta Creativa". Rev. Actualidad Psicológica, Bs.As., Octubre 1994
- Rosenman, R.H., Friedman, M. "Association of Specific Overt Behavior Pattern in Women with Blood and Cardiovascular Findings".*Circulation*. 24:1173-84,1961
- Schmuckler, B. "El Rol Materno y la Politización de la Familia". En "La Mujer y la Violencia Invisible". Giberti, E., Fernández, A.M. (Comp) Edit. Sudamericana, Bs.As., 1989
- Schneider, R. "Psicopatología en la Cardiopatía Isquémica". En "Cardiología Actual V" Bertolasi, C.A. y Ramos, A. (comp), Edit. Intermédica, Bs.As.,1993
- 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., 2000
- Tajer, D., Fernández, A.M., Cernadas, J, Barrera, M.I., 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
- Volnovich, J.C., "Generar un hijo: la construcción del padre", en Meler, I., Tajer, D. (comp.) "Psicoanálisis y Género. Debates en el Foro" op.cit

Fecha de recepción: 2 de diciembre de 2005

Fecha de aceptación: 3 de abril de 2006